

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Omvårdnad 15 hp

Nursing science 15 credits

Nutritionsproblem för cancerpatienter I palliativ fas

Kerstin Liedgren



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelning för omvårdnad och medicinsk vetenskap

Författare: Kerstin, Liedgren keli0001@student.miun.se

Utbildningsprogram: Sjuksköterskeutbildning, 180 hp

Huvudområde: Omvårdnad GR (C), 15 hp, vetenskapligt arbete

Termin, år: 06, 2014

Abstrakt

Bakgrund: Nutritionsproblem för cancerpatienter i palliativ fas är omfattande, sett utifrån fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt perspektiv. Patientens livskvalitet påverkas i hög grad. Inom den kliniska verksamheten råder oklarhet om vilka omvårdnadsåtgärder som ska vidtas. **Syftet:** Syftet med litteraturöversikten är att belysa omvårdnadsåtgärder vid nutrition för vuxna cancerpatienter i palliativ fas. **Metod:** Litteratursök har genomförts i databaser, med relevanta sökord för ämnet. Fjorton artiklar ingår i studien. Nio artiklar är av kvantitativ metod och fem av kvalitativ metod. **Resultat:** Nutritionsbedömning kan göras genom självskattning, den överensstämmer väl med personalens bedömningar. Cancerpatienter använder copingstrategier för att värja sig mot nutritionssituationen, sjuksköterskan har en stödjande roll till patient och anhörig under hela sjukdomsprocessen. Nutritionsbedömning inför cancerbehandlingar är viktigt. Det peroral kostintaget ska stödjas, det redovisas både för- och nackdelar med parenteral nutrition. **Diskussion:** Självskattning visar sig vara ett säkert sätt att bedöma nutrition. Patienter använder copingstrategier för att hantera den svåra nutritionssituationen, sjuksköterskan är viktig under hela sjukdomsprocessen. Mellanmål tillför det största kaloriintaget, parenteral nutrition är ett sätt att kompensera bristande oralt intag. **Slutsats:** Självskattningsinstrumentet är ett enkelt verktyg som kan underlätta och förbättra nutritionsomvårdnaden. Sjuksköterskan har en betydelsefull och stödjande roll. Mer forskning behövs för att förbättra hela nutritionsprocessen.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Inklusions- och exklusionskriterier	6
Litteratursökning	6
Urval och granskning	7
Analys	8
Etisk granskning	9
Resultat	9
Omvårdnad vid nutrition	9
Nutritionsbedömning	9
Coopingstrategier	11
Nutrition under cancerbehandling	12
Peroral nutrition	13
Parenteral nutrition	13
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
<i>Nutritionsbedömning</i>	17
<i>Coopingstrategier</i>	18
<i>Nutrition under cancerbehandling</i>	20
<i>Peroral nutrition</i>	20
<i>Parenteral nutrition</i>	21
Slutsats	21
Referenslista	22
Bilagor	
Granskningsmall	Bilaga 1
Klassificering och värdering av studier	Bilaga 2
Kvalitetsbedömning	Bilaga 3
Översikt över analyserade artiklar i resultatet	Bilaga 4

Bakgrund

Cancer och nutrition

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 sjukdomar. De uppkommer genom genetiska förändringar, vilket leder till ökad celledelning. Med tiden uppkommer fler genförändringar och cancerceller utvecklas. När cancerdiagnosen är konstaterad, gör läkaren en bedömning i vilket stadium canceren befinner sig. Detta är viktigt att känna till inför val av behandling (Einhorn & Sylwan, 2013). Det är betydligt vanligare att äldre personer drabbas av cancer, med stigande ålder uppstår skador i cellerna och kroppens förmåga att reparera dessa försämras (Bergman, Hont, & Johansson, 2009). Orrevall (2010) skrev att i västvärlden överlever över hälften av de som drabbats av cancer mer än 5 år efter diagnos. Undernäring är vanligt förekommande hos personer som drabbats av cancer, kombinerat med anorexi (aptitlöshet) och viktnedgång. Det finns få studier som visar hur dessa symtom påverkar patienten, de flesta innefattar patienter som vårdats på sjukhus, trots att de flesta cancersjuka idag lever största delen av sin tid i hemmet. För att förbättra patienters välbefinnande, uttalas behov av att identifiera de patienter som behöver nutritionsstöd.

Holmes (2009) skrev att omvårdnad runt nutrition enbart ges när patienter är allvarligt utarmad, få kliniker uppfattar att nutritionsbedömning är deras ansvar. Om nutrition ignoreras vid omvårdnad av cancerpatienter, kan det få stora kliniska konsekvenser och påfallande reducerad livskvalitet. Socialstyrelsen (2011) menade att en patient som är undernärd har sämre livskvalitet och lidande kan uppstå.

Lag och föreskrift

Hälso- och sjukvård innefattar att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, målet är en god hälsa. Vård skall ges med respekt och den som har det största behovet skall ges företräde till vård. Hälso- och sjukvård skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Vård och behandling skall utformas och genomföras i samråd med patienten. (Socialdepartementet, Dokument & lagar, 2013).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska genomföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (Socialdepartementet, 2010). Prioriteringsordningen

innebär att palliativ vård och livshotande sjukdomar ska prioriteras först inom hälso- och sjukvården (Riksrevisionen, 2004). Hälso- och sjukvården är skyldig att utse en fast vårdkontakt vid livshotande tillstånd, denne skall vara legitimerad läkare och ansvara för samordning och planering av vården, anger Socialstyrelsen (2013). Planeringen skall innefatta patientens medicinska vård- och behandlingsbehov och även beskriva hur de sociala, psykiska och existentiella behoven ska tillgodoses.

Palliativ vård

Strang & Beck-Friis (2012) återgav att ordet palliativ kommer från latinets "pallium", som betyder mantel. Detta ord symboliserar palliativ vård, att linda in patienten i en mantel av omsorger. Cicely Saunders skapade under 1960- talet grunden för de första tankarna om palliativ vård och hon poängterade att tillgodose patientens behov ur ett helhetsperspektiv. Socialstyrelsen och Världshälsoorganisationen (WHO) definierar vårdformen som hälso- och sjukvård som syftar till att lindra lidande och befrämja livskvalitet för personer med fortskridande obotlig sjukdom eller skada (Socialstyrelsen, 2013). Förhållningssättet innebär att stödja människan att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande. Palliativ vård innefattar att tidigt upptäcka, analysera och behandla symtom, både i tidigt och sent sjukdomsskede. Den tidiga fasen kan pågå under lång tid och innehåller både kurativ och palliativ behandling. Den senare fasen är kort och målet är att lindra och befrämja livskvalitet. I utredningen Döden angår oss alla-värdigt liv vid livets slut (SOU 2001:6) formulerades de fyra hörnstenarna i palliativ vård, vilka är symtomlindring, samarbete i ett yrkesteam, god kommunikation inom arbetslaget, med patient och närstående samt stöd till närstående under sjukdomstid och efter dödsfallet. Enligt Strang & Beck-Friis (2012) ska de etiska principerna också beaktas, såsom att göra gott, att inte skada och att ge rättvis vård.

Teamet runt patienten

Orrevall (2010) beskrev att hinder för en god nutritionsovårdnad består av otydliga ansvarsområden, bristande samarbete och otillräckliga kunskaper gällande nutritionsvård. Socialstyrelsen (2011) skrev att problem runt nutrition sällan upptäcks av hälso- och sjukvården och behandlas därmed inte. Granda-Cameron, o.a., (2010) menade att störst chans att begripa tillståndet cancerkakexi, baseras på att förstå dess mångfacetterade

uppkomst. Ingen ensam aktör har lyckats behandla tillståndet på ett tillfredsställande sätt. Det rekommenderas behandling utifrån ett mångdisciplinärt team, för att tidigt upptäcka kakexi, lindra och behandla fysiska och emotionella symtom, ge kostrådgivning och andra nutritionsåtgärder.

Omvårdnad är ett självständigt arbete som tillgodoser människors behov av hjälp genom en interaktionsprocess, enligt Ida J. Orlando. Målen för omvårdnad är att lindra eller undanröja fysiskt och psykiskt obehag och främja välbefinnande här och nu. Joyce Travelbee beskriver omvårdnad som en mellanmännisklig process, där sjuksköterskan hjälper patienten att hantera och finna mening i sin unika och utsatta situation (Jahren Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2007).

Kakexi

Holmes (2009) beskrev att fysiskt förtvinande är det mest igenkännande symtomet av kakexi, patienterna är inte svåra att identifiera. Kakexi är ett komplext metabolt syndrom, med förlust av muskelmassa kombinerat med anorexi, inflammation och insulinresistens. Det beskrivs bestå av primär kakexi, som framförallt ses vid cancersjukdom och kännetecknas av aptitlöshet, viktninskning, förlust av fett och muskler, svaghet och kroniskt illamående. Vid sekundär kakexi sker också en viktninskning, men metabolismen (svårigheter för kroppen att tillgodogöra sig näring) är inte rubbad. Granda-Cameron, o.a. (2010) återgav att det finns två typer av kakexi, primär anorexi kakexi som är ett metaboliskt syndrom orsakad av cancersjukdomen och sekundär anorexi kakexi som orsakas av försämrade oralt intag, försämrade absorption från mag-tarmkanalen, kroniska sjukdomar och infektioner. Strang & Beck-Friis (2012) beskrev att bakomliggande faktorer till kakexi är rubbad metabolism, hormoner i obalans och inflammatorisk aktivitet. Faktorerna och mekanismer bakom kakexi är många och komplicerade. Det finns olika grader av kakexi, från lättare former då patienten kan tillgodogöra sig näring till svårare kakexi, då insatta nutritionsåtgärder inte förväntas ha effekt.

Holmes (2009) menade att fyra av fem patienter med avancerad cancer lider av kakexi. Patienter som drabbas upplever ett starkt lidande på grund av uppkomna fysiska och

psykiska symtom. Kakexi kan upptäckas genom näringsbedömningar, kliniska undersökningar och kroppsliga tester.

Nutrition för cancerpatienter

Strang & Beck-Friis (2012) beskrev att nutritionsfrågan är viktig i tidig palliativ fas, då tumören svarar på den cancerspecifika behandlingen. Patienten behöver näringsrik och energität kost, då blir terapiavbrotten färre och risk för infektioner minskar. Undernäring är det viktigaste enskilda hotet mot immunförsvaret. Grundläggande kostråd som ges idag, innebär att all mat är bra mat samt att äta energität mat. Holmes (2012) menar att det är viktigt att äta mer på morgonen än på kvällen och näringsberika maten. Strang & Beck-Friis (2012) menade att i ett senare palliativt skede bör fett- och proteinrik kost överges och fokus läggas på kolhydratrik kost. Så länge patienten kan äta, ska parenteral nutrition (PN) undvikas. Om patienten av olika skäl får problem att försörja sig, blir situationen mer komplicerad att bedöma. Regionala cancercentrum i samverkan (2012) skrev att det finns stora kulturella skillnader inom den kliniska vården. Om optimalt energi- och näringsintag ges kan patienten få ett ökat välbefinnande eller antas förbättra möjligheten att klara av medicinska behandlingar, parenteral nutrition kan då prövas. Ett klart syfte skall då finnas och utvärdering skall göras inom 1-2 dygn.

Det finns ännu inga tydliga samband mellan nutrition behandling vid cancerkakexi och förlängd överlevnad. En lång tids artificiell nutrition kan förbättra livskvalitet och överlevnad bland patienter som inte kan äta, genom att bibehålla vätskebalans och näringstillförsel. Dock har inga kontrollerade studier kring detta publicerats, klara riktlinjer för nutritionsbehandling vid cancersjukdom har därför inte utformats. (Socialstyrelsen, Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling, 2001) Strang & Beck-Friis (2012) skrev att viktnedgång ses som ett hot mot hälsa och liv, medicinskt finns det tillförlitliga studier som visar att viktnedgång är korrelerad till kortare överlevnad.

Vid palliativ vård i hemmet har parenteral nutrition ökat kraftigt sett i ett internationellt perspektiv, effekter på funktionsförmåga och livskvalitet är inte kartlagt. (Socialstyrelsen, Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling., 2001). Raijmakers, Zuylen

& Heide (2012) menade att nutrition på konstgjord väg till cancerpatienter som är i livets absoluta slut inte är ovanligt, trots att personal kände till att detta inte förlängde livet.

Strang & Beck-Friis (2012) skrev att nutritionsfrågor ofta väcker frågor och känslor bland patienter och anhöriga. Det är en medicinsk och etisk fråga som måste diskuteras utifrån patientens behov och situation. De grundläggande etiska principerna att göra gott och inte skada, skall råda (Regionala Cancercentrum I Samverkan, 2012). Acreman (2009) menade att det är känt att nutrition inte kan förlänga livet, men däremot att optimal nutrition kan optimera fysiska funktioner och därmed ge kraft att infria önskningar som patienten har.

Problemformulering

I den kliniska verksamheten ställs sjuksköterskor ofta inför omvårdnadsproblem kring nutrition för cancerpatienter i palliativ fas. Osäkerhet kan uppstå när bedömning av undernäring och/eller kakexi ska göras, även hur dessa symtom ska åtgärdas eller lindras. Det kändes därför angeläget att ta del av den forskning som finns, för att finna stöd i evidensbaserade omvårdnadsåtgärder.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att belysa omvårdnadsåtgärder vid nutrition för vuxna cancerpatienter i palliativ fas.

Metod

Design

I denna studie används litteraturöversikt som metod. Friberg (2012) beskriver att det innefattar att överblicka kunskap inom ett avgränsat omvårdnadsrelaterat område. I arbetet ingår också att studera metoder, både kvantitativa och kvalitativa, samt studiernas teoretiska utgångspunkter. Litteraturöversikt beskrivs som ett strukturerat arbetssätt. Studierna väljs systematiskt ut, kvalitetsgranskas och analyseras därefter.

Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklar som inkluderats i denna studie handlar om nutritionsproblem för cancerpatienter i palliativ fas, vilka finns tillgängliga på Mittuniversitetets biblioteksservice. Ytterligare inklusionskriterier för studien är personer över 19 år, vetenskapliga artiklar skrivna på engelska vilka publicerats mellan år 2003 till 2014 samt vilka motsvarar syftet i studien. Exklusionskriterierna för denna studie var personer under 19 år, vetenskapliga artiklar skrivna före år 2003 och artiklar som skrivits på annat språk än engelska.

Litteratursökning

Inledningsvis utformades sökord som var kopplade till syftet. Dessa var nutrition, cancer, palliativ och omvårdnad. Därefter gjordes sökning i databaserna PubMed och Cinahl utifrån MeSH-termer. Review artiklar uteslöts, endast originalartiklar med kvantitativ och kvalitativ metod som motsvarar syftet i studien ingår. De MeSH-termer som användes var nutrition, palliative care, neoplasm, nursing och parenteral nutrition. Se tabell 1.

Tabell 1, översikt av litteratursökningar i Pubmed och Cinahl

Databas	Sökord	Träffar	Förkastade	Använda i resultat
Pubmed 131009	Nutrition AND Palliative care AND Neoplasm	36	*0 **30 ***0	6
Pubmed 131009	Nutrition AND Palliative care AND Neoplasm AND Nursing	2	*2 **0 ***0	0
Cinahl 131013	Nutrition AND Palliative care AND Neoplasm	19	*18 **0 ***0	1

Pubmed 131115	Palliative care AND Neoplasm AND Parenteral nutrition	34	*31 **0 ***0	3
--------------------------------	--	----	--------------------	---

*Förkastade artiklar efter läsning av titel ** Förkastade artiklar efter läsning av abstrakt

*** Förkastade artiklar efter kvalitetsbedömning

Urval och granskning

Bearbetning av artiklarna har skett i tre faser, utifrån stöd av SBU/SSF nr 4 (1999, s 16-17).

Urval 1

Sökning gjordes i databaserna Pubmed och Cinahl, utifrån redovisning i tabell 1. Totalt hittades 91 artiklar. Ett första urval gjordes genom att alla titlar lästes och jämfördes mot studiens syfte. Artiklar som inte antogs motsvara studiens syfte, som innehöll studier på personer under 19 år och vilka var dubletter exkluderades. 51 artiklar valdes bort och 40 artiklar kvarstod.

Urval 2

Därefter lästes abstrakt på de kvarvarande 40 artiklarna och jämfördes med studiens syfte. Artiklar som inte var skrivna på engelska och som var äldre än 10 år exkluderades. 30 artiklar bedömdes att uteslutas ur studien och därmed kvarstod 10 artiklar. Utifrån källhänvisningar hittades ytterligare 4 artiklar, vilka stämde överens med syftet. Abstrakt lästes igenom även på dessa. 14 artiklar hade då hittats vilka bedömdes vara relevanta utifrån studiens syfte.

Urval 3

De fjorton artiklarna lästes igenom grundligt för att se om de i sin helhet stämde överens med studiens syfte. Därefter gjordes en sammanställning av innehållet i artiklarna, för att få en överblick av resultatet. Likheter och skillnader kunde identifieras. Det sista steget av granskningen innebar att de femton artiklarnas kvalitet granskades med följande dokument. En artikelgranskningsmall inspirerad av Hellzén, Johansson & Pejler, 1999 (bilaga 1) och klassificering och värdering av studier enligt SBU/SSF nr 4 (199, s. 15-16) (bilaga 2). Slutligen

genomfördes en vetenskaplig kvalitetsbedömning för kvalitativa och kvantitativa artiklar enligt mall från SBU/SSF, 1999 (bilaga 3). Studiens fjorton artiklar redovisas i en översiktstabell, där författare, årtal och land, studiens syfte, metod och analys, deltagare och bortfall, resultat och vetenskaplighet bedömts (bilaga 4). Resultatet av sammanställningen har sammanställts i löpande text.

Analys

Artiklarnas resultat har lästs igenom noggrant upprepade gånger, därefter har de sammanställts och mönster har identifierats i texten. Forsberg & Wengström (2008) menar att övergripande begrepp framkommer och rubriker och underrubriker skapas, vilka presenteras i resultatet.

Analysarbetet innefattar att röra sig mellan artiklarna som helhet och att bryta ned resultaten för att finna innehåll som har betydelse mot syftet, skriver Friberg (2012). Artiklarna har lästs igenom ett flertal gånger för att få god förståelse för innehållet. Huvudbudskapet i varje enskild artikel skrevs ner. Därefter har innehållet sammanställts och sorterats efter likheter i olika kategorier. Texten har lästs igenom och korrigerats upprepade gånger innan den slutgiltiga huvudkategorin och underkategorierna skapades. Varje artikel sammanställdes därefter utifrån studiens syfte, metod/analys, deltagare/bortfall och resultat. Huvudkategorin är omvårdnad vid nutrition och underkategorierna är nutritionsbedömning, copingstrategier, nutrition under cancerbehandling, peroral nutrition och parenteral nutrition. Kategorierna presenteras i tabell 2.

Tabell 2 Huvudkategori och Underkategori

Huvudkategori	Omvårdnad vid nutrition
Underkategori	Nutritionsbedömning
	Copingstrategier
	Nutrition under cancerbehandling
	Peroral nutrition
	Parenteral nutrition

Etisk granskning

Vid god medicinsk forskning gäller det etiska kravet att fusk och ohederlighet inte få förekomma (Forsberg & Wengström, 2008). Denna studie är en mindre litteraturstudie, därför har ingen ansökan gjorts hos etisk nämnd. De artiklar som ingår i studien hade godkännande från etisk kommitté.

Resultat

Fjorton artiklar inkluderas i resultatet. Av dessa bedömdes fem artiklar vara av kvalitativ metod och nio stycken av kvantitativ metod. Artiklarnas ursprungsländer är följande; en från Brasilien, en från Malaysia, en från Holland, en från Norden (Sverige, Danmark och Norge), två var från Canada, två från England, två från USA samt fyra från Sverige.

Omvårdnad vid nutrition

Nutritionsbedömning

I följande studier har forskarna studerat bedömning av nutrition för cancerpatienter i palliativ fas. Andrew, Waterfield, Hildreth, Kirkpatrick, & Hawkins (2009) talade om två olika sätt att bedöma nutritionsstatusen. Ett patient-bedömningsunderlag, Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), parallellt använde personalen en checklista för att upptäcka och bedöma vanliga symtom, The Symptoms and Concerns Checklist (SCC). Kwang & Kandiah (2010) talade också om ett subjektivt självskattningsinstrument som patienten fick fylla i och även i denna studie utförde personalen objektiva bedömningar. Move, o.a., (2008) återgav att European Society of Clinical Nutrition and Metabolism har utvecklat ett nutritionsstöd. Alla patienter i riskzon ska bedömas, selekteras och en nutritionsplan skall göras. Att genomföra en bedömning är en snabb och enkel åtgärd för att identifiera patienter i riskzon. Huvudmålet för Andrew, Waterfield, Hildreth, Kirkpatrick, & Hawkins (2009) var att förbättra det praktiska arbetet runt Anorexi kakexi syndromet (ACS) för personal och patient. Kwang & Kandiah (2010) ville tillgodose ett optimalt nutritionsomhändertagande och därmed öka livskvaliten för cancerpatienter i palliativ fas. Självskattningsinstrumentet lyfts fram, då det hade en hög samstämmighet med de objektiva mätningarna. Självskattningsinstrumentet kan användas rutinmässigt för att diagnostisera risker runt näringsproblem bland palliativa patienter. Andrew, Waterfield, Hildreth, Kirkpatrick, &

Hawkins (2009) menade att det är en fördel att tidigt i sjukdomen bedöma nutritionsstatusen. De beskrev att patientens och personalens bedömningsunderlag jämfördes, därefter gavs basala nutritionsråd och enkla läkemedelsåtgärder sattes in. Dessa hade en snabb påverkan på symtombilden.

Sarhill, o.a. (2003) beskrev att de flesta patienter i studien hade stor viktnedgång. Det räcker dock inte med att titta på viktnedgång för att identifiera kakexi. Det fanns skillnader mellan könen gällande storlek på viktnedgång och typ av viktnedgång. Män tappade mer vikt än kvinnor. Kvinnor tappade lika mycket muskel- som fettmassa, medan män tappade en större del muskelmassa. Män med viktnedgång hade en högre energiförbrukning än kvinnor. Denna forskare menade att det finns fyra sätt att bedöma nutritionsstatusen, nämligen genom att bedöma matintaget, uppmärksamma fysiska symtom vid nutritionsbrist, blodprovstagnning eller mätning av överarmens omfång och hudveck.

Hutton, o.a., (2006) kartlade vilken mat patienter med avancerad cancer äter, för att se vilka mönster som fanns. Patienterna fick i dagbok redovisa vad de åt, tre dagar i följd varav en dag var helgdag. Gruppen visade sig ha mycket olika matvanor, både vad gällde intag och val av mat. Patienter som hade ett högre intag än genomsnittet, åt upp till 6 gånger per dag. De hade ett högt fett- och energiintag. Personer som hade lågt intag, beskrevs även äta lågenergimat och åt färre gånger per dag. Det identifierades en grupp med hög risk för undernäring, nämligen personer som endast intog mjölk, soppa, frukt och vitt bröd. 40 % av deltagarna i studien hade ett otillräckligt energiintag för att täcka den basala ämnesomsättningen. Studien visar också att patienter som hade det högsta intaget ändå minskade i vikt och att det inte framkom någon skillnad mellan könen.

Move, o.a., (2007) skrev att sjukvårdspersonal måste förbättra sina kunskaper, för att bättre kunna hantera nutritionsproblem. Svårigheter uppstår då det saknas hjälpmedel och nationella riktlinjer. Det konstaterades att personal som hade omfattande kunskap hade ett bättre nutritionsomhändertagande och att sviktande nutrition kan leda till komplikationer och förlängd vårdtid. Orrevall Y. , Tishelman, Herrington, & Permert (2004) beskrev att personal som ställs inför nutritionsproblem hos patienter med avancerad cancer, bör ta reda på hur nutritionshindren påverkar patienten. Orrevall Y. , Tishelman, Permert, & Cederholm (2009) menade att över hälften av patienterna som lever i riskzon för undernäring, förblir

odiagnostiserade trots kontinuerlig kontakt med sjukvårdspersonal. Andrew, Waterfield, Hildreth, Kirkpatrick, & Hawkins (2009) skrev att det finns stora skillnader mellan patienternas och personalens bedömning av symtom, personalen skattade mycket högre viktnedgång än patienterna. Patienterna däremot bedömde den fysiska funktionen, muntorrhet och förändrad smak mer frekvent än vad personalen gjorde.

Kwang & Kandiah (2010) menade att målet med nutritionsbedömningen är att fastställa risk för sjuklighet och dödsfall som kan förknippas med undernäring, identifiera orsaker och konsekvenser av undernäring samt att fastställa nytta av nutritionstillägg. Andrew, Waterfield, Hildreth, Kirkpatrick, & Hawkins (2009) menade att idag finns det en begränsad medvetenhet om nutritionssyndromet och att det råder brist på tid och personalresurser. Det finns en känsla av hopplöshet och hjälplöshet både bland patienter och bland personal, vilket leder till att mat och viktminskning inte diskuteras.

Coopingstrategier

Shragge, Wismer, Olson, & Baracos (2007) beskrev psykosociala strategier som cancerpatienter inom palliativ vård kan använda för att hantera anorexi-problematiken. Kunskap om och förståelse för strategierna, kan bidra till att vårdpersonal identifierar de vid olika omvårdnadssituationer och därmed kan stöd runt nutritionssituationen erbjudas.

Shragge, Wismer, Olson, & Baracos (2007) skrev att förutom de fysiska besvären, uppstår ofta negativa effekter på det känslomässiga området för patient och närstående. För att patienterna skulle kunna fortsätta äta ändrade de sitt beteende, detta redovisas i fyra steg. Steg ett innebar att patienten kom till insikt med sin mer eller mindre fallande viktnedgång. I denna situation kan sjuksköterskan stödja patienten genom att erbjuda nutritionsstöd och fokusera på de funktioner som kvarstår. I steg två försökte patienten hitta fördelar med att äta, så som att kunna påverka sjukdomsutvecklingen, behålla sin vikt och styrka samt bevara livskvaliten. Sjuksköterskans roll är nu att stödja patientens sätt att hantera matsituationen och sjukdomsutvecklingen. Betydelsen av att äta var uppenbar, en nödvändighet för överlevnad. Steg tre innebar att arbeta med de begränsningar som uppstår runt mat och ätande. Patienterna kompenserade genom att inta olika kosttillskott, åt vid speciella tillfällen och använde tiden som guide för måltider. Några försökte att avdramatisera att det var dags

att äta eller iakttog andra som åt. Vid en viss tidpunkt satte patienten upp en osynlig vägg, ämnet neutraliserades, att äta var då temporärt omöjligt. Copingstrategierna blir en hjälp för patienten att upprätthålla livskvaliten. Sjuksköterskans roll i de sista stegen blir att stödja patienten med det orala intaget, hur det minskade intaget kan kompenseras och samtidigt stödja patienten att acceptera sjukdomsutvecklingen och hans minskade möjlighet att dricka och äta. Steg fyra innebar att patient och närstående accepterade det minskade intaget, genom att låta patienten uppehålla, om än skenbart, en känsla av normalt liv runt ätande. Patienterna hade realistiska förväntningar och la inte mycket känslomässig energi på vad de inte längre kunde, ett sinneslugn uppstod. När patienterna jämförde det låga näringsintag med att ha cancer, minskades problemet runt mat betydligt.

Nutrition under cancerbehandling

Marin, Lamonica-Garcia , Henry, & Burini (2010), Buskermolen, o.a. (2012) och Baldwin, o.a., (2011) menade att det i alla behandlingssituationer finns en ökad risk för komplikationer på redan undernärda patienter. Marin, Lamonica-Garcia , Henry, & Burini (2010) skrev att det därför är viktigt att göra en utvärdering av nutritionsstatusen inför kirurgiska ingrepp, vilket kan göras av sjuksköterskan. Buskermolen, o.a. (2012) tittade närmare på om viktninskning under det senaste året, påverkade näringsstatusen hos patienter med avancerad cancer som fick palliativ cellgiftsbehandling. Det visade sig att patienter med stor viktninskning före cellgiftsbehandling, troligen har en kortare överlevnad. Även dessa situationer måste uppmärksammas av sjuksköterskan.

Marin, Lamonica-Garcia , Henry, & Burini (2010) menade att nutritionsbehandling är viktigt vid både pre- och postoperativ kirurgi. I första hand ger sjuksköterskan råd om oral nutrition, i andra hand ges parenteral- eller enteral nutrition utifrån ordination. Tidig nutritionsdiagnos och lämpliga nutritionsåtgärder rekommenderas. Baldwin, o.a., (2011) studerade nyttan av diet råd och/eller nutritionstillägg på överlevnad och livskvalitet, gällande patienter med viktninskning under palliativ cellgiftsbehandling. Nutritionstillägg som intas via munnen är enkla att använda. Ett alternativ till de dyra tilläggen är att hjälpa patienten att förstärka deras normala kost. Det ger en större variation, patienten tålde maten och hälsokostnader reduceras. Viktvinster associerades med förbättrad överlevnad, denna effekt fanns oavsett nutritionsingripanden.

Resultaten beskriver att nutrition i samband med cancerbehandling, måste tas på största allvar av sjuksköterskan. Det är viktigt att identifiera och åtgärda undernäring innan behandling av cancersjukdom i palliativ fas påbörjas, menar Marin, Lamonica-Garcia , Henry, & Burini (2010) och Buskermolen, o.a. (2012).

Peroral nutrition

Hutton, Baracos, & Wismer (2007) studerade hur smak- och luktförändringar vid cellgiftsbehandling, påverkade möjligheten för patienter med avancerad cancer att äta. Bakomliggande orsaker till dessa smak- och luktförändringar är inte klarlagt ännu. I denna undersökning framkom att en av tio patienter hade dagliga besvär, övriga uttalade sig ha en viss grad av besvär. Patienternas största problem var dålig smak i munnen, förändrade smakupplevelser och ökad känslighet för lukter. De patienter som hade omfattande besvär, hade ett lägre energiintag, snabbare viktnedgång och sämre livskvalitet än patienter med milda eller måttliga besvär. För den patientgrupp som har de mest omfattande besvären, utgör denna dysfunktion en primär orsak till undernäring och försämrad livskvalitet.

Det största kaloriintaget fick deltagarna av mellanmålen, inte via huvudmålen beskrev Hutton, o.a., (2006). Författarna poängterade betydelsen av mellanmål och menar att patienterna bör erbjudas stöd, så att mellanmålen får ett bra innehåll. Det kan vara av värde att uppmärksamma att de flesta i studien åt normalkost, endast en av fyra använde någon form av nutritionsstöd. De som äter lågenergikost behöver nutritionsstöd som baseras på frekvent intag av vald önskekost.

Parenteral nutrition

Orrevall Y. , Tishelman, Herrington, & Permert (2004) beskrev att orsaker till att patienter beslutade ta emot parenteral PN var den hotande viktneidgången, problem att äta och den påfrestande sociala situationen runt matsituationen. Det var en stor besvikelse för patienterna att kosttillskott inte löste deras nutritionsproblem. Patienterna hade hunnit bli allvarligt undernärda, behandlingen upplevdes som livsviktig, därför kände de stor lättnad inför nutritionsbehandlingen. Orrevall Y. , Tishelman, Permert, & Cederholm (2009) menade att merparten av cancerpatienter inom palliativ hemsjukvård bedömdes ha risk för undernäring. Orrevall Y. , Tishelman, Herrington, & Permert (2004) återgav att personalen

stödde patienterna inför beslutet om att påbörja PN, personalen poängterade både fysiska, psykiska och sociala vinster. Enligt Move, o.a. (2008) var en stor del av personalgruppen i studien osäkra på när parenteral behandling skulle påbörjas, PN gavs ofta till patienter som nekats enteral nutrition. Sjuksköterskorna angav att det fanns bra rutiner för att hantera PN och att det därmed var lättare att administrera i jämförelse med enteral nutrition.

Orrevall Y. , Tishelman, Permert, & Cederholm (2009) återgav att endast hälften av cancerpatienterna använde någon form av nutritionsstöd, oralt stöd var det vanligaste. Drygt en av tio patienter hade någon form av artificiell nutrition, vanligast var PN. Detta gavs vanligtvis till patienter med kort överlevnad, vilket talar emot gällande rekommendationer. I en annan studie av Orrevall Y. , Tishelman, Permert, & Cederholm från 2009 beskrevs att PN påbörjades då det orala intaget försämrats, vanligtvis orsakat av illamående och viktnedgång. Patienter uppskattade behandlingsfria dagar, vilket antogs kunna leda till att patienterna inte blev optimalt nutritionsbehandlade. Orrevall, Tishelman, & Permert (2005) talade om att patienter med en förväntad överlevnad på tre månader, kunde behålla sin livskvalitet om de fick PN. Patienten och familjen upplevde trygghet och lättnad när nutritionsbehoven var tillgodosedda. Negativa upplevelser runt PN var inte så vanligt, men restriktioner i familjelivet och inskränkning i sociala kontakter sågs som hinder. Sjuksköterskans besök, för att sköta droppet, uppgavs i sin helhet som positiv. Det upplevdes att det gavs möjlighet att även få stöd och hjälp med andra omvårdnadsåtgärder än nutrition.

I Orrevall Y. , Tishelman, Permert, & Cederholm studie från 2009 uppmärksammades det en stor grupp patienter inom hemsjukvården som var i behov av adekvat nutritionsstöd, som en del av den palliativa behandlingen. Det har också konstaterats att PN används för att stödja patientens välbefinnande, snarare än att förlänga livet. Det är viktigt att sjukvårdspersonal uppmärksammar patienters behov av nutritionsstöd i tidig palliativ fas. Orrevall Y. , Tishelman, Herrington, & Permert (2004) skrev att PN kan leda till många komplikationer, sjukvårdspersonal måste väga in detta faktum inför beslut om denna behandling. Move, o.a. (2008) menade att komplikationer kan uppstå vid tillförsel av PN, detta ska beaktas vid ställningstagande av PN. Hänsyn bör även tas till det faktum att behandlingsformen är kostsam.

För patienter i sent palliativt skede, är det viktigare att få hjälp att acceptera situationen än att få nutritionsstöd, menade Orrevall Y. , Tishelman, Permert, & Cederholm (2009). Det finns olika uppfattningar gällande nutritionsstöd för patienter i palliativt skede. Detta anser artikelförfattaren beror på oklara definitioner runt vilken vård som ska ingå i den tidiga palliativa fasen. Denna otydlighet och okunskap kan missgynna patienter i behov av nutritionsstöd.

Diskussion

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie består av fjorton vetenskapliga artiklar, med kvantitativ och kvalitativ ansats. Syftet med studien var inledningsvis att belysa omvårdnad kring nutrition för cancerpatienter i tidig palliativ fas som vårdas i hemmet. Det har förändrats under arbetets gång, då få artiklar hittades om vård i hemmet under den tidiga palliativa fasen. Trots att syftet förändrades, var det svårt att hitta artiklar som tangerade syftet med studien.

Artikelsök gjordes utifrån MESH-termer och artiklarna bedömdes därefter utifrån titel och syfte. Trettiosex artiklar uppkom med sökorden nutrition, palliative care och neoplasm, sex av dessa användes i resultatet. Tillägget av sökordet nursing gav endast två träffar, vilket var förvånande och till nackdel, då sökordet finns i syftet för uppsatsen. Sökordet quality of life valdes bort, då det inte tangerade syftet. Det bedömdes att fyra artiklar av samma forskare tangerade syftet, det hade dock varit en fördel om fler författare ingått i litteraturstudien.

Fyra artiklar hittades utifrån olika källförteckningar. Det saknas omvårdnadsforskning inom området, vilket bekräftas av flera artikelförfattare i min uppsats. Förhoppningar innan studiens start var att finna många kvalitativa artiklar, vilket inte infriades. Detta har försvårat beskrivningen av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. I artiklarna kan det utläsas att teamets kompetens behövs för att lyckas med nutritionproblem för cancerpatienter i palliativ fas. Detta får belysas i andra uppsatser.

Materialet begränsades att gälla artiklar från 2003 och framåt, för att studien skulle innehålla aktuell forskning. Samtliga artiklar är skrivna på engelska, varav åtta kommer från Europa. Det kan ses som en svaghet att sex artiklar kommer från länder utanför Europa, då överförbarheten till Sverige inte är självklar. Uppsatsen har genomförts av en person, vilket kan ha begränsat arbetets genomförande. Syftet med studien bedöms stämma överens med de inkluderade artiklarna.

Resultatdiskussion

De viktigaste fynden i studiens resultatdel är att patienternas självskattning överensstämde med personalens bedömningar. Sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder är avgörande vid nutritionsproblem samt att mellanmål bidrar till det högsta kaloriinnehållet.

Nutritionsbedömning

Viktnedgång är ett vanligt symptom för cancerpatienter i palliativ fas. Det måste dock studeras närmare för att få relevans vid nutritionsbedömning. Holmes (2009) skrev att kroppsvikt endast är ett grovt mått när nutritionsbedömning görs, vikten kan vara missvisande på grund av ödem, vätska i buken och tumörens vikt. En bättre utvärdering kan göras om aktuell vikt jämförs med vikt före diagnos. Kakexi kan misstänkas om viktnedgången är mellan fem till tio procent, döden infinner sig vid en trettioprocentig viktnedgång.

Det fanns en hög samstämmighet mellan patienternas och personalens nutritionsbedömning. Självskattningsinstrumentet bör således kunna rekommenderas, då det visade sig vara tillförlitligt. Nutritionsbedömning bör genomföras på alla cancerpatienter i tidig palliativ fas, behov identifieras och relevant omvårdnad och behandling kan erbjudas. Uppföljande bedömningar bör göras regelbundet utifrån behov. För denna patientgrupp bör självskattningsinstrumentet vara enkelt att genomföra, ett för omfattande eller svårt instrument kan vara till nackdel. En synpunkt i sammanhanget är att självskattningen troligen är kostnadseffektiv, i jämförelse med personalens bedömningar. Om så är fallet gynnar det patientgruppen. Möjligen behövs mer forskning inom området, för att finna enkla och validerade bedömningsunderlag. Granda-Cameron, o.a. (2010) menade att sjuksköterskor som dagligen arbetar runt patienter, har en viktig uppgift att identifiera specifika symptom och upptäcka nutritionsproblem i ett tidigt skede.

Omfattande kunskap hos personal var synonymt med bättre nutritionsomhändertagande. Acreman (2009) skrev att personer som har cancer ofta lider av undernäring, i synnerhet när sjukdomen är långt framskriden. Cirka en femtedel dör under inverkan av undernäring snarare än på grund av sin cancersjukdom. Han beskrev även att det är sjuksköterskan som i

första hand involveras på grund av sin patientnära omvårdnad. Det är av största vikt att patientens önskemål rörande mat tillgodoses i livets slut, dietist kan vara en resurs i arbetet.

Detta antyder även ett behov av forskningsinsatser rörande hur nutritionsproblem kan åtgärdas, därefter kan evidensbaserade rutiner utvecklas. Ytterligare argument för patientens rättigheter beskrivs i Svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och WHO:s definitioner av palliativ vård.

Jahren Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug (2007) återgav Ida J. Orlandos omvårdnadsteori, den beskriver sjuksköterskans självständiga funktion. När patienten upplever sviktande hälsa, uppstår hjälplöshet och förtvivlan, patienten kan inte själv tillgodose sina behov. I en interaktionsprocess identifierar sjuksköterskan patientens behov av omvårdnad, handlingarna som följer är medvetna och utgår från patientens behov.

För att tillämpa Orlandos teori krävs förbättrade kunskaper om nutrition. Förutom kunskap om identifiering, behövs förbättrade kunskaper om åtgärder vid nutritionsproblem samt hur nutritions hinder påverkar patient, anhörig och personal. Detta ger sjuksköterskan verktyg att hantera nutritionsomvårdnaden.

Coopingstrategier

Sjuksköterskan måste skaffa sig kunskap om cancerpatientens sätt att hantera sin bristande matlust. Denna kunskap ger ökad förståelse för patientens psykosociala och existentiella utsatthet, samt patientens behov av information och stöd under hela sjukdomsprocessen. I mötet med patient, måste vi vara uppmärksam på vilken acceptansnivå patienten befinner sig på och möta hen där. Acreman (2009) menade att det är viktigt att sjuksköterskan har god kännedom om nutritionsfrågorna i livets slut, nutritionsåtgärderna ska stämma överens med både de medicinska målen och omvårdnads målen.

Jahren Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug (2007) skrev att målet med Joyce Travelbees omvårdnadsteori är att hjälpa patienten att hantera, bära och finna mening med sjukdom och lidande samt att upprätthålla hoppet. För att detta ska ske krävs uthållighet, mod och tillit, då finns förutsättningar för en genuin relation. Kommunikation ses som ett av sjuksköterskans viktigaste redskap, där tankar och känslor förmedlas till varandra. Travelbee

understryker vikten av att omvårdnaden utgår från den unika patienten, individens behov uppmärksammas och sjuksköterskan sätter sig in i patientens upplevelse av situationen.

För att nutritionsomvårdnaden ska bli gynnsam, krävs det att sjuksköterskan är rustad med omfattande kunskaper och färdigheter. Då finns förutsättningar att möta patienten i den unika och utsatta omvårdnadssituationen. För att lyckas behövs kontinuerlig handledning och kompetensutveckling.

Holmes (2009) beskrev att både familj och patient behöver stöd för att acceptera minskad matlust och tidig mättnadskänsla, samt för att sätta realistiska mål kring möjligheten att äta. Situationen är kännbar för patienten, eftersom matsituationen ses som ett sätt att ge omsorg. Avvisande kan leda till känslomässiga reaktioner. Acreman (2009) skrev att för människor innebär måltider social gemenskap och relationer. Mat kan vara en symbol för kärlek, likaså finns många religiösa och kulturella värden kring mat. Palm & Friedrichsen (2008) återberättade livskamraters upplevelser av att leva med person som har avancerad cancersjukdom som vårdas i hemmet. Tre teman framkom; dimensioner av närhet såsom gemenskap, möjlighet att få dela den dagliga oron samt olika förutsättningar och hinder för att uppnå närhet. Makarna upplevde att närhet hade stor betydelse, då sjukdomen inte gick att bota och tiden var begränsad. Acreman (2009) menade att vid palliativ vård är det önskvärt att nutrition inte blir en börda utan en möjlighet till njutning. Att ge omvårdnad utifrån ett holistiskt perspektiv, innebär att personalen måste ta reda på och vara delaktig i det som är viktigt för patienten och familjen. Omtanken om patienten och familjen, när cancer har nått ett obotligt skede, är lika viktigt som att behandla symtom från den underliggande sjukdomen.

Min analys av anhörigperspektivet är att sjuksköterskan måste ta reda på hur matsituationen upplevs för anhörig och patienten utifrån ett helhetsperspektiv, samt hur anhörig hanterar situationen. Därefter kan stöd erbjudas så situationen blir hanterbar för båda parter.

Antonovsky (2005) myntade det salutogena begreppet känsla av sammanhang (KASAM), vilket innefattar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Jag menar att det finns förutsättning för utveckling av KASAM i detta sammanhang, om patient och anhörig erbjudas upprepad information- begriplighet kan öka, kontinuerligt stöd erbjuds utifrån

deras resurser- hanterbarhet kan förbättras och meningsfullhet kan utvecklas om samtal förs om vad som är viktigt i den unika situationen.

Joyce Travelbee menar att frågan om mening i den unika situationen, måste identifieras av individen (Jahren Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2007). Begreppet har ett nära samband med att bry sig om någon eller att betyda något för någon. För att utveckla och behålla upplevelsen av mening behöver människan kontinuerligt stöd.

Innebörden av detta tolkar jag som ett av sjuksköterskans viktigaste och kanske svåraste omvårdnadsområde. Att lyssna in både patient och anhörigs psykosociala och existentiella behov, samt erbjuda samtal och stöd under sjukdomsförloppet, kan hjälpa de drabbade att finna mening trots den mycket utsatta situationen.

Nutrition under cancerbehandling

Kirurgiska ingrepp och cellgiftsbehandlingar påverkar patienters nutritionsstatus i hög grad, nutritionsbehandling kan vara livsavgörande. Acreman (2009) skrev att patienten kan vara påverkad av både sjukdom och cancerbehandling, detta resulterar i att patienten blir undernärld och svag. Granda-Cameron, o.a. (2010) uppgav att cancerbehandling kan leda till diverse komplikationer, som svårigheter att äta och undernäring kan uppstå.

För att symtomlindrande behandling ska fungera för patienter i palliativ fas, är min slutsats att bedömning, rådgivning och behandling kring nutrition måste säkerställas.

Peroral nutrition

För cancerