



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum. Avdeling for Folkehelsefag.

Eksamenskode 4KR20

Kandidatnummer:

107

Else Hennie Bjørvik

115

Stig-Morten Martinsen

Veileder: Toril Merete Nysæter

Sykepleiefaglig fordypningsoppgave i kreftsykepleie

Den kakektiske pasienten i eget hjem

The cachectic patient in their own home

11509 ord

Videreutdanning i Kreftsykepleie. Kull 2014-2016.

2016

Sammendrag

Tittel:	Den kakektiske pasienten i eget hjem
Utdanning:	Høgskolen i Hedmark. Campus Elverum.
Kandidatnummer:	107 og 115
Veileder:	Toril Merete Nysæter
Antall ord:	11509
Nøkkelord:	Kreftsykepleier, Palliativ care, Kakeksi, Hjemmeboende, Cancer pulm

Bakgrunn: I perioden 2005-2014 var det i Norge 27416 nye tilfeller av cancer pulm, og kakeksi sees svært hyppig hos pasienter i palliativ fase, og forekommer ved 50-85% av langkommende avanserte kreftsykdommer. Opptil 20% av dødsfall hos kreftpasienter skyldes kakeksi.

Hensikt: Å tilegne oss økt kunnskap om ivaretagelsen av pasienter med kakeksi, og kunne nyttiggjøre denne kunnskapen i møte med kakektiske pasienter i palliativ fase.

Problemstilling: Hvordan kan kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg bidra til å begrense utvikling av kakeksi, når en pasient i tidlig palliativ fase er hjemmeboende og utfordres med respirasjonsbesvær som følge av cancer pulm?

Metode: Oppgaven er bygd opp som en litteraturstudie og bygger i hovedsak på skriftlige kilder, som baseres på allerede eksisterende teori og forskning, i tillegg til vår erfaringsbaserte kunnskap.

Funn/diskusjon: Kakeksi er et multifaktorielt syndrom, og i tråd med den palliative kulturen, er det nødvendig med en helhetlig tilnærming.

Konklusjon: For at kreftsykepleier kan bidra til å begrense utviklingen av kakeksi i pasientens hjem, konkluderer vi med at kreftsykepleier bør ta utgangspunkt i pasientens situasjon, med en situasjonsbetinget tilnærming.

Abstract

Titel: The cachectic patient in their own home
Education: Hedmark University College. Campus Elverum.
Author: 107 og 115
Supervisor: Toril Merete Nysæter
Number of words: 11509
Keywords: Oncology nurse, Palliative care, Cachexia, Living at home, Lung Cancer

Background: During the period 2005-2014 there were in Norway 27416 new cases of lung cancer, and cachexia is seen very frequently in patients in palliative phase, and occurs 50-85% in cases with advanced cancer. Up to 20% of cancer patients die due to cachexia.

Purpose: To acquire more knowledge about the management of patients with cachexia, and how to utilize this knowledge towards a cachectic patient in palliative phase.

Problemstilling: How can an oncology nurse in home care help to limit the development of cachexia, when a patient in early palliative phase is living at home and is challenged with respiratory distress caused by lung cancer?

Metode: The paper is designed as a literature study and are mainly based on written sources, which are based on existing theory and research, in addition to our experience-based knowledge.

Funn/diskusjon: Cachexia is a multifactorial syndrome, and with the palliative culture, it requires a holistic approach.

Konklusjon: How the oncology nurse can assist to limit the development of cachexia in the patient own home, we conclude that oncology nurse should base the patient`s situation, on a situational approach.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	6
1.1 OPPGAVENS TEMATIKK	7
1.2 PROBLEMSTILLING	7
1.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	7
1.4 PRESENTASJON AV EN EGENERFART PASIENTSITUASJON	8
1.5 PRESISERINGER	9
1.6 AVGRENŚING.....	10
1.7 ETISKE HENSYN.....	10
1.8 OPPGAVENS DISPOSISJON	10
2.0 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
2.1 VALG AV KILDER.....	12
2.1.1 Valg av faglitterære bøker	12
2.1.1.1 Anvendte redaktørverk.....	12
2.1.1.2 Anvendte bøker uten redaktør.....	13
2.1.2 Artikler og søkestrategi	14
2.1.2.1 Søkehistorikk og artikkelfunn.....	15
2.1.3 Offentlige kilder og lovverk	17
2.2 KILDEKRITIKK OG KVALITETSSIKRING	18
2.2.1 Kildekritikk og kvalitetssikring av faglitteratur	18
2.3 ETISKE AVVEININGER.....	19
3.0 TEORETISK FUNDAMENT	20
3.1 PALLIATIV CARE	20
3.2 CANCER PULM.....	21
3.2.1 Respirasjonsbesvær som følge av cancer pulm	21
3.3 KAKEKSI	22
3.3.1 <i>Kakeksiens patofysiologi</i>	23
3.3.2 <i>Ernæringsplan</i>	24
3.4 HJEMMET OG KOMMUNEN SOM ARENA.....	24
3.5 KREFTSYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVARSOMRÅDE	25
3.5.1 Kreftsykepleierens kommunikative ferdigheter	25
3.6 TVERRPROFESJONELT SAMARBEID	26
3.7 SYKEPLEIETEORI	27
3.7.1 Benner og Wrubel – Stress og mestring	28
3.8 OPLEVELSEN AV SAMMENHENG OG MOTSTANDSRESSURSER	29
4.0 DRØFTING	30
4.1 SITUASJONSBETINGET TILNÆRMING.....	30
4.2 DEN FØRSTE PASIENTSAMTALEN	32
4.3 KLINISK TILNÆRMING	34
4.4 SITUASJONSBETINGEDE TILTAK.....	36
4.5 TVERRPROFESJONELL TILNÆRMING	38
4.6 PASIENTENS SITUASJON I LYS AV OPLEVELSE AV SAMMENHENG	39
5.0 KONKLUSJON	41
6.0 LITTERATURLISTE	42

7	VEDLEGG 1 – PICO	50
8.0	VEDLEGG 2 – SØKEHISTORIKK OG ARTIKKELVALG 1 OG 2	51
8.1	SØKEHISTORIKK 1	51
8.2	SØKEHISTORIKK 2	51
9.0	VEDLEGG 3 – SØKEHISTORIKK OG ARTIKKELVALG 3 OG 4	52
9.1	SØKEHISTORIKK 3	52
9.2	SØKEHISTORIKK 4	52
10	VEDLEGG 4 – SØKEHISTORIKK OG ARTIKKELVALG 5 OG 6	53
10.1	SØKEHISTORIKK 5	53
10.2	SØKEHISTORIKK 6	53
11	VEDLEGG 5 – SØKEHISTORIKK OG ARTIKKELVALG 7	54
11.1	SØKEHISTORIKK 7	54
12	VEDLEGG 6 – LITTERATURMATRISE 1	55
13	VEDLEGG 7 – LITTERATURMATRISE 2	56
14	VEDLEGG 8 – LITTERATURMATRISE 3	57
15	VEDLEGG 9 – LITTERATURMATRISE 4	58
16	VEDLEGG 10 – LITTERATURMATRISE 5	59
17	VEDLEGG 11 – LITTERATURMATRISE 6	60
18	VEDLEGG 12 – LITTERATURMATRISE 7	61

1.0 INNLEDNING

Dette er en fordypningsoppgave i videreutdanning i kreftsykepleie. Vi har valgt tematikk og utformet en problemstilling på bakgrunn av faglig interesse, faglig kunnskap, og praksiserfaring. Gjennom oppgaven anvender vi kunnskapsbasert praksis.

Det betyr at kreftsykepleieres avgjørelser er basert på pasientens ønsker og behov, samt på faglige avgjørelser med forankring i forsknings- og erfaringsbasert kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Dette er i samsvar med retningslinjer for sykepleiefaglig fordypningsoppgave «4KR20» (Høgskolen i Hedmark [HiHm], 2015).

Fordypningsoppgavens målgruppe er kreftsykepleiere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten, men innholdet er overførbart til andre yrkesgrupper i helsetjenesten. Oppgaven har et hermeneutisk perspektiv. Thornquist (2003) sier at det ”betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene” (s. 142). Det betyr i praksis at ”Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten... Den nye helhetsforståelsen setter delen, eller delene, i nytt lys ...” (Thornquist, 2003, s. 142).

Med utgangspunkt i denne oppgaven relaterer vi det til at mennesket ikke kan tolkes ut fra en diagnose alene, men må tolkes ut fra erfaringer og kulturelle forhold som har påvirket han til å bli en unik person som har unike uttrykk.

Vi er to sykepleiere som har valgt å samarbeide om denne fordypningsoppgaven, og vår felles arena er hjemmebasert omsorg i samme kommune. Vi har til sammen 22 års erfaring fra helsesektoren, hvorav 13 år som sykepleiere. Vår erfaring baserer seg i stor grad på hjemmeboende palliative pasienter med ulike cancerdiagnoser, og som er i forskjellige faser av sykdommen. Mange av våre pasienter har et komplekst sykdomsbilde. På bakgrunn av dette, har vi etablert en felles forståelse av utøvende sykepleie, som gjør oss opptatt av et helhetlig menneskesyn. Vi ser nytten av å inkludere vårt helhetlige menneskesyn i fordypningsoppgaven, som en del av kreftsykepleierens kompetanseområde. Ved å gjøre dette, ønsker vi å tilegne oss økt kunnskap i forhold til ivaretagelsen av pasienter med kakeksi, og deres daglige utfordringer.

1.1 Oppgavens tematikk

Oppgavens tematikk er kreftsykepleierens tertiærforebyggende funksjon, og hovedfokuset omhandler kreftsykepleierens helhetlige ivaretagelse av pasientsituasjonen. Pasienten som omtales er hjemmeboende med cancer pulm i tidlig palliativ fase, som utfordres av respirasjonsbesvær og kakeksi.

Det forebyggende arbeidet er i tråd med «Folkehelsemeldingen», som viser til viktigheten av tidlig intervensjon for å hindre utvikling av sykdom, ved å tilrettelegge ”for at folk kan leve et godt liv med sykdom og funksjonstap” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9).

«Folkehelsemeldingen» (2015) viser også til at kommunen er ansvarlig for helsefremmende og forebyggende arbeid, og at veiledning til pasienter kan være viktig tidlig i sykdomsforløpet (Gammersvik & Larsen, 2012).

For at kreftsykepleier skal kunne tilrettelegge for et godt liv med sykdom og funksjonstap, har vi valgt å fokusere på å fremme pasientens brukermedvirkning, med utgangspunkt i pasientens situasjon. Ved hjelp av individuelt tilpasset kommunikasjon og kreftsykepleierens grunnleggende patofysiologiske forståelse, har vi til hensikt å bidra til at pasienten får økt mestringskompetanse.

Ut i fra oppgavens tematikk, har vi utarbeidet en problemstilling som vi ønsker å jobbe videre med.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg bidra til å begrense utvikling av kakeksi, når en pasient i tidlig palliativ fase er hjemmeboende og utfordres med respirasjonsbesvær som følge av cancer pulm?

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling

Vi ønsker å fordype oss i denne problemstillingen, da vi erfarer at flere av våre pasienter i palliativ fase utfordres med kakeksi. Vi ønsker som kreftsykepleiere å ha kunnskap som kan bidra til å begrense utviklingen av kakeksi, slik at pasienter kan få muligheten til å leve et godt liv med sykdom og funksjonstap. Dette er samfunnsrelevant og i tråd med den palliative kulturen, samt overførbart til ulike avanserte sykdommer (Helsedirektoratet, 2015a; Thoresen & Nordøy, 2008). Kakeksi er definert som et multifaktorielt syndrom, som kjennetegnes ved progressivt ufrivillig vekttap (Fearon et al., 2011). Kakeksi sees svært hyppig hos pasienter i

palliativ fase, og forekommer ved 50-85% av langkommende avanserte kreftsykdommer (Thoresen & Nordøy, 2008; Suzuki, Asakawa, Amitani, Nakamura & Inui, 2013). Kakeksi er forbundet med dårlig prognose og økt morbiditet, og opptil 20% av dødsfall hos kreftpasienter skyldes kakeksi (Thoresen & Nordøy, 2008; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Vi har valgt å skrive om cancer pulm, da den er oppført som en av de mest vanlige kreftformene uavhengig av kjønn (World Health Organization [WHO], 2016a).

I 2014 var det en forekomst på 3019 nye tilfeller av totalt 31651 nye krefttilfeller i Norge (Kreftregisteret, 2016a). I perioden 2005 – 2014 utgjorde det 27416 nye tilfeller.

(Kreftregisteret, 2016b).

I vårt praksisfelt erfarer vi en økende tendens av denne pasientgruppens behov for sykepleie i hjemmet.

1.4 Presentasjon av en egenerfart pasientsituasjon

En pasient har kommet hjem etter et lengre sykehusopphold grunnet inoperabel cancer pulm, respirasjonsbesvær og utfordringer med kakeksi.

Pasienten bor alene, 67 år, er i tidlig palliativ fase og er klassifisert til ECOG 2. Det vil si at pasienten er mobil og selvhjulpent, men er ikke i stand til å utføre noe arbeid, men er oppe mer enn 50% av dagen (Ecog-Acrin, 2015).

Pasienten har blitt fulgt opp av palliativt team og klinisk ernæringsfysiolog på sykehuset, og er blitt utredet etter ufrivillig vekttnap på 6% siste 6 mnd., og fått diagnosen kakeksi.

Sykehuset igangsatte en ernæringsplan som pasienten skulle følge ved hjemreise.

Kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg blir kontaktet av palliativt team etter et par mnd., hvor de ytrer bekymring over pasientens mestringskompetanse i eget hjem. Pasienten har vært til kontroll på sykehuset og det foreligger ytterligere vektreduksjon på 0,5-1% de siste to mnd. Pasienten var fortvilet over vektreduksjonen og hadde formidlet at han ønsket å leve i eget hjem så lenge som mulig.

1.5 Presiseringer

Oppgaven bygger på kreftsykepleierens første møte med pasienten i eget hjem med en situasjonsbetinget tilnærming, men vi nevner ikke relasjonsbygging som fenomen.

For å variere språket i oppgaven, benytter vi oss av benevnelsen pasienten, en pasient og han.

Av samme grunn, skriver vi også kreftsykepleier synonymt med hun.

Vi er innforstått med at kakeksi deles inn i tre faser, men vi velger å definere kakektisk fase og kun nevne pre-kakektisk og refraktær fase (Fearon et al., 2011).

Vi velger å bruke begrepet brukermedvirkning i forhold til kreftsykepleierens arbeid med å tilrettelegge for at pasienten kan få et godt liv med sykdom og funksjonstap.

Begrepet empowerment og brukermedvirkning har flere likhetstrekk (Gammersvik & Larsen, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Vi velger å ikke fokusere på pasientens makt til å påvirke egne beslutninger, men vi ønsker å fremme pasientens mestringslyst i situasjonen, opp mot de endringene som bør foretas for å forlenge livet, uten at man forlenger dødsprosessen.

Vi presiserer at hjemmebasert omsorg består av helsepersonell med ulik bakgrunn. I denne oppgaven omtales kun kreftsykepleieren.

Vi har valgt å bruke definisjonen tverrprofesjonelt samarbeid. Dette er fordi tverrfaglig samarbeid omhandler samarbeidet om et fag og ikke profesjonenes yrkesspesifikke kompetanse (Willumsen, 2009).

Begrepet forståelseshorisont er ”mengden av de oppfatninger og holdninger som vi har på et gitt tidspunkt, bevisste eller ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot” (sitert i Thornquist, 2003, s.142).

Begrepet palliasjon kan deles inn i to seksjoner. Det ene er palliativ medisin, som er det medisinske fagområdet, mens «palliative care» brukes i forbindelse med behandling, pleie og omsorg, og definerer fagfeltet som en helhet. Uttrykket brukes også på norsk, da det ikke finnes en fullgod oversettelse fra engelsk (Kaasa, 2008a). Basert på dette velger vi å benytte benevnelsen palliativ care i oppgaven, i stedet for palliativ omsorg.

1.6 Avgrensning

På grunn av oppgavens størrelse velger vi å avgrense komorbiditet og gastrointestinale utfordringer, som kan ha betydning for ernæring og mestring av hverdagen. Videre velger vi å utelate omtale av livskvalitet, fatigue, psykiske- og emosjonelle tilstander, samt åndelige og eksistensielle utfordringer. Vi er innforstått med at det er et bredt spekter av medikamenter og medikamentell behandling som kan være av betydning for pasienten, men vi utelater omtale av dette grunnet oppgavens størrelse og fokus. Pårørende kan være viktige aktører, men nevnes ikke i oppgaven. Videre ønsker vi å avgrense smerter og individuell plan. Vi anser påvirkning av tumorspesifikasjon, metastasering, samt årsaker til cancer pulm som ikke relevant for oppgavens fokus. Parenteral og totalparenteral ernæring avgrenses, da pasienten i oppgaven ikke har behov for slike supplement.

1.7 Ethiske hensyn

En pasient/pasienten/"han" som omtales i oppgaven er anonymisert i henhold til personopplysningsloven (2000), helsepersonelloven (1999) og "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011).

1.8 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fem kapitler, som er inndelt i underkapitler og avsnitt.

Kapittel en er oppgavens innledning, hvor vi beskriver oppgavens tematikk, vår egen bakgrunnsforståelse og oppgavens problemstilling med presiseringer og avgrensninger.

Kapittel to er oppgavens metode som redegjør for hvilken litteratur som er anvendt i oppgaven, hvordan den er samlet inn og hvordan vi har kritisk vurdert den. Videre viser vi til hvilke etiske avveininger vi har tatt i forhold til valg av kilder.

Kapittel tre er vårt teoretiske fundament. Her presenterer vi teori som omhandler kreftsykepleierens funksjons og ansvarsområde i utøvelsen av palliativ care i pasientens hjem, samt annen fagspesifikk teori for å beskrive kakeksi som fenomen, og pasientens utfordringer med respirasjonsbesvær som følge av cancer pulm. Til slutt i kapitlet presenteres Benner og Wrubels (1989) teori om omsorg, og Antonovsky (2012) sin teori om opplevelse av sammenheng, som vi anser som en viktig forutsetning for pasienters opplevelse av helhetlig omsorg.

Kapittel fire er oppgavens drøftingsdel. Her diskuterer vi egne erfaringer, oppgavens litteratur og forskning opp mot ulike elementer i problemstillingen. I tillegg til at vi drøfter kreftsykepleierens kunnskaper opp imot pasientsituasjonen i hjemmet.

Kapittel fem er oppgavens konklusjon. I dette kapitlet redegjør vi for erfaringer og funn som vi har tolket ut fra ut fra oppgavens kontekst.

2.0 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Den litterære oppgaven skal i hovedsak bygge på skriftlige kilder av allerede eksisterende teorier og forskning (Dalland, 2012). Oppgaven bygger i tillegg på vår erfaringsbaserte kunnskap. I metoden viser vi hvordan vi har gått frem ved søk av litteratur, og hvordan den er anvendt.

2.1 Valg av kilder

Valg av kilder er å danne ”Grunnlag for et generelt innblikk i og oversikt over temaet” (Rienecker, Jørgensen & Skov, 2013, s. 139).

Vi har anvendt pensumlitteratur, og selvvalgt litteratur som er en kombinasjon av faglitteratur, fag- og forskningsartikler, samt offentlige kilder. Vi har i hovedsak benyttet kilder av nyere dato, da forfatternes forståelseshorisont, fagfeltet onkologi og helhetsperspektivet i sykepleien er i stadig utvikling (Kirkevold, 1998; Kåresen & Wist, 2012; Thornquist, 2003).

2.1.1 Valg av faglitterære bøker

Pensumlitteratur er litteratur som studiestedet anser som relevant for vår videreutdanning i kreftsykepleie. Vi har selektert litteraturen og anvendt et utvalg som vi mener er vesentlig for å finne et svar på oppgavens problemstilling. Den selvvalgte litteraturen er litteratur vi har søkt etter via høgskolens bibliotek for å underbygge anvendt pensumlitteratur, i tillegg til å konkretisere ulike temaer som er av betydning i oppgaven.

2.1.1.1 Anvendte redaktørverk

Alle redaktørenes grunnkompetanse er basert på medisinske, sykepleiefaglige, samfunnsvitenskapelige og pedagogiske spesialutdannelse. Forfatterne bidrar med vitenskapelig antologi (vitenskapelige tekstsamlinger), sammensatte erfaringer, og har i samarbeid med redaktørene formulert nyanserte bokverk med fokus på spesifikke fagområder, som kan relateres til onkologi. Vi har valgt å referere til deres kunnskaper i forhold til sykdom, tverrprofesjonelt samarbeid, hjemmesykepleie, pasientrettede utfordringer og kreftsykepleierens funksjoner.

Fra pensumlitteraturen har vi valgt fem redaktørverk. Bøkene vi anvender er ”KREFTSYKDOMMER ...” av Kåresen og Wist (2012, tittel), ”Palliasjon ...” av Kaasa

(2008b, tittel), og ”Kreftsykepleie ...” av Reitan og Schjølberg (2010, tittel).

”tverrprofesjonelt samarbeid ...” av Willumsen (2009, tittel), og ”Helsefremmende sykepleie ...” av Gammersvik og Larsen (2012, tittel).

Selvvalgt redaktørverk har vi benyttet for å konkretisere cancer pulm og respirasjonsbesvær som fysiologisk og patofysiologisk fenomen. Bøkene er ”Sykdomslære ...” av Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund og Solheim (2001, tittel), og ”Menneskekroppen ...” av Sand, Sjaastad, Haug og Bjålie (2006, tittel). Samt boka ”KAN EG KOMME INN? ...” av Solheim og Aarheim (2004, tittel), som vi har brukt for å definere hjemmesykepleie og kreftsykepleierens yrkesutøvelse i pasientens hjem.

2.1.1.2 Anvendte bøker uten redaktør

Alle forfatterens grunnkompetanse er basert på fagspesifikke profesjonsutdannelse som vi ser som relevant i forhold til oppgavens tematikk.

Fra pensumlitteraturen har vi inkludert enkeltstående faglitterære bøker som har til hensikt å belyse kreftsykepleierens kompetanse, som er relevant for oppgavens problemstilling, kunnskapsbasert praksis og vår forståelse av å kritisk vurdere anvendt litteratur. Selvvalgt enkeltstående faglitterære bøker består av medisinsk- og sykepleiefaglig viten, og vi har foretatt et utvalg som belyser, underbygger og konkretiserer pasientens utfordringer med respirasjonssvikt, kreftsykepleierens kommunikative ferdigheter, og vår helhetsforståelse av sykepleie.

Pensumbøkene vi anvender er ”GODE FAGFOLK ...” av Skau (2011, tittel), ”Veiledning ...” av Tveiten (2013, tittel), ”METODE OG OPPGAVESKRIVNING” av Dalland (2012, tittel) og ”JOBBS KUNNSKAPSBASERT! ...” av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012, tittel). ”vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori ...”, av Thornquist (2003, tittel), og ”HELSENS MYSTERIUM ...” av Antonovsky (2012, tittel).

Vår selvvalgte litteratur består av blant annet ”Patologi ...” av Bertelsen (2000, tittel), ”kommunikasjon i relasjoner ...” av Eide og Eide (2007, tittel) og ”The primacy of caring” av Benner og Wrubel (1989, tittel).

2.1.2 Artikler og søkestrategi

I vår søken etter relevante artikler, har vi blant annet benyttet oss av rammeverket «PICO». «PICO» er satt opp med utgangspunkt i fordypningsoppgavens tematikk og tilhørende problemstilling, og er benyttet strategisk i vår søkeprosess. «PICO» inkluderer søkeord som blant annet «Kreftpasient», «Kreftsykepleier», «Kakeksi», «Kakeksi klassifisering», «Hjemmeboende», «Palliativ omsorg», «Vekttap», «Kommunikasjon» og «Ernæring». For å kunne søke etter internasjonale artikler, har vi oversatt søkeord i «PICO» til engelsk. Søkeprosessen tar også utgangspunkt i «MeSH-termer» som blant annet «Cachexia», «Palliative care», «Cancer» og «Nursing». «MeSH-termene» har vi benyttet for å relatere våre søk til medisinske emner og er benyttet i kombinasjon med «PICO» for å søke etter artikler som vi anser som relevante i henhold til fordypningsoppgavens fokus. PICO og søkestrategi, se vedlegg 1-5

Søkene er foretatt i ulike databaser som er tilgjengelige via høgskolens bibliotek. Databasene som er anvendt er EBSCOhost med Academic Search Premier og CHINAL with Full Text, ScienceDirect og PubMed.

Oppgaven viser til både kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning gir fysisk målbare konklusjoner, ofte basert på tallmateriale (Thornquist, 2003). Denne typen forskning har vi søkt etter for å belyse fysiologisk og patofysiologisk kunnskap. Dette har vi gjort for å underbygge vårt helhetlige pasientfokus. I motsetning til forskning med kvalitative metoder, som fokuserer på å fange opp meninger og opplevelser som ikke er fysisk målbare på samme måte (Thornquist, 2003). I vårt tilfelle har vi brukt artikler med kvalitativ metode for å nyansere og forklare kreftsykepleierens rolle i henhold til kommunikasjon, og ivaretagelse av pasienten.

Fordypningsoppgaven inneholder 3 oversiktsartikler med medisinskfaglige fokus, og 4 sykepleiefaglig artikler.

2.1.2.1 Søkehistorikk og artikkelfunn

I vårt første artikkelsøk ønsket vi svar på om kakeksi kan begrenses. Vi startet søkeprosessen i PubMed fordi databasen refererer til mer enn 5600 tidsskrifter fra Medline, og vi søkte etter artikler med både medisinsk- og sykepleiefaglig fokus. Vi startet søket med «MeSH-terminen» «Cachexia» som førte til 7644 treff. Vi innså at søket ble for bredt, og valgte å avgrense søkene videre med ulike kombinasjoner med «MeSH-termer». Vi avsluttet søket med «Cachexia» AND «Cancer» AND «Weight loss» AND «Dietary» som resulterte i 446 treff, og vi valgte artikkelen ”Dietary treatment of weight loss in patients with advanced cancer and cachexia: A systematic literature review” av Balstad, Solheim, Strasser, Kaasa og Bye (2014, tittel). Artikkelen er en norsk systematisk oversiktsstudie, som viser til effekten av rådgivning i forhold til bruken av kosttilskudd til kakektiske pasienter. For oss betyr det at vi får en oppsummert og sammenstilt tilgang til kunnskap om kosttilskudd og kakeksi. Vi har benyttet denne artikkelen for å underbygge pensumlitteraturen angående hvordan kakeksi påvirker pasienter i ulike stadier, samt at den underbygger kreftsykepleierens fokus på veiledning i forhold til å øke pasientens energibalanse, og mulig veilede til en reduksjon av svakt pågående vekttap.

Videre ønsket vi en artikkel som definerer kakeksi, og hvordan de ulike stadiene påvirker pasienten. Søket foretok vi i ScienceDirect, da vi var ute etter vitenskapelige artikler.

Søkene baserte seg på abstrakt, tittel og nøkkelord, med søkeordet «Cachexia» som førte til 1691 treff. Videre avgrenset vi søket med søkeordene «Cachexia» AND «Cancer» som førte til 845 treff. Til slutt søkte vi med søkeordene «Cachexia classification» AND «Cancer», som ga 10 treff. Vi valgte artikkelen ”Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus” (2011, tittel). Dette er en europeisk oversiktsstudie av Fearon, Strasser, Anker, Bosaeus, Brurera, Fainsinger, ... og Baracos. Artikkelen er en konsensus. Det innebærer at forfatterne tilhører et avgrenset fagområde, og kommer frem til en enighet om klassifiseringen av kakeksi, via en diskusjonsprosess (Tranøy, 2014).

Denne artikkelen har vi benyttet i henhold til definisjon og klassifisering av kakeksi, som underbygger oppgavens kontekst i henhold til kreftsykepleierens rolle og funksjon.

For søke etter artikler med et sykepleiefaglig fokus, valgte vi å benytte oss av EBSCOhost. Dette var et bevisst valg, for her kunne vi søke både i Academic Search Premier som er en database som inkluderer tverrprofesjonalitet, og CHINAL with Full Text som inneholder sykepleiefaglige studier.

Søkeprosessen ble omfattende og utfordrende, da det ble forsøkt tallrike kombinasjoner med søkeord fra «PICO», samt emner fra «MeSH-termer». Søkeord som blant annet «Cachexia», «Palliative care», «Nursing», «Nutrition» og «Living at home» ble anvendt. Søkene viste funn fra over 19000 til 0 treff. Vi foretok en grundig seleksjonsprosess ved å gjennomgå flere artiklers abstrakt og mål med studiene, før vi valgte ”An exploration of the experience of cancer cachexia: what patients and their families want from healthcare professionals” av Reid, McKenna, Fitzsimons og McCance (2009, tittel). Dette er en kvalitativ originalstudie foretatt i Storbritannia, hvor det metodiske designet er bygget opp rundt et ustrukturert intervju. Dette innebærer at deltagerne fikk mer fleksibilitet angående sin besvarelse, og fikk anledning til å formidle hva de anså som relevant og vesentlig i forhold til deres utfordringer med ufrivillig vekttnap som følge av kakeksi. Artikkelen metode og design presenterte kunnskap for første gang, den er ikke tolket av andre og baseres på pasienter og pårørendes erfaringer. Vi har brukt denne artikkelen for å belyse viktigheten av kreftsykepleiers kunnskaper, kommunikative ferdigheter, samt at den underbygger viktigheten av respekt og utøvelse av sykepleie til hjemmeboende pasienter.

Vi valgte også artikkelen ”Cancer cachexia – pathophysiology and management” av Suzuki, Asakawa, Amitani, Nakamura og Inui (2013, tittel). Dette er en oversiktsstudie foretatt i Japan, som bygger på allerede eksisterende teori fra store deler av verden. Artikkelen viser til forslag på løsninger som kan ha en nytteverdi for å redusere tilstandens kompleksitet. Vi har inkludert denne artikkelen for å belyse at kakeksi har en internasjonal utbredelse over flere kontinent, samt at den underbygger vår anvendte faglitterære bokers omtale av tilstandens patofysiologi.

For å vise til supplerende informasjon om at helsepersonell med spesialkompetanse kan bidra med å begrense utvikling av kakeksi, basert på kunnskaper og kommunikasjon valgte vi studien ”Providing nutritional support for patients with cancer cachexia” av McCreery og Costello (2013, tittel). Dette er en oversiktsartikkel foretatt i England. Det innebærer at vi fikk en større oversikt over emnet ernæringsstøtte til kakektiske pasienter. Vi valgte også å inkludere ”Healthcare Professionals Response to Cachexia in Advanced Cancer: A Qualitative Study” av Millar, Reid og Porter (2013a, tittel). Dette er en kvalitativ studie som baseres på intervju av helsepersonell i Storbritannia. Dette gikk ut på å kartlegge helsepersonellens holdninger og forståelse av kakeksi, som konkluderte i at det er nødvendig med kunnskap og tilgang på ressurser for å kunne ivareta denne pasientgruppen. For oss betyr det at vi får individuelle sykepleieperspektiver, som vi har benyttet oss av for å definere

sykepleierens utfordringer med å ivareta kakektiske pasienter, basert på en helhetlig forståelse.

Til slutt valgte vi å inkludere artikkelen ”A systematic review and thematic synthesis of quality of life in the informal carers of cancer patients with cachexia”, av Wheelwright, Darlington, Hopkinson, Fizzsimmons og Johnson (2016, tittel). Dette er en britisk oversiktsartikkel og baseres på kvantitative publikasjoner. Vi har brukt artikkelen for å konkretisere kompleksiteten i omsorgsbehovet til pasienter med kakeksi, og for å referere til nødvendigheten av å forstå mekanismen bak diagnosen, både for helsepersonell og pasienter.

For utdypende informasjon om søkehistorikk og valg av artikler, se vedlegg 2-5

2.1.3 Offentlige kilder og lovverk

Vi har benyttet oss av Norges lover og sentrale faglige føringer. Dette er ytre rammefaktorer som styrer kreftsykepleierens yrkesutøvelse, i kraft av å legge føringer for hvordan vår profesjon skal kunne sikre optimal pleie og omsorg for pasienten.

Vi har anvendt ”Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging” (Helsedirektoratet 2012, tittel), da overførbarheten med respirasjonsbesvær ved KOLS er sammenlignbar med respirasjonsbesvær som følge av cancer pulm (Bertelsen, 2000). ”Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” (Helsedirektoratet, 2013, tittel), og ”Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen” (Helsedirektoratet, 2015a, tittel), har vi valgt å benytte da de etablerer en nasjonal standard for blant annet behandling og oppfølging av ulike pasientgrupper som er relevant i vår oppgave (Helsedirektoratet, 2015b).

Helsepersonelloven (1999), personopplysningsloven (2000), helse og omsorgstjenesteloven (2011), pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) har vi valgt å inkludere fordi det forteller hvordan pasienter skal sikres, hvordan kreftsykepleieren skal forholde seg til, og hvordan samhandlingen mellom ulike ledd i helsetjenesten skal skje.

Vi har også anvendt «Nasjonal helse- og omsorgsplan» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), «Folkehelsemeldingen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), da de gir føringer for tidligere nevnte lovverk. Videre referer vi til Kreftregisteret (2016a) for å vise til kreftstatistikk, og «WHO» (2016b) har vi brukt for å definere palliasjon og palliativ fase.

Vi har brukt «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (NSF, 2011), for å underbygge kreftsykepleierens funksjon og rolle med etiske retningslinjer, samt Kunnskapssenteret (2016) for å kvalitetssikre valgte artikler.

2.2 Kildekritikk og kvalitetssikring

”Hensikten er at leseren skal få del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen” (Dalland, 2012, s. 72).

Vi er selv ansvarlige for kvalitetssikringen av anvendt litteratur.

Vi er innforstått med at våre valg av kilder består av primær-, sekundær,- og tertiærlitteratur.

Primærlitteratur er materiale som presenteres for første gang, selv om det kan bygge på andres teorier. Sekundærlitteratur bidrar til en forståelse av primærlitteraturen, da materialet blir tolket og bearbeidet av andre. Tertiærlitteraturen oppsummerer sekundærlitteraturen og bidrar til en oversikt over ulike fagfelt (Dalland, 2012; Rienecker et al., 2013).

Vi tolker litteraturen som relevant og gyldig for besvarelsen av oppgavens problemstilling, da forfatterne har anerkjente utdannelser og deres materiale er betydningsfullt for oppgavens tema.

2.2.1 Kildekritikk og kvalitetssikring av faglitteratur

Anvendte bøker har nevnt innledningsvis forfatternes relevante kompetanse på sine ulike fagfelt, og viser til godkjenning av fagstoffet som er gjort i samarbeid med utgivende forlag. Alle artikler som er anvendt i fordypningsoppgaven er fagfellevurdert. Det vil si at de er gjennomgått og kvalitetssikret av forskere og eksperter innen relevante fagmiljøer (Nortvedt et al., 2012). Vi har i hovedsak benyttet oss av europeiske studier, da vi anser deres overførbarhet til Norge som svært aktuelt. Men vi er klar over at kan være kulturelle forskjeller, ulike behandlingsalternativer og ulike standarder. For å kvalitetssikre artiklene har vi gått nærmere inn på forfatternes faglige ståsted, da vi mener det er relevant at deres faglige ramme er innenfor profesjonsområder som har betydning for artikkelens teoretiske fremstilling.

For å vurdere artikkelens anvendelse, har vi foretatt søk i ulike databaser for å kartlegge antall siteringer. Dette begrunnes ut fra at når en artikkel er sitert flere ganger, kan dette ansees som en god artikkel (Kildekompasset, 2015). Kildekritikken baserer seg på en gjennomgang av kunnskapssenterets sjekklister for kvalitetssikring av forskningsartikler. For en mer utdypende kildekritikk og kvalitetssikring av artikler, se vedlegg 6-12.

2.3 Ethiske avveininger

Oppgaven er basert på vår generelle praksiserfaring, hvorav pasientens anonymiteten er ivaretatt i henhold til helsepersonelloven (1999), personopplysningloven (2000) og «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» (NSF, 2011).

Vi er innforstått med at vi er ansvarlig for anvendelse av litteratur, og vi har tolket alle teoretiske tekster i lys av vår bakgrunnsforståelse og faglige kunnskap per dags dato.

Vår anvendte litteratur er benyttet med redelighet ved bruk av «APA-eksempelsamling 6. utg.» (HiHm, 2016). Artikkene er kvalitetssikret med blant annet sjekklister fra Kunnskapssenteret (2016). Artikkene og enkelte bøker er skrevet på engelsk og vi tar forbehold om eventuelle feiltolkninger, da de er fritt oversatt med supplement av Google Translate.

3.0 TEORETISK FUNDAMENT

Vi har valgt å starte vårt teorikapittel med palliativ care, da pasientsituasjonen er i palliativ kontekst. For å tilnærme oss en mulig løsning på oppgavens problemstilling, presenterer vi fagspesifikk teori som kan være forklarende for pasientens utfordringer med ufrivillig vekttap, og hvordan kreftsykepleieren kan anvende kommunikative ferdigheter i samhandling med pasienten og tverrprofesjoner, for mulig å begrense utviklingen av kakeksi.

3.1 Palliativ care

WHO definerer palliativ care som:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (2016b)

WHO lanserte en ny definisjon av palliative care i 2011, som sier at palliativ care kan benyttes tidlig i sykdomsforløpet, samt til alle pasienter med en livstruende sykdom (Helsedirektoratet, 2015a). I praksis omfatter begrepet palliasjon både behandling, pleie og omsorg (Kaasa, 2008a). Den palliative kulturen kjennetegnes blant annet ved å ha helhetlig tilnærming til pasienten. Dette innebærer å vise respekt og fokusere på pasientens beste ut fra den situasjonen han til enhver tid befinner seg i. For at kreftsykepleieren skal kunne finne sin plass i den palliative kulturen, bør hun blant annet ha en pasientfokusert og målrettet holdning til diagnose, forebygging og lindring av pasientens utfordringer, og gjennom kommunikative ferdigheter kunne trigge til tverrprofesjonelt samarbeid, som har som mål å gjøre det beste for pasienten (Helsedirektoratet, 2015a).

Med utgangspunkt i mennesket som et subjektivt individ, er det ulike aspekter som påvirker fagfeltet palliasjon. Eksempelvis genetiske og cellebiologiske kunnskaper, pasientens alder og kulturelle påvirkninger, samt utfordringer som er knyttet opp imot behandling, pleie og omsorg til mennesker med kort forventet levetid (Kaasa, 2008a).

Palliasjon kjennetegnes blant annet av komplekse sykdomsbilder i hyppige og raske endringer. Funksjonstap og økende behov for pleie og omsorg, samt at sviktende organfunksjoner er en del av det palliative bildet (Helsedirektoratet, 2015a).

Palliativ behandling, pleie og omsorg tilrettelegges ut fra pasientens ønsker og behov, og tar utgangspunkt i pårørendes situasjon, hos de pasientene som har pårørende. Palliativ fase deles inn i tidlig palliativ fase, sen palliativ fase og terminalfase (Dalgaard, Thorsell & Delmar, 2010; Grov, 2014).

Pasienten som omtales i oppgaven befinner seg i tidlig palliativ fase, som kjennetegnes ved at pasienten fortsatt kan være i palliativ behandling og har mulighet til å få kontroll over symptomer og/eller forlenge livet. I den sene palliative fasen er livsforlengende behandling ikke aktuelt eller mulig. Her fokuseres behandlingen på lindring, livskvalitet, pleie og omsorg. I den terminale fasen er pasienten døende, og all livsforlengende behandling er avsluttet, pasientens levetid forventes å være i timer, dager eller få uker (Dalgaard et al., 2010; Grov, 2014; Kaasa, 2008a). Definisjonen av palliativ care samsvarer med sykepleierens grunnleggende etiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal fremme helse og ivareta pasientens rett til helhetlig omsorg (NSF, 2011).

3.2 Cancer pulm

Cancer pulm gir svært få og vage symptomer tidlig i forløpet. Utredningen starter ofte på bakgrunn av symptomer som appetittløshet og vekttap, og tung pust ved fysisk aktivitet. I noen tilfeller oppstår det blant annet hormonelle eller nevrologiske endringer som ikke lar seg forklare, men kan utløses ved ulike kreftsykdommer, spesielt ved lungekreft (Jacobsen et al., 2001). Kreft forårsakes av ukontrollert cellevekst, som kan oppstå og spre seg til hele kroppen (Nome, 2010) Pasienten som omtales i oppgaven har cancer pulm med tumoroppfylling i lungene og utfordres med respirasjonsbesvær som følge av dette.

3.2.1 Respirasjonsbesvær som følge av cancer pulm

Lungene utgjør kroppens respirasjonssystem og styres av balansen mellom oksygentilførsel, kroppens energiforbruk og karbondioksid som pustes ut. Respirasjonen reguleres av pustesenteret i hjernen, som igjen påvirkes av en rekke kjemiske og nevralt mekanismer, samt av kjemoreseptorer i carotis som reguleres av blodets innhold av karbondioksid (Bertelsen, 2000; Fürst & Starlander, 2008).

Det er reseptorer i pustemuskulaturen og i strekkreseptorer hele veien ut i kapillærene som omgir alveolene, og gjennom alveolene skjer gassutviklingen. Her tas oksygenet opp og transporteres ut til kroppens celler, der næringsstoffer oksyderes, energien frigjøres og danner

bland annet ATP, som transporterer energi i cellene. Avfallsstoffet som dannes i denne energiproduksjonen er karbondioksid som returneres fra cellene der produksjonen skjer, videre med blodet tilbake til lungene, og skilles ut bland annet i utåndingen (Bertelsen, 2000; Jacobsen et al., 2001; Sand et al., 2006).

Respirasjonssvikt kan oppstå dersom nevnte prosess blir forstyrret eller blokkert. Maligne tumorer, obstruksjon eller kompresjon kan være årsaker (Bertelsen, 2000; Thoresen & Nordøy, 2008; Jacobsen et al., 2001). I palliativ behandling kan blant annet lav pCO₂ være en vanlig årsak til pustebesvær.

Kliniske tegn på respirasjonssvikt kan være redusert oksygeninnhold og økt innhold av karbondioksid i blodet, forstyrrelser i blant annet proteinbalansen, dehydrering eller pipende respirasjon (Bertelsen, 2000; Fürst & Starlander, 2008; Helsedirektoratet, 2012).

Leppepustteknikk kan i denne sammenhengen bidra til et positivt trykk under utånding og derav øke oksygenmetningen (Helsedirektoratet, 2012).

Pasienter med respirasjonssvikt kan blant annet være obstruktive, være immobile og ha nedsatt allmenntilstand. Pulsen hos denne pasientgruppen er ofte hurtig og hard (Rønning, Strand & Hjermstad, 2008). Tap av vekt kan være et produkt av økt energiforbruk i hvile og i aktivitet som følge av økt pustearbeid, men vekttapet kan også ha en sammenheng med systematisk inflammasjon. Mange pasienter med langvarig tung pust kan også få innskrenket bevegelighet i diafragma, som kan føre til ubehag ved inntak av mat (Helsedirektoratet, 2012; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Dette kan lindres ved blant annet korrekt sittestilling (Helsedirektoratet, 2012).

3.3 Kakeksi

Direkte oversatt fra tidlig gresk forståelse, betyr kakeksi dårlig tilstand. I dag defineres kakeksi som et multifaktorielt syndrom og kjennetegnes ved progressivt ufrivillig vekttap, ofte forårsaket av appetittløshet og tidlig metthetsfølelse, samt pågående tap av muskelmasse. Vekttap hos pasienter med cancerdiagnose, kan forårsakes av redusert mat- og næringsinntak, i kombinasjon med kakeksi. Det er viktig at kreftsykepleier er klar over denne kombinasjonen, da at cancerrelaterte faktorer som reduserer inntaket og forårsaker underernæringen, kan behandles. Forskning viser at pasienter med kakeksi ofte påvirkes av en rekke faktorer, som gjør at kakeksi ikke lar seg kurere, men kan i visse tilfeller begrenses (Balstad et al., 2014; Fearon et al., 2011; Thoresen & Nordøy, 2008; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Bye (2010) viser til at det er viktig at kreftsykepleieren har en klinisk forståelse, slik at

man ikke overser vekttap som lar seg behandle og ikke overbehandler vekttap som ikke lar seg behandle.

Pasienten som omtales i oppgaven har fått diagnosen primærkakeksi, i kakektisk stadium. Dette innebærer at pasientens kakeksi er forårsaket av metabolske forstyrrelser og systemiske inflammasjoner, direkte forårsaket av cancer (Helsedirektoratet, 2015a; Thorsrud & Blomhoff, 2012).

Kakeksi deles videre inn i tre ulike stadier, pre-kakeksi, kakeksi og refraktær kakeksi (Fearon et al., 2011). Som nevnt i oppgaven er pasienten klassifisert til kakektisk stadium. Dette innebærer et vekttap på over 5% de siste seks måneder, BMI under 20 og når pasienten har redusert matinntak og/eller påvirkes av systemiske inflammasjoner (Balstad et al., 2014; Fearon et al., 2011). Kakeksi som primært forårsakes av cancer er i et kontinuum, og en pasient trenger nødvendigvis ikke å gjennomgå alle tre stadiene (Fearon et al., 2011; Thorsrud & Blomhoff, 2012).

3.3.1 Kakeksiens patofysiologi

Primærkakeksi forårsakes av metabolske forstyrrelser direkte forårsaket av cancer, som kan påvirke appetittforandringer og føre til nedsatt matlyst og økt energiomsetning (Bye, 2010; Helsedirektoratet, 2015a; Thoresen & Nordøy, 2008). Tumor skiller ut ulike signalmolekyler og disse kan føre til en kronisk betennelsestilstand og gi metabolske forstyrrelser. Perifere signalstoffer fra tumor kan sirkulere i blodbanen og påvirke hjernen via blod-hjerne barrieren, mens andre kan også transporteres via nervebaner (Suzuki et al., 2013; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Dette fører til blant annet forandringer i appetittreguleringen som videre påvirker ernæringsinntaket (Bye, 2010). Dette forklares med at signalstoffene påvirker effekter som induserer opplevelsen av sult og metthet (Suzuki et al., 2013; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Disse metabolske forandringene er inkludert i en inflammatorisk respons og kan sette kroppen i en katabol tilstand. Dette fører til at proteinholdig celledmasse som muskelmasse brytes ned (Bye, 2010; Thoresen & Nordøy, 2008). I tillegg vil det også oppstå en negativ protein- og energibalanse (Fearon et al., 2011). Systemiske utfordringer som cancer og inflammasjoner kan føre til at flere signalstoffer skilles ut samtidig, og studier viser at cancerrelatert kakeksi ikke tilknyttes et spesifikt signalstoff, men derimot en rekke ulike signalstoffer med ulike egenskaper (Suzuki et al., 2013).

3.3.2 Ernæringsplan

Forskning viser at kostveiledning kan være en metode som kan bedre en pasients utfordringer med kakeksi. Kostveiledning er ment for å motivere til økt oralt inntak, og det bør inkludere informasjon om hva inntaket bør inneholde av næringsinnhold, måltidsfrekvens og muligheten for næringstillegg (Balstad et al., 2014). Intensiv ernæring av pasienter med primær kakeksi vil ikke påvirke bakenforliggende metabolske forstyrrelser, men kan i visse tilfeller redusere utviklingen av kakeksi, men vektøkning er lite realistisk (Bye, 2010; McCreery & Costello, 2013; Thoresen & Nordøy, 2008). Pasienten som omtales i oppgaven er i tidlig palliativ fase, og hadde fått igangsatt en ernæringsplan han skulle følge ved hjemreise. «Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring» viser til at ”personer med ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak” (Helsedirektoratet, 2013, s.9). Det er viktig at denne planen evalueres, slik at pasientens energi- og væskebehov kontinuerlig følges opp (Helsedirektoratet, 2013).

3.4 Hjemmet og kommunen som arena

Når en pasient mottar helsehjelp i eget hjem, går forvaltningen og tilbudet ut fra helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Kommunene i Norge har ulik forvaltning av helsetjenestene, men hver innbygger har like rettigheter til helsehjelp (Norås, 2010; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Hjemmesykepleie er en tjeneste en pasient kan ha rett på, når de er hjemmeboende og har behov for helsehjelp (Direktoratet for e-helse, 2015; Solheim & Aarheim, 2004). Dersom en pasient har oppholdt seg på sykehuset og fortsetter med å motta helsetjenester etter utskrivelse til eget hjem, er det viktig at kommunehelsetjenesten og sykehuset samarbeider, da man bør tilegne seg tilstrekkelig informasjon som kan ha betydning for videre ivaretagelse av pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Norås, 2010).

Mange pasienter i palliativ fase ønsker å være hjemme, og da er det viktig at kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg er klar over at hjemmet er rammen til pasientens liv, da hjemmebasert omsorg blir en vesentlig tjenesteyter. Hjemmet er unikt, det kan være et sted hvor det er skapt sammenheng og mening, samt at det kan symbolisere pasientens verdier (Fjørtoft, 2006; Helsedirektoratet, 2015a; Solheim & Aarheim, 2004). Når kreftsykepleier kommer inn i pasientens hjem, er grensen mellom det offentlige og private krysset. Det er derfor av betydning at det skapes en balansegang mellom disse to arenaene. Med dette menes at

kreftsykepleier bør respektere hjemmets verdier og regler, samt at pasientens behov for omsorg blir ivaretatt. For å opprettholde balansegangen bør det foreligge en god kommunikasjon mellom kreftsykepleier og en pasient, slik at pasienten kan oppleve tillitt og sammenheng (Fjørtoft, 2006; Norås, 2010).

3.5 Kreftsykepleierens funksjon og ansvarsområde

Kreftsykepleierens funksjon og ansvarsområder styres av Norsk lovgivning, samt etiske og faglige retningslinjer. Kreftsykepleierens kompetanse går i bredde og dybde utover den generelle sykepleiekompetansen og har et komplekst ansvarsområde. Kreftsykepleierens funksjons og ansvarsområde beskrives enkeltvis, men defineres ut fra to deler. I praksisfeltet vil det alltid være et samspill mellom delene (Reitan, 2010b). Den direkte pasientrettede funksjonen omhandler blant annet forebygging, behandling, og symptomlindring. Samtidig som det fokuseres på en helhetlig pasientomsorg. Den indirekte funksjonen har blant annet fokus på en pasientrettet tilnærming, som har til hensikt å styrke pasientens kunnskaper og ferdigheter, for å mestre hverdagen med sykdom. I tillegg til at kreftsykepleieren kontinuerlig skal kartlegge pasientens behov for sykepleie, og koordinere nødvendig samhandling med tverrprofesjoner (Reitan, 2010b; Rene & Larsen, 2012).

For at kreftsykepleier skal kunne utøve palliativ care, vektlegges kreftsykepleierens faglige kompetanse innen patofysiologi, lindring av symptomer, forebyggende arbeid, og tverrprofesjonelt samarbeid (Reitan, 2010b; Rene & Larsen, 2012). Dette foregår ved bruk av brukermedvirkning, og kreftsykepleierens kommunikative ferdigheter.

3.5.1 Kreftsykepleierens kommunikative ferdigheter

Kommunikasjon er et velegnet verktøy dersom man ønsker å overføre informasjon, bli kjent med, forså og møte pasienten behov (Reitan, 2010a). Veiledning har som mål å blant annet å bistå pasienten med sine utfordringer, ved at kreftsykepleier bidrar med faglig og klinisk forståelse, slik at pasienten selv får kunnskap og ferdigheter til å leve med utfordringene (Reitan, 2010a).

God kommunikasjon krever at kreftsykepleieren har gode kommunikative ferdigheter, da dette kan føre til at både pasient og kreftsykepleier forstår hverandre, og bidrar til god samhandling (Fjørtoft, 2006; Reitan, 2010a). Den palliative kulturen innebærer å vise respekt for pasientens ønsker i situasjonen. Å vise respekt er å vise at man bryr seg om, og det å bry

seg om, kan være en kilde til trygghet og tillitt (Fugelli, 2013; Helsedirektoratet, 2015a). ”Tillitt er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på” (Fugelli, 2013, s.88). Tillitt er viktig for at pasienten uhindret skal føle det naturlig i kommunikasjonsprosessen (Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2013). Målet bør være å framskaffe et helhetsbilde av pasientens utfordringer (McCreery & Costello, 2013).

Kommunikative ferdigheter krever innsikt i kunnskapsbasert praksis, da kommunikasjons teknikker og teorier utbedres ved en erfaringsbasert forståelse (Skau, 2011). Vi har valgt å benytte oss av dialog som kommunikasjons teknikk. Dialog er en prosess som baserer seg på en veksling mellom å snakke og å lytte. Dette krever at både kreftsykepleier og pasienten forstår hverandre, slik at samhandlingen blir orientert og forstått av begge parter (Reitan, 2010a). Eide & Eide (2007) definerer dette som profesjonell kommunikasjon, da det har til hensikt å bistå pasienter som har behov for hjelp. Dialog er også kommunikasjons teknikken som anvendes i en individuell veiledning (Tveiten, 2013). Ved at kreftsykepleier bistår pasienten med faglig og klinisk forståelse, vil veiledningen øke pasientens kunnskap til å mestre utfordringer (Reitan, 2010a). Forskning viser at tidlig veiledning og informasjonsoverføring fra helsepersonell til pasient, kan føre til at pasienter med en cancerdiagnose blir oppmerksomme på utfordringer de kan møte i fremtiden. Dette kan bidra til at pasienten får økt kunnskap som reduserer bekymringene som oppstår, på grunn av mangel på kunnskap (Porter, Keefe & Garst, 2010). McCreery & Costello mener at pasienter blir styrket gjennom informasjon, og i særdeleshet når informasjonen er konkret og profesjonelt utført av personell som har inngående kunnskaper om sykdommen, samt har lav terskel for å søke tverrprofesjonelt samarbeid ved behov (2013).

3.6 Tverrprofesjonelt samarbeid

Kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg er kontaktet for å ivareta/følge opp pasienten i eget hjem. Kontakten med tverrprofesjonelle instanser avhenger av kreftsykepleierens kliniske forståelse, bevissthet over egen kompetanse og kreftsykepleierens kommunikative ferdigheter (Eide og Eide, 2007; Reitan, 2010a; Willumsen, 2009).

Koordinering av tjenester og profesjonelt samarbeid er et krav for kommunene i Norge (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Tjenestene skal være brukerorientert, noe som krever at brukerens behov, ressurser og mål må være kjent. Samordning av helsetjenester øker i takt med pasientens utfordringer, dette innebærer pasienten sykdom og tilstand. For at

den palliative samordningen skal være vellykket, er det nødvendig med en sammenhengende og en helhetlig tilnærming. Samarbeidet med ulike profesjoner kjennetegnes med god dynamikk, noe som kan være svært krevende, da det forutsetter bevissthet over egen kompetanse. Man må også være klar over og anerkjenne andre profesjoners kompetanse, slik at samarbeidet ivaretar pasientens helhetlige situasjon (Helsedirektoratet, 2015a; Willumsen, 2009).

Den palliative ivaretagelsen av pasienten kjennetegnes ved en tverrprofesjonell tilnærming, hvor profesjonene kommer frem til et felles mål. I oppgavens pasientrelasjon er palliativt team en naturlig samarbeidspartner. Teamet skal blant annet være et bindeledd mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Tverrprofesjonelt arbeid kan også inkludere kostveiledning fra ernæringsfysiolog, og individuell behandling fra fysioterapeut. I tillegg er fastlegen sentral innen palliasjon, da han har ansvaret for hjemmeboende pasienter og er ansvarlig for eventuelle henvisninger til aktuelle behandlingsinstanser, i tillegg til at han har ansvar for medisinsk oppfølging (Helsedirektoratet, 2015a).

3.7 Sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel (1989) mener at mennesker ikke kan forstås som et isolert individ, men må forstås ut fra sammenhengen i konteksten som det har utviklet seg i. Det vil si de må forstås ut fra hvilke type relasjon menneskene i situasjonen har til hverandre, og hvordan de er påvirket av sin historie, sosiale- og kulturelle sammenheng. Videre definerer de omsorg på sin egen måte, og bygger sin teori av mennesket på fire elementer. De fire elementene kaller de kroppen, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggender (concerns) og situasjonenes betydning for opplevelse av u håndterbare tilstander, og hvilke mestringsmuligheter som oppleves som aktuelle for mennesket.

Mennesker tilføres kunnskaper direkte fra kroppen. Det er den integrerte forståelsen som mennesket er født med, en form for forkunnskap som danner rammen for forståelse av ny kunnskap, og som tilføres hele livet. Den kroppslige intelligensen er vanskelig å legge merke til, men dette er et «kompleks» som gjør seg gjeldene i menneskers intuitive reaksjoner.

Bakgrunnsforståelsen er den forståelsen som er tillært gjennom en ubevisst identifisering av seg selv, via kulturen mennesket lever i. Bakgrunnsforståelsen baseres på kroppslig intelligens, og er en del av menneskets kontekst. Gjennom ubevisst å identifisere seg med kulturen og etterligne kulturens holdninger, kan mennesket leve uten å reflektere over hver

eneste handling. Denne måten å skape forståelse på, regner forfatterne for å være relevant og viktig i menneskers subjektive levemåte i verden.

Spesielle anliggender, det å bry seg om eller concern, er det som skaper engasjement, det som mennesket bryr seg om utover det vi vanligvis forstår med interesser. Concernet er det som definerer hvorfor det subjektive mennesket er involvert i verden, og gjør individuelle valg på hva som oppleves som riktig eller uriktig. Det er enkeltmenneskets opplevelse av spesielle anliggender (concern) som er avgjørende, og forklarer våre handlingsvalg i gitte situasjoner. Concernet har en tidsdimensjon, dette forstår Benner og Wrubel ut fra at når mennesket tilføres ny kunnskap, får mennesker mulighet til å reflektere over, eller endre tidligere holdninger til tidligere sannheter. Altså mennesket definerer verden ut fra sin egen kontekst, og det som truer individets spesielle anliggende, truer også en selv. Forfatterne skiller også på det å «bry seg om» som er et positivt ladet uttrykk, som involverer den det gjelder. I motsetning til det å «bry seg med» som er negativt i den forstand, at når man bryr seg med, assosieres det til å snakke om og ikke involvere fokuspersonen.

Situasjonen eller konteksten sier noe om enkeltmennesket opplevelse av livet her og nå, men situasjonen preges også av fortid, opplevelsen av «nu-et» og er opptatt av framtiden. Det individuelle menneskets opplevelse av situasjonen sier noe om graden av engasjement og hvor involvert det er, og gir en forståelse av de mestringsmuligheter den enkelte har (Benner og Wrubel, 1989; Konsmo, 1995).

3.7.1 Benner og Wrubel – Stress og mestring

Benner og Wrubel (1989) definerer stress som det fenomenet som oppstår når mennesket opplever utfordring med, eller sammenbrudd av det som fungerer normalt i hverdagen. I stressituasjoner må vi tenkte hvordan vi skal handle, for å opprette balanse i selvforståelsen. Mestring er hvordan man håndterer stresset. Og mestring er alltid avhengig av bakgrunnsforståelsen for det fenomenet det knyttes opp mot (Konsmo, 1995).

3.8 Opplevelsen av sammenheng og motstandsressurser

Aron Antonovsky (2012) hevder at enkeltindividets opplevelse av sammenheng har stor betydning for hvordan tilværelsen kan mestres i ulike situasjoner. Han mener at når det oppstår brudd i den ubevisste selvforståelsen og mennesket automatisk ikke finner en løsning på utfordringen, oppstår det en stressfaktor. Eksempel på dette kan være det å få en livstruende sykdom. Forfatteren konkluderer med at for å finne en ny sammenheng til en løsning på situasjonen, er det tre komponenter som har betydning for opplevelse av sammenheng. Komponentene kaller han begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, faktorene henger sammen og påvirker hverandre (Antonovsky, 2012).

Begripelighet kjennetegnes ved at mennesket ønsker å forstå hva som skjer. De ønsker informasjon om hva som skjer, for å skaffe en oversikt over situasjonen. Det å få kunnskap bidrar til trygghet, som igjen kan bidra til økt mestring, som igjen er en forutsetning for komponentene håndterbarhet og meningsfullhet.

Håndterbarhet er relatert til i hvilken grad personen er i stand til å takle utfordringene som oppstår. Komponentene inneholder et ønske om medbestemmelse og tillit til viktige andre, som har til hensikt å tilføre ny kunnskap inn i situasjonen (Antonovsky, 2012). Eksempelvis til kreftsykepleieren som veileder.

Meningsfullhet mener Antonovsky (2012) er den komponenten som referer til erkjennelsen om et ønske av å oppleve mestring, ut fra den situasjonen det befinner seg i. Å finne en mening kan være en overordnet komponent til å finne en løsning på utfordringene.

Antonovsky (2012) var også opptatt av menneskenes livsvilkår, i betydningen av hvilke påvirkninger som har preget den enkelte, til å bli den de framstår som i dag. Han kalte de ulike livsvilkårene for motstandsressurser, og forsto de ut fra fire forskjellige plan, som til sammen utgjorde en forståelse av helheten. De består av det personlige plan, sosiale relasjoner, samt materielle og kulturelle forhold. Motstandsressursene mener han gir ulikt pågangsmot i møte med livets utfordringer.

4.0 DRØFTING

Dette kapitlet presenterer en drøfting som er forankret i kunnskapsbasert praksis, der vi ønsker gjennom systematisk refleksjon å søke en mulig løsning på oppgavens problemstilling. Kapitlet er delt opp i underkapitler og avsnitt, hvor den enkelte enhet presenterer en refleksjon av ulike aspekter i en samhandlingsprosess, der kreftsykepleier og pasienten er aktører i en situasjonsbetinget tilnærming.

4.1 Situasjonsbetinget tilnærming

Vi har erfart at pasienter er forskjellig, og må derfor forstås ut fra sin egen forståelsesramme. For at kreftsykepleieren skal kunne bidra til helhetlig omsorg, er det av betydning at hun har en forståelse av hva et menneske egentlig er. Vi har valgt å se mennesket i lys av Benner og Wrubel (1989) som sier at en person kan ikke deles opp i fysiske og psykiske aspekter, men må forstås som en helhet, der begge delene har gjensidig påvirkning på hvordan mennesket forstår egen situasjon. Både Benner og Wrubel (1989) og Antonovsky (2012) er opptatt av, og er enige om at menneskenes livsvilkår er avgjørende for hvordan mennesket forstår seg selv i verden, og at dette er grunnen til at mennesker opplever livet og verden forskjellig. For at kreftsykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å mestre hverdagen, er det avgjørende at hun tar utgangspunkt i pasientens utfordringer her og nå, og kartlegger hans spesielle opplevelse av situasjonen (Konsmo, 1995).

En situasjonsbetinget tilnærming er viktig for at kreftsykepleier skal kunne starte begrenningen av kakeksi i pasienten eget hjem, da pasienter i palliativ fase har stadige endringer av tilstanden, samt at kreftsykepleierens spesialkompetanse krever en kontinuerlig kunnskapsoppdatering (Helsedirektoratet, 2015a; Reitan, 2010b). ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (NSF, 2011, s.7).

Pasienten som omtales i oppgaven er i tidlig palliativ fase, utfordres med respirasjonsbesvær og ufrivillig vekttap, og det er dette som er pasientens situasjon her og nå.

Kreftsykepleier er blitt kontaktet av palliativt team, hvor det ble overført informasjon om pasientens situasjon. Palliativ team er et tverrprofesjonelt behandlingsteam, som er sentrale i arbeidet med pasienter i palliativ fase (Helsedirektoratet, 2015a). Ved at de foretar en informasjonsoverføring av pasientens tilstand og bekymring til kreftsykepleieren i hjemmebasert omsorg, bidrar dette til å ivareta grunnleggende palliasjon, som inkluderer en kommunikativ prosess mellom samarbeidende aktører (Helsedirektoratet, 2015a).

Men informasjonen sa ingenting om hvordan dette utspiller seg i pasientens hjem, og for at kreftsykepleier skal kunne utøve palliativ care i hjemmet, er det flere observasjoner som bør foretas under den første pasientsamtalen. Vår erfaringsbaserte kunnskap har vist at observasjonene bør baseres på kreftsykepleierens patofysiologiske kunnskaper om respirasjonsbesvær og kakeksi, slik at den kliniske forståelsen også skal kunne tilknyttes pasienten i eget hjem.

Hjemmet kan gi oss en nøkkel til kommunikasjon med dem vi kommer hjem til. Man kan lese historien som veggene forteller oss og man kan tolke livshistorien gjennom for eksempel bilder og gjenstander. Vi kan tolke hva den enkelte er opptatt av, og det kan være en unik mulighet til å oppnå kontakt og tillit (Fjørtoft, 2006).

Dette understøttes også av Benner og Wrubel (1989) når de mener at det å oppnå tillit hos pasienten, er avgjørende for å kunne yte omsorg. Men pasienten er også avhengig av tillit til hjelperen, og til seg selv, for å takle utfordringene i forhold til egen sykdom som ligger foran han.

I denne sammenhengen betyr det at kreftsykepleieren møter pasientsituasjonen med sin bakgrunnsforståelse av tillitsskapende sykepleie. Våre tolkninger starter allerede når vi mottar informasjon om pasienten og hans utfordringer, og forsterkes ytterligere desto nærmere pasienten vi kommer (Benner og Wrubel, 1989). Hummelvold (2004) sier at pasientens fysiske omgivelser er viktig, men dersom vi lar det ytre rammeverket prege vår forståelse av pasienten, vil pasienten som menneske forbli en fremmed (Bubler, 1992). Dette er i samsvar med vår egen erfaring og i tråd med Levinas (referert i Kristiansen, 2008), når han mener at vi må søke igjennom den ytre rammen for å identifisere pasientens ønsker, og hans mestringskompetanse.

Vår erfaring fra praksisfeltet har lært oss å intuitivt sortere opplevelser av fysiske og miljømessige inntrykk, og reflektere over det som kan være viktig, ut fra bestillingen for å komme til pasientens hjem, i lys av vår bakgrunnsviden av pasientens utfordringer.

Pasienter som lever med kakeksi har et komplekst behov for omsorg, og for at pasienten skal finne muligheter for å mestre livet, er det nødvendig å forstå mekanismen som ligger til grunn for kakeksi (Wheelwright et al., 2016).

4.2 Den første pasientsamtalen

Basert på Benner og Wrubels (1989) teori om stress, ser man at det foreligger et brudd i det som opprinnelig skulle fungere normalt i pasientens hverdag. Kreftsykepleier bør med sine kommunikative ferdigheter forsøke å finne en løsning på pasientens stress, slik at det kan bli mulig å starte med arbeidet med økt mestringskompetanse. Mestringsprosessen er en del av ev en utviklingsprosess, og kan inkludere en innarbeidelse av ny måte å forstå hverdagen på (Antonovsky, 2012). Når kreftsykepleier ble kontaktet angående pasienten, ble det ikke informert om pasientens kunnskapsnivå. Kreftsykepleier bør derfor kartlegge denne kunnskapen under den første samtalen, slik at man allerede fra starten legger grunnlaget for økt mestringskompetanse og forståelse.

Kartleggingen kan basere seg på en dialogbasert informasjonsoverføring, slik at man kan møte pasienten der han er ved hjelp av å lytte, og benytte det som formidles til en samhandling med pasienten (Fjørtoft, 2006; Reitan, 2010a; Tveiten, 2013).

Forskning viser til at det kan være hensiktsmessig med tidlig informasjonsoverføring for å styrke pasienten videre i sykdomsforløpet (Porter et al., 2010). Det er mulig at pasienten har kunnskap fra tidligere, men kreftsykepleier bør ikke basere palliativ care på antagelser, da optimal palliasjon inkluderer faglig kompetanse, som blant annet kunnskap og ferdigheter (Helsedirektoratet, 2015a).

Forskning viser at med utgangspunkt i ivaretagelsen av pasienter med kakeksi, er det tydelige forskjeller på fagfolk som er utdannet med å arbeide med palliative pasienter, og på de som ikke er det, da sett i sammenheng med pasientens komplekse sykdomsbilde (Millar et al., 2013a). Som en del av kreftsykepleierens palliative arbeid, har vi lagt vekt på kommunikasjon som en ferdighet. Dette kan tolkes som en del av profesjonell kommunikasjon, da kommunikasjonen er ment hjelpende med bakgrunn i faglig forståelse og kompetanse (Eide & Eide, 2007). Dette kan ses i lys av Benner & Wrubel som sier at det er viktig at pasienten blir lyttet til, slik at han opplever å være deltagende i prosessen med å finne ny mening med livet igjen. Det kan igjen skape mestringslyst (1989).

Ved at kreftsykepleier gir pasienten rom for refleksjon i veiledningsprosessen, kan det legge grunnlaget for å endre holdninger til situasjonen. Dette kan være en del av en endringsprosess som kan gi rom for nye elementer inn i pasientens situasjon, som kan føre til endringer i det kontekstuelle bildet. På denne måten kan pasienten veiledes til en mulig ny opplevelse av «nu-et», som gir nytt engasjement i sine spesielle anliggender (Benner & Wrubel, 1989).

Ved at pasienten blir veiledet, og forstår den nye situasjonen, kan det bidra til en økt kunnskap. I følge Antonovsky (2012) vil ny forståelse kunne styrke pasienten, og endre måten han håndterer situasjonen på.

Under den første pasientsamtalen er det viktig at kreftsykepleier benytter seg av sine kommunikative ferdigheter, slik at det allerede fra starten skapes en god samhandling og en felles forståelse (Fjørtoft, 2006; Reitan, 2010a). Vi har erfart i praksisfeltet at kongruent samhandling med pasienten har avgjørende betydning for pasientens trygghet, da han opplever at kreftsykepleieren bryr seg om han som et helt menneske.

McCreery & Costello (2013) skriver at de fleste pasienter med en kreftdiagnose vet lite om hvorfor de mister vekt. Vekttapet er ofte progredierende under behandling, og ofte assosierer både pasienter og helsepersonell vekttapet til medikamentell behandling, eller progredierende utvikling av cancer. Dette kan også være riktig i mange tilfeller, men hva som egentlig skjer i kroppen og hva som kan forhindre ytterligere utvikling, har lite fokus blant helsepersonell (McCreery & Costello, 2013).

Sykepleie finner sted midt i en rekke essensielle hendelser i et menneskes liv, og sykepleierens oppgave er å assistere mennesket med de opplevelser, behov og utfordringer som oppstår (Benner & Wrubel, 1989). Pasienten kan veiledes til å ta kontroll over egen situasjon. Da er det av betydning at helsepersonell gjør seg kjent med pasienten, og kartlegger dennes subjektive opplevelse og oppfatning av egen situasjon (McCreery & Costello, 2013).

Som en del av den første pasientsamtalen, er det viktig at kreftsykepleier kartlegger hva pasienten kan og vet om egen situasjon. Det begrunnes i at kreftsykepleier kan supplere med faglig og klinisk forståelse i den individuelle veiledningen (Reitan, 2010a). Dette kan trekkes inn i Benner og Wrubels teori, ved at kreftsykepleier kartlegger hva pasienten bryr seg om (concern) og hva pasienten uttrykker i forhold til opplevelser av egen situasjon (1989). Dette er en del av kreftsykepleierens direkte pasientrettede funksjon, hvor pasientens kunnskap er i sentrum for den individuelle veiledningen (Reitan, 2010b). Vår erfaring tilsier at kreftsykepleier kan ikke forvente at pasienten har samme medisinske forståelse, men det bør kartlegges hva pasienten er klar over hva det innebærer å være kakektisk. Forskning viser at flere pasienter ønsker informasjon og kunnskap om sin kakektiske tilstand, slik at de kan få en større mestringsramme mot tilstandens kompleksitet (Reid et al., 2009).

4.3 Klinisk tilnærming

Underveis i kartleggingen kan det være nødvendig å informere pasienten om hvordan tumor påvirker kroppen, dersom pasienten opplever nedsatt matlyst eller tidlig metthetsfølelse (Bye, 2010; Suzuki et al., 2013). Økt metabolisme og nedsatt matinntak er av betydning for vektreduksjon (Wheelwright et al., 2016). Med bakgrunn i Benner og Wrubel (1989) og Antoovsky (2012), kan kunnskap påvirke eller skape ny bakgrunnsforståelse for pasienten. Vår erfaringsbaserte kunnskap viser at det kan være hensiktsmessig at kreftsykepleier supplerer med informasjon om ulike stadier av kakeksi, og hvordan de påvirker kroppen. Dette begrunnes i at dersom pasienten får tilført kunnskap om et mulig sykdomsforløp, er det større sannsynlighet for at han kan mestre utfordringer i fremtiden (Porter et al., 2010). I lys av Benner og Wrubel, kan dette bidra til å styrke pasientens situasjon og øke pasientens forståelse av sykdom i ny kontekst (1989). I forhold til vår erfaringsbaserte kunnskap, kan dette også rettes mot pasientens respiratoriske utfordringer. Hvis kreftsykepleier informerer om at respirasjonssvikten kan forverres dersom tumor er til hinder for innånding, eller at pustemuskulaturen kan påvirkes av pasientens sittestilling, kan kreftsykepleieren trigge til at pasienten utøver et forebyggende egenarbeid (Bertelsen, 2000; Jacobsen et al., 2001; Thoresen & Nordøy, 2008). Dette foregår ved informasjonsoverføring og ved å fokusere på brukermedvirkning (Gammersvik & Larsen, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Benner og Wrubel ser på dette som at kreftsykepleieren bryr seg om pasienten og ikke bryr seg med. Dette begrunnes ut i fra at kreftsykepleieren utøver omsorg i lys av hva pasienten ønsker av informasjon og bryr seg om (1989). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienten har krav på nødvendig informasjon, for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal kun gis dersom pasienten ønsker det, og da skal den være individuelt tilpasset. Den som gir denne informasjonen skal så langt som mulig forsikre seg om pasienten har forstått budskapet i gitt informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Forskning viser at pasienter ønsker informasjon om deres tilstand (Reid et al., 2009) Og vår erfaring fra praksis har vist oss at samhandlingen blir vellykket med pasienten, dersom informasjonen er gitt med ærlighet og varsomhet. Men forskning viser at helsepersonell kan være motvillig til å være direkte og ærlig, spesielt når pasienten beveger seg mot en terminal prognose (Millar, Reid & Porter, 2013b).

Pasienten er i ECOG 2, og er da oppe minst 50% av dagen (Ecog-Acrin, 2015). Dersom pasienten fremdeles utfordres med progredierende vekttap, kan det resultere i at funksjonsnivået reduseres ytterligere. Dette samsvarer med det palliative bildet, hvor det

forekommer funksjonstap og økende sykepleiebehov (Helsedirektoratet, 2015a). Dersom det foreligger økt sykepleiebehov, foregår denne kartleggingen som en del av kreftsykepleierens indirekte pasientrettede funksjon (Reitan, 2010b). Kartleggingen av sykepleiebehovet starter allerede under den første pasientsamtalen, og dersom kreftsykepleier anvender funksjonen forebyggende arbeid, er det muligheter for at økt sykepleiebehov reduseres (Reitan, 2010b). I samsvar med lindrende funksjon og forebyggende arbeid (Reitan, 2010b), rettes primærfokus i oppgaven mot tertiærforebyggende arbeid, der kreftsykepleierens oppgave sentralt er å bidra til å begrense ytterligere utvikling av kakeksi. Helsepersonell er i en nøkkelsituasjon som bør undervise pasienten i årsaker til, og konsekvensene av å leve med kakeksi (Millar et al., 2013a).

Det er viktig med en pasientorientert tilnærming, da det er ulike årsaker og forløp (Fearon et al., 2011). Ved at kreftsykepleier starter å undervise pasienten, kan arbeidet med å begrense utvikling av kakeksi begynne. Som nevnt tidligere viser forskning til at pasienter ønsker informasjon om hvorfor de går ned i vekt, og en anerkjennelse av deres situasjon (Reid et al., 2009). Pasienten har fra tidligere formidlet en fortvilelse over at det fremdeles er en svak pågående vektreduksjon. I henhold til Benner og Wrubel (1989) så kan dette sees på som stress, da vektreduksjonen er en utfordring som ikke passer inn i hverdagen. Grunnet pasientens reaksjon på vekttapet, er dette noe som kan relateres til en forstyrrelse i pasientens spesielle anliggender, da bakgrunnsforståelsen av hva som er kulturelt identifiserbart forandres (Benner og Wrubel, 1989). Pasientene kan ha vanskeligheter med å forsones seg med de fysiske forandringene som forekommer, da det oppstår tap av funksjoner (Thoresen & Nordøy, 2008). Vår erfaringsbaserte kunnskap tilsier at ved at vi anerkjenner pasienters situasjon, viser vi respekt og pasienten føler seg tryggere. Respekt handler om å bry seg om, og det å bry seg om bidrar til tillitt (Antonovsky, 2012; Fugelli, 2013). Tillitt er også viktig i en kommunikasjonsprosess, for at samhandlingen mellom kreftsykepleier og pasient skal opprettholdes (Fjørtoft, 2006; Norås, 2010). Kreftsykepleieren tar utgangspunkt i hva pasienten kan om sine utfordringer og supplerer med nødvendig informasjon (Tveiten, 2013). Dersom kreftsykepleieren avdekker manglende kunnskap hos pasienten i forhold til respirasjonsbesværet, bør kreftsykepleieren undervise om enkle tiltak som kan forbedre og/eller forebygge en forverring av tilstanden (Reitan, 2010b; Helsedirektoratet, 2015a).

4.4 Situasjonsbetingede tiltak

Under den første pasientsamtalen bør kreftsykepleieren fokusere på pasientens helhetlige situasjon, for at pasienten kan forberedes på hva det innebærer å leve i eget hjem med de utfordringer som er gjeldende (Helsedirektoratet, 2015a; Porter et al., 2010).

Basert på kommunikasjonsprosessen i den første pasientsamtalen, kartlegges det at pasienten ønsker informasjon om kakeksiens påvirkning av kroppen, samt en kort forklaring om hvordan respirasjonsbesværet kan bedres med enkle tiltak og hvordan dette påvirker ernæringsplanen. Kreftsykepleieren bør benytte seg av sine kommunikative ferdigheter i en individuell veiledningsprosess (Tveiten, 2013), slik at pasientens ønsker blir ivaretatt og for at det på denne måten kan legges et grunnlag for begrensning av kakeksi.

Veiledningen starter med en samtale om hvordan respirasjonsbesværet kan reduseres ved hjelp av enkle tiltak. Å introdusere pasienten med pusteøvelser som eksempelvis leppepust, kan ha en positiv effekt på respirasjonsfrekvensen. Ved at respirasjonsfrekvensen reduseres, kan dette senke energiforbruket, noe som kan medføre et mindre behov for energiinntak (Helsedirektoratet, 2012). Kreftsykepleier bør ha kunnskaper om at energi og næringsbalansen ikke alltid dekker kroppens faktiske behov, og at pasienten blir informert om dette, og i tillegg blir introdusert for leppepust (Bye, 2010; Helsedirektoratet, 2012; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Et annet tiltak som kan formidles i den individuelle veiledningen er pasientens sittestilling under måltider og i hvile. Grunnet at pasienter med redusert respirasjon kan få redusert bevegelighet i diafragma, kan sittestilling bidra til å forbedre respirasjonsmuskulaturens funksjon (Helsedirektoratet, 2012; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Grunnet respirasjonsbesværets patofysiologi kan dette påvirke energitransporten til cellene (Bertelsen, 2000; Jacobsen et al., 2001). Dette igjen kan påvirke forstyrrelser i pasientens proteinbalanse, som også kan være en medvirkende årsak til vektreduksjonen, da proteinholdig celled masse brytes ned av primærkakeksi (Bye, 2010; Thoresen & Nordøy, 2008; Suzuki et al., 2013). Ved at den proteinholdige celledmassen brytes ned, kan dette føre til en katabol tilstand, som medfører tap av muskelmasse, som videre kan føre til inaktivitet (Fearon et al., 2011; Helsedirektoratet, 2012; Thoresen & Nordøy, 2008). Dette kan trenes opp ved at kreftsykepleier innehar kunnskaper om enkle tiltak som bidrar til en økt utholdenhetskapasitet. Disse tiltakene kan blant annet være å motivere til bevegelse (Helsedirektoratet, 2012). Dersom pasienten kommer i en forhøyet katabol tilstand, kan det medføre tap av funksjonsstatus, som etter hvert kan føre til dødsfall som følge av immobilitet og respirasjonssvikt (Fearon et al., 2011; Thorsrud & Blomhoff, 2012). Under

veiledningsprosessen bør kreftsykepleier forsikre seg om at pasienten har forstått budskapet, og eventuelt tilpasse veiledningen mer spesifikk, slik at veiledningen blir situasjonsbestemt mot pasientens utfordringer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2013). Benner og Wrubel (1989) sier at det å forstå et budskap som blir gitt i situasjonen, handler om å forstå budskapet i konteksten.

Dersom pasienten har forstått budskapet, kan veiledningen sentreres mot ernæringsplanen (Tveiten, 2013). Ernæringsplanen er satt opp av klinisk ernæringsfysiolog fra sykehuset og er individuelt tilpasset. Dette er i tråd med Helsedirektoratet, som forteller at planen må evalueres underveis, slik at pasientens behov blir ivaretatt (2013). Men Balstad et al., (2014) forteller at det er ambisiøst å forestille seg at næring vil bedre kakeksien alene.

Kreftsykepleier kan følge opp den en individualiserte ernæringsplanen, som kan inkludere kost som har økt kaloriinnhold/næringsinnhold uten økt mengde, økt måltidsfrekvens og eventuelle næringstilskudd (Balstad et al., 2014, Bye, 2010; Helsedirektoratet 2015a; Helsedirektoratet, 2013). Kreftsykepleierens oppfølging av ernæringsplanen kan rette seg mot kostveiledning, som kan relateres til motivasjon for økt oralt inntak (Balstad et al., 2014). Økt oralt inntak kan medføre økt energiinntak, men dette avhenger videre av om pasienten har ubehag grunnet innskrenket bevegelighet i diafragma (Balstad et al., 2014; Bye, 2010). Under hele veiledningsprosessen bør kreftsykepleieren fokusere på hva pasienten ønsker, og eventuelt kan utføre selv. På denne måten blir pasientens brukermedvirkning ivaretatt, og arbeidet underbygges av den palliative kulturens syn på en respektfull utførelse av det forebyggende arbeidet (Gammersvik & Larsen, 2012; Helsedirektoratet, 2015a).

4.5 Tverrprofesjonell tilnærming

Palliativt team er et tverrfaglig team som i hovedsak arbeider med konsulterende virksomhet. Teamet har god kompetanse innenfor palliasjon og er et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De skal blant annet vurdere problemstillinger med ukentlige møter hvor pasienters situasjon diskuteres (Helsedirektoratet, 2015a). Som en del av pasientens videre oppfølging, ble kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg kontaktet.

Grunnet pasientens stadium av kakeksi, vil den multifaktorielle tilstanden ikke la seg kurere (Balstad et al., 2014; Fearon et al., 2011). Bye (2010) formidler at det er viktig med en klinisk forståelse, slik at vekttapet blir behandlet riktig. Vår erfaring fra praksis er at det kan være utfordrende å observere kliniske årsaker til vektreduksjon, da primærkakeksi forårsaker pågående tap av muskelmasse (Fearon et al., 2011; Thorsrud & Blomhoff, 2012).

Basert på vår erfaringsbaserte kunnskap, pasientens cancerdiagnose og hans utfordringer med kakeksi, er det nødvendig å samarbeide med tverrprofesjonelle instanser som kan ha en positiv betydning for pasientens liv i eget hjem. Tilpasning av ernæringsplan skjer i regi av klinisk ernæringsfysiolog, da god ernæringsbehandling krever kompetanse (Helsedirektoratet, 2013). Kreftsykepleieren kan opprette/vedlikeholde kontakten med ernæringsfysiologen, da de også skal inneha kunnskaper om pasienten kreftdiagnose, i tillegg til å redegjøre for kakeksi (Helsedirektoratet, 2015a). Dette fører til at klinisk ernæringsfysiolog er en god samarbeidspartner for kreftsykepleier, men tilgangen på klinisk ernæringsfysiolog i kommunehelsetjenesten er svært liten og samarbeidet foregår da på tvers av helseforetakene (Helsedirektoratet, 2013).

Pasienten som omtales i oppgaven kan også ha effekt av fysisk aktivitet, dersom hans respiratoriske utfordringer tillater det (Helsedirektoratet, 2012).

Fysisk aktivitet bidrar til en bedret proteinbalanse og kan hemme symptomer fra systemiske inflammasjoner, og øke immunforsvarets funksjoner (Suzuki et al., 2013). I tillegg til at det kan påvirke til et mer optimalisert respirasjonsmønster (Helsedirektoratet, 2015a). Vår erfaring fra praksis har vist at pasienter vegrer seg til bistand fra fysioterapeut, men dersom kreftsykepleier innehar kunnskaper til de fysiologiske bedringene som kan forekomme, er dette noe som kan diskuteres i en individuell veiledningsprosess. Dette avhenger av kreftsykepleierens kliniske forståelse, i samhandling med pasientens ønsker (Helsedirektoratet, 2015a; Reitan, 2010a). Dersom pasienten ønsker å motta bistand fra fysioterapeut, kan dette bidra til å redusere utviklingen med funksjonsnedsettelse

(Helsedirektoratet, 2015a). Selv om funksjonstap er en del av det palliative bildet, kan situasjonen begrenses, dersom pasienten etter eget ønske vil motta bistand fra tverrprofesjonelle instanser. De tverrprofesjonelle aktørene bør ha kunnskap om kakeksiens og respirasjonens patofysiologi, for å øke næringsinntaket, øke utholdenheten i respirasjonen, samt tilrettelegge for en helhetlig ivaretagelse av pasienten (Bertelsen, 2000; Jacobsen et al., 2001; Helsedirektoratet, 2015a; Helsedirektoratet, 2012). Fastlegen er en aktuell samarbeidspartner, da ”han” har det overordnede ansvaret for pasientens koordinerte tjenester. Fastlegen skal i tillegg følge opp diagnose og behandling, og i visse tilfeller foreta hjemmebesøk hvis ønskelig (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012; Helsedirektoratet, 2015a; Suzuki et al., 2013). Palliativt team kontaktet kreftsykepleier i hjemmebasert omsorg, da det var ønskelig med igangsetting av forebyggende tiltak i pasientens hjem. Kreftsykepleier er den profesjonen som er nærmest pasienten og videre samarbeid avhenger av kreftsykepleierens kliniske forståelse og bevissthet over egen kompetanse (Eide & Eide, 2007; Helsedirektoratet 2015a; Reitan, 2010b; Willumsen, 2009). Med bakgrunn i pasientens tidlige palliative fase, den palliative kulturen og Norges lover, er det viktig å ivareta pasientens helhetlige behov, med en tverrprofesjonell, brukerorientert og samhandlet orientering (WHO, 2016b; Helsedirektoratet, 2015a; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

4.6 Pasientens situasjon i lys av opplevelse av sammenheng

Pasienter håndterer sykdom forskjellig, og sett i lys av Antonovsky (2012) sin modell for opplevelse av sammenheng, er pasientens forståelse for situasjonen sentral, i forhold til at dagen i dag bør inneholde aspekter som gjør at fremtiden er forutsigbar og begripelig.

De mennesker som ønsker å motta informasjon om egen situasjon, har en større forventning om at fremtiden skal oppleves som forutsigbar. De får da en ny erfaring inn i situasjonen, og på den måten skaper de en ny forståelseshorisont (Antonovsky, 2012).

Antonovsky sier at dersom livet oppleves håndterbart, er det lettere å bli stimulert til å gjøre noe positivt ut av situasjonen. De mennesker som opplever at situasjonen er håndterbar, tar i bruk resurser de har kontroll over, og søker mer kunnskap om hva som skal til for mestre den kommende tiden (Antonovsky, 2012). Dersom pasienten opplever en progresjon i mestringsprosessen, kan dette føre til at han opplever livet som meningsfylt. Det forbindes med at det er noe som betyr noe spesielt i livet, som man er villig til å yte litt ekstra for. Hvis

pasienten føler at dette gir ny mening, så kan det føre til at situasjonen igjen oppleves begripelig.

Basert på Benner og Wrubels (1989) definisjon av pasientens kontekst, tolker vi Antonovskys teori om motstandsressurs inn i dette. Dette baserer seg på at mennesker forstår sin egen situasjon, ut i fra en bakgrunnsforståelse om livets tidligere hendelser (Antonovsky, 2012). Dette mener Antonovsky gir ulikt pågangsmot i møte med livets utfordringer (2012).

5.0 KONKLUSJON

For at kreftsykepleier kan bidra til å begrense utviklingen av kakeksi i pasientens hjem, konkluderer vi med at kreftsykepleier bør ta utgangspunkt i pasientens situasjon, med en situasjonsbetinget tilnærming. Årsaken til dette er at kreftsykepleier bør inkludere pasientens ytre rammer i den pasientorienterte veiledningsprosessen, for å identifisere pasientens ønsker og mestringskompetanse. Dette skjer med bakgrunn i kreftsykepleierens bakenforliggende kunnskap, som i dette henseende inkluderer patofysiologisk kunnskap om respirasjonsbesvær og kakeksi. I tillegg bør det foreligge gode kommunikative ferdigheter, som baserer seg på en profesjonell tilnærming med dialogbasert veiledning og tilpasset informasjonsoverføring. Kreftsykepleier bør i tråd med den palliative kulturen respektere pasientens ønsker, og samtidig fokusere på en helhetlig tilnærming av situasjonen. Dette bør baseres på en tillitsbyggende fremtreden, hvor informasjonen fra kreftsykepleieren er ærlig og faglig forankret. Videre konkluderer vi med at kreftsykepleier bør anerkjenne sin egen kompetanse, da kakeksi og utfordringer med respirasjonsbesvær, kan føre til komplekse forandringer i pasientens liv. Det kan igangsettes enkle tiltak som har til hensikt forebygge ytterligere utfordringer for pasienten, selv om primærkakeksi ikke lar seg kurere. Det er derfor ønskelig at kreftsykepleier kan bidra til å opprettholde pasientens funksjonsstatus, basert på en brukerorientert tilnærming. Den palliative kulturen kjennetegnes også ved at det skal foreligge et tverrprofesjonelt samarbeid, og kreftsykepleier bør derfor basere deler av sin palliativ care med utgangspunkt i dette samarbeidet. Vi er innforstått med at det finnes andre tilnærminger på problemstillingen, og at dette kan føre til en annerledes konklusjon. Vi kan også konkludere i at vi underveis og etter endt oppgaveskriving har tilegnet oss flere faglige komponenter og en bredere forståelseshorison. Vi har sett ulike aspekter ved oppgaven som kan være interessante å bringe til praksisfeltet, samt at det er flere ulike innfallsvinklinger som kan være av interesse å jobbe videre med i fremtiden.

6.0 LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (2012). *HELSENS MYSTERIUM: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Balstad, T. R., Solheim, T. S., Strasser, F., Kaasa, S. & Bye, A. (2014). Dietary treatment of weight loss in patients with advanced cancer and cachexia: A systematic literature review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 91(2), 210–221.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2014.02.005>

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menko Park, CA: Addison-Wesley.

Bertelsen, B. I. (2000). *Patologi – Menneskets sykdommer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bubler, M. (1992). *JEG OG DU*. Halden: Cappelen Forlag AS.

Bye, A. (2010). Ernæring. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 214–233). Oslo: Akribe AS.

Dalgaard, K., Thorsell, G. & Delmar, C. (2010). Identifying transitions in terminal illness trajectory: a critical factor in hospital-based palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(2), 87–92. Lokalisert på
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail/detail?vid=2&sid=81289a4a-9a56-4d83-81a0-48b56c208f41%40sessionmgr105&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105170018&db=c8h>

Dalland, O. (2012). *METODE OG OPPGAVESKRIVNING* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Direktoratet for e-helse. (2015). *Helsetjenester i hjemmet*. Lokalisert på
<https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen>

Ecog-Acrin. (2015). *ECOG Performance Status*. Lokalisert på <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L. ... Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *THE LANCET Oncology*, 12(5), 489–495. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)

Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene, FOR-2012-08-29-842.

Fugelli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86–91). Oslo: Universitetsforlaget.

Fürst, C. J. & Starlander, J. (2008). Pustebesvær. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 509–516). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.). (2012). *Helsefremmende sykepleie: - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Grov, E. K. (2014). The cancer trajectory – a model of phases. *Vard i Norden*, 34(1), 46–47. Lokalisert på <http://search.proquest.com.ezproxy.hihm.no/docview/1524699182/citation/9AA2DFD31B14D5FPQ/1?accountid=42560>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008–2009). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: (2011-2015)*. (Meld.St. 16, 2010–2011). Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. (Meld.St. 19, 2014–2015). Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2015).

Helsedirektoratet. (2012). *Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (IS-2029). Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-IS-2029.pdf>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (IS-1580). Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet. (2015a). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (IS-2285). Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Helsedirektoratet. (2015b). *Om nasjonale faglige retningslinjer*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/nfr/om-nasjonale-faglige-retningslinjer>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2016).

Hummelvoll, J. K. (2004). *HELT: ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Høgskolen i Hedmark. (2015). *RETNINGSLINJER FOR SYKEPLEIEFAGLIG FORDYPNINGSOPPGAVE I KREFTSYKEPLEIE: 4KR20 kull 2014 – 2016*. Lokalisert på <https://fronter.com/hihm/main.phtml>

Høgskolen i Hedmark. (2016). *APA-eksempelsamling* (6. utg.). Lokalisert på <http://hihm.no/bibliotek/studiehjelp/referanseteknikk>

Jacobsen, D., Kjeldsen, B. I., Lund, K., Ingvaldsen, B. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S. (2008a). Palliativ medisin – en introduksjon. I S. Kaasa (Red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s.31–46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaasa, S. (Red.). (2008b). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kildekompasset. (2015). *Vil du vite mer?*. Lokalisert på <http://kildekompasset.no/kildekritikk/vitenskapelige-artikler/vil-du-vite-mer.aspx>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kreftregisteret. (2016a). *Antall nye krefttilfeller*. Lokalisert på <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/statistikk-nye-nettsider/cin-2014/table-7.pdf>

Kreftregisteret. (2016b). *Kreftstatistikk*. Lokalisert på <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Konsmo, T. (1995). *EN HATT MED SLØR...: Om omsorgens forhold til sykepleie: -en presentasjon av Benner & Wrubels teori*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.

Kristiansen, A. (2008). Hva hører du når du lytter? Hvem blir du når du svarer? I E. S. Eide, H. H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland. *Til den andres beste: En bok om veiledningens etikk* (s. 59–71). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssenteret. (2016). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Kåresen, R. & Wist, E. (Red.). (2012). *KREFTSYKDOMMER: -en basisbok for helsepersonell* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

McCreery, E. & Costello, J. (2013). Providing nutritional support for patients with cancer cachexia. *Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 32–37. Lokalisert på <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail/detail?vid=62&sid=510c0b20-95b6-43ae-976c-cc33bccf032d%40sessionmgr4005&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=85161280&db=aph>

Millar, C., Reid, J. & Porter, S. (2013a). Healthcare Professionals Response to Cachexia in Advanced Cancer: A Qualitative Study. *Oncology Nursing*, 40(6), 393–402. <http://dx.doi.org/10.1188/13.ONF.E393-E402>

Millar, C., Reid, J. & Porter, S. (2013b). Refractory cachexia and truth-telling about terminal prognosis: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 326–333. <http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1111/ecc.12032>

Nome, O. (2010). Generell onkologi. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 367–397). Oslo: Akribe AS

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *JOBBS KUNNSKAPSBASERT! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 331–350). Oslo: Akribe AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31. (2015).

Porter, L., Keefe, F. & Garst, J. (2010). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: results of a randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 1–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.014>

Reid, J., McKenna, H. P., Fitzsimons, D. & McCance T. V. (2009). An exploration of the experience of cancer cachexia: what patients and their families want from healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 19(5), 682–689. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01124.x>

Reitan, A. M. (2010a). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 102–120). Oslo: Akribe AS.

Reitan, A. M. (2010b). Kreftsjukepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg., s. 21–32). Oslo: Akribe AS.

Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (Red.). (2010). *Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS.

Rene, B. & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: – i teori og praksis* (s. 217–228). Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rienecker, L., Jørgensen, P. S. & Skov, S. (2013). *DEN GODE OPPGAVEN: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høgskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rønning, M., Strand, E. & Hjermsstad, M. J. (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 213–228). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skau, G. M. (2011). *GODE FAGFOLK VOKSER: PERSONLIG KOMPETANSE i arbeid med mennesker* (4. utg.). Latvia: Cappelen Damm AS.

Solheim, M. & Aarheim, K. A. (Red.). (2004). *KAN EG KOMME INN: Verdier og val i heimesjukepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Suzuki, H., Asakawa, A., Amitani, H., Nakamura, N. & Inui, A. (2013). Cancer cachexia – pathophysiology and management. *Journal of Gastroenterology*, 48(5), 574-594.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00535-013-0787-0>

Thoresen, L. & Nordøy, T. (2008). Anoreksi og kakeksi hos kreftpasienter. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 517–530). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thorsrud, H. & Blomhoff, R. (2012). Ernæringsbehandling og kreftpasienter. I R. Kåresen & E. Wist (Red.), *KREFTSYKDOMMER: – en basisbok for helsepersonell* (4. utg., s. 154–162). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tranøy, K. E. (2014). *Konsensus*. Lokalisert på <https://snl.no/konsensus>

Tveiten, S. (2013). *Veiledning: – mer enn ord ...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Wheelwright, S., Darlington, A.-S., Hopkinson, J. B., Fitzsimmons, D. & Johnson, C. (2016). A systematic review and thematic synthesis of quality of life in the informal carers of cancer patients with cachexia. *Palliative Medicine*, 30(2), 149–160.

<http://dx.doi.org/10.1177/0269216315588743>

World Health Organization. (2016a). Cancer. Lokalisert på <http://www.who.int/cancer/en/>

World Health Organization. (2016b). *WHO Definition of Palliative Care*. Lokalisert på <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid: i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

7 VEDLEGG 1 – PICO

P	
Kreftpasient	Cancer patient
Kakeksi	Cachexia
Kakeksi klassifisering	Cachexia classification
Palliativ omsorg	Palliative care
I	
Kreftsykepleier/Sykepleie	Oncology nurse/Nursing
Hjemmeboende	Living at home
Kommunikasjon	Communication
Ernæring	Nutrition
C	
Håndtering	Management
Veiledning	Guidance
O	
Vekttap	Weight loss
Bedret ernæringsstatus	Improved nutritional status
Mestre/Mestring	Cope/Coping

8.0 VEDLEGG 2 – Søkehistorikk og artikkelvalg 1 og 2

8.1 Søkehistorikk 1

Søkedatabase: PubMed

Full Text åpnet i: Oria, som ledet til ScienceDirect

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	7644	3
2	Cachexia AND Cancer	4284	2
3	Cachexia AND Cancer AND Weight loss	3009	
4	Cachexia AND Cancer AND Weight loss AND Dietary	446	3*

Balstad, T. R., Solheim, T. S., Strasser, F., Kaasa, S. & Bye, A. (2014). Dietary treatment of weight loss in patients with advanced cancer and cachexia: A systematic literature review

8.2 Søkehistorikk 2

Søkedatabase: ScienceDirect

Full Text åpnet i: ScienceDirect

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	1758	
2	Cachexia AND Cancer	870	2
3	Cachexia classification AND Cancer	10	4*

Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L. ... Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus

9.0 VEDLEGG 3 – Søkehistorikk og artikkelvalg 3 og 4

9.1 Søkehistorikk 3

Søkedatabase: EBSCOhost – Academic Search Premier; CHINAHL with Full Text
Søkekriterier: Full Text; Scholarly (Peer Review) Journal; Abstract Available; English Language; Research Article; Any Author is Nurse
Åpnet i database: ScienceDirect

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	1599	
2	Cachexia AND Oncology nurse	17	2
3	Cachexia AND Living at home	4	
4	Cachexia AND Nursing	81	1
5	Cachexia AND Nursing AND Coping	3	1*

Reid, J., McKenna, H. P., Fitzsimons, D. & McCance T. V. (2009). An exploration of the experience of cancer cachexia: what patients and their families want from healthcare professionals

9.2 Søkehistorikk 4

Søkedatabase: EBSCOhost – Academic Search Premier; CHINAHL with Full Text
Søkekriterier: Full Text; Scholarly (Peer Review) Journal; Abstract Available; English Language; Research Article; Any Author is Nurse
Åpnet i database: ProQuest

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	1599	
2	Cachexia AND Palliative care	139	3
3	Cachexia AND Palliative care AND Guidance	1	
4	Cachexia AND Palliative care AND Cope	1	
5	Cachexia AND Palliative care AND Management	59	3*

Suzuki, H., Asakawa, A., Amitani, H., Nakamura, N. & Inui, A. (2013). Cancer cachexia – pathophysiology and management

10 VEDLEGG 4 – Søkehistorikk og artikkelvalg 5 og 6

10.1 Søkehistorikk 5

Søkedatabase: EBSCOhost – Academic Search Premier; CHINAHL with Full Text
Søkekriterier: Full Text; Scholarly (Peer Review) Journal; Abstract Available; English Language; Research Article; Any Author is Nurse
Åpnet i database: EBSCOhost, PDF Full Text

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	1599	
2	Cachexia AND Nutrition	312	4
3	Cachexia AND Nutrition AND Cancer patient	145	2
4	Cachexia AND Nutrition AND Cancer Patient AND Nursing	13	2 *

McCreery, E. & Costello, J. (2013). Providing nutritional support for patients with cancer cachexia

10.2 Søkehistorikk 6

Søkedatabase: EBSCOhost – Academic Search Premier; CHINAHL with Full Text
Søkekriterier: Full Text; Scholarly (Peer Review) Journal; Abstract Available; English Language; Research Article; Any Author is Nurse
Åpnet i database: ProQuest

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	1599	
2	Cachexia AND Nursing	81	3
3	Cachexia AND Nursing AND Palliative care	31	4 *

Millar, C., Reid, J. & Porter, S. (2013a). Healthcare Professionals Response to Cachexia in Advanced Cancer: A Qualitative Study

11 VEDLEGG 5 – Søkehistorikk og artikkelvalg 7

11.1 Søkehistorikk 7

Søkedatabase: EBSCOhost – Academic Search Premier; CHINAHL with Full Text
Søkekriterier: Full Text; Scholarly (Peer Review) Journal; Abstract Available; English Language; Research Article; Any Author is Nurse
Åpnet i database: EBSCOhost, PDF Full Text

Søk	Søkestrategi	Treff	Lest og vurdert
1	Cachexia	1599	
2	Cachexia AND Weight loss	422	1
3	Cachexia AND Weight loss AND Oncology nurse	8	
4	Cachexia AND Weight loss AND Nursing	32	2
5	Cachexia AND Weight loss AND Nursing AND Communication	2	1 *

Wheelwright, S., Darlington, A.-S., Hopkinson, J. B., Fitzsimmons, D. & Johnson, C. (2016). A systematic review and thematic synthesis of quality of life in the informal carers of cancer patients with cachexia

12 VEDLEGG 6 – Litteratormatrise 1

Artikkelmatrise

Artikkel	Balstad, T. R., Solheim, T. S., Strasser, F., Kaasa, S. & Bye, A. (2014). Dietary treatment of weight loss in patients with advanced cancer and cachexia: A systematic literature review. <i>Critical Reviews in Oncology/Hematology</i> (2014), 91(2), 210-221
DOI/URL	http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2014.02.005
Dato	Artikkelen ble akseptert 28 februar 2014, publisert online 11 mars 2014
Siteringer av artikkel	7 siteringer i ScienceDirect 4 siteringer i PubMed 8 siteringer i Researchgate 7 siteringer i Scopus 16 siteringer i Google Scholar
Forfatterne	Forfatterne har ulike profesjonsutdannelser og jobber som blant annet klinisk ernæringsfysiologi, PhD, MD, Professor og Førsteamanuensis. De har gitt ut/vært delaktig i over 1200 artikler, bokkapitler, og andre helserelaterte publikasjoner
Kunnskapspyramiden	Ligger som oppsummert oversiktsstudie i DARE
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssenteret	Ja, formålet med oversikten er klart formulert, de informerer om populasjonen, intervensjonen og utfallsmålet. Forfatterne søkte etter relevante type studier, de er relevante i forhold til oversiktens spørsmål og har egne studiedesign (RCT, quasi-RCT, cohort studie, pre-post study design og case control studier). Resultatene forteller at kostråd er viktig i behandlingen av kakeksi, men at det ikke er en tilstrekkelig behandling alene. Kakeksi er en multifaktoriell tilstand, og å følge opp én behandlingsstrategi for et så komplisert syndrom er ikke tilstrekkelig. Resultatene fra artikkelen kan overføres til praksis

13 VEDLEGG 7 – Litteratormatrise 2

Artikkelmatrise

Artikkel	Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L., ... Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. <i>THE LANCET Oncology</i> , 12(5), 489-495
DOI/URL	http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7
Dato	Artikkelen ble publisert i 2011, utgitt online Mai 2011
Siteringer av artikkel	497 siteringer i ResearchGate 100 siteringer i PubMed 497 siteringer i Web of Science
Forfatterne	Forfatterne har ulike profesjonsutdannelse og jobber som blant annet MD, Professor, Professor II i klinisk ernæring og førsteamanuensis. De har gitt ut/vært delaktig i over 1200 artikler, bokkapitler, og annet helse relaterte publikasjoner
Kunnskapspyramiden	Non-appraised som systematisk oversiktsartikkel. Referert til som referanse nr.6 i en prosedyre i UpToDate
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssenteret	Ja, formålet er formulert. De skal definere et rammeverk for klassifiseringen av kakeksi. De refererer til søk av studier, samt hvilke databaser som er anvendt. Søkestrategi er oppgitt, men det kommer ikke frem at de har tatt personlig kontakt med eksperter, men panelet i konensusen består av eksperter på fagområdet. Metodisk kvalitet på de inkluderte studiene kommer ikke frem, selv om de skriver at de har foretatt ulike kvalitetssikringer

14 VEDLEGG 8 – Litteratormatrise 3

Artikkelmatrise

Artikkel	Reid, J., McKenna, H. P., Fitzsimons, D. & McCance T. V. (2009). An exploration of the experience of cancer cachexia: what patients and their families want from healthcare professionals. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 19(5), 682–689.
DOI/URL	http://dx.doi.org.10.1111/j.1365-2354.2009.01124.x
Dato	Artikkelen ble akseptert Januar 2009, publisert online 2010
Siteringer av artikkel	38 siteringer i PubMed 78 siteringer i Google Scholar 21 siteringer i Scopus 31 siteringer i Web of Science 47 siteringer i ResearchGate
Forfatterne	Alle forfatterne er sykepleiere
Kunnskapspyramiden	---
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssenteret	Ja, formålet kommer tydelig frem via en problemstilling. Studien har som mål å forstå og belyse. Studiedesignet gir svar på problemstillingen, da deltagerne i intervjuet stod fritt til å svare på temaet. Det er beskrevet en rekrutteringsstrategi og gjort rede for deltagerens kjønn og grad av vekttap. Det er vurdert etiske forhold, da studien er blitt godkjent av etisk komite og informert samtykke

15 VEDLEGG 9 – Litteratormatrise 4

Artikkelmatrise

Artikkel	Suzuki, H., Asakawa, A., Amitani, H., Nakamura, N. & Inui, A. (2013). Cancer cachexia – pathophysiology and management. <i>Journal of Gastroenterology</i> , 48(5), 574-594
DOI/URL	http://dx.doi.org/10.1007/s00535-013-0787-0
Dato	Akseptert februar 2013
Siteringer av artikkel	46 siteringer i Researchgate 35 siteringer i Web of Science 40 siteringer i Scopus 63 siteringer i Google Scholar 18 siteringer i ProQuest
Forfatterne	Forfatterne har ulike profesjonsutdannelser og jobber på universiteter med blant annet fokus på medisinsk forskning. De har gitt ut/vært delaktig i over 700 artikler helserelevante publikasjoner
Kunnskapspyramiden	---
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssenteret	Formålet med studien kommer ikke tydelig frem, men kan tolkes gjennom å lese kapitlene. Det er usikkert om de søkte etter relevante typer studier, det vises ikke til et metodisk design. Det foreligger ingen søkestrategi, ingen anvendte databaser og det er usikkerhet angående hvilket språk de har benyttet. Studien er foretatt i Japan, men artikkelen er skrevet på engelsk. Hovedkonklusjonen kommer frem i hvert underkapittel og er forståelig. Etter en gjennomgang av referanselisten, kommer det frem flere anerkjente forfattere innenfor fagfeltet og tematikken kakeksi

16 VEDLEGG 10 – Litteraturmatrise 5

Artikkelmatrise

Artikkel	McCreery, E. & Costello, J. (2013). Providing nutritional support for patients with cancer cachexia. <i>Journal of Palliative Nursing</i> , 19(1), 32–37
DOI/URL	http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail/detail?vid=62&sid=510c0b20-95b6-43ae-976c-cc33bccf032d%40sessionmgr4005&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=85161280&db=aph
Dato	Publisert i 2013
Siteringer av artikkel	3 siteringer i Scopus 4 siteringer i Google Scholar 3 siteringer i ResearchGate 2 siteringer i Web of Science
Forfatterne	Forfatterne har ulike profesjonsutdannelse som kostholdsekspert og seniorforeleser i palliative care. De har gitt ut/vært delaktig i over 50 helse relaterte publikasjoner
Kunnskapssystemet	---
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssystemet	Formålet med studien kommer frem. Artikkelen oppgir ingen metodisk design og det er ikke skrevet hvordan relevante artikler er benyttet. Der foreligger ingen søkestrategi og ingen anvendte databaser. Hovedkonklusjonen er klart formulert i eget kapittel. Usikkert om alle utfallsmål er vurdert.

17 VEDLEGG 11 – Litteraturmatrise 6

Artikkelmatrise

Artikkel	Millar, C., Reid, J. & Porter, S. (2013). Healthcare Professionals Response to Cachexia in Advanced Cancer: A Qualitative Study. <i>Oncology Nursing</i> , 40(6), 393–402
DOI/URL	http://dx.doi.org/10.1188/13.ONF.E393-E402
Dato	Publisert november 2013
Siteringer av artikkel	1 sitering i ProQuest 2 siteringer i Scopus 3 siteringer i Google Scholar 2 siteringer i Web of Science
Forfatterne	Alle forfatterne er sykepleiere med PhD utdanninger. De har gitt ut/vært delaktig i over 80 helserelevante publikasjoner
Kunnskapspyramiden	Non-Appraised - PubMed
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssenteret	Formålet er klart og tydelig, og viser til en problemstilling. Studien har som mål å vise erfaringer og opplevelser av et fenomen. Designet er beskrevet og begrunnet. Det er gjort rede for hvem som deltok. Kjønn og alder kommer ikke frem, men det er lagt vekt på utdanning. Metoden gir et godt svar på problemstillingen. Studien er godkjent av etisk komite

18 VEDLEGG 12 – Litteraturmatrise 7

Artikkelmatrise

Artikkel	Wheelwright, S., Darlington, A.-S., Hopkinson, J. B., Fitzsimmons, D. & Johnson, C. (2016). A systematic review and thematic synthesis of quality of life in the informal carers of cancer patients with cachexia
DOI/URL	http://dx.doi.org/10.1177/0269216315588743
Dato	Artikkelen ble publisert i 2016
Siteringer av artikkel	1 siteringer i PubMed 2 siteringer i Google Scholar 1 sitering i ResearchGate
Forfatterne	Flere av forfatterne har sykepleiefaglig bakgrunn, med videreutdanning som mastergrad i psykologi og PhD
Kunnskapspyramiden	Non-Appraised i PubMed Clinical Queries og PubMed
Sammenfatning av sjekklister fra kunnskapssenteret	Formålet er tydelig på populasjon og utfallsmål. Det er søkt etter relevante studier, hvor søkestrategi og søk i databaser er nevnt. Det er søkt etter engelskspråklige artikler og kvaliteten på de inkluderte studiene er vurdert. Hovedkonklusjonen kommer tydelig frem og det kan relateres til praksis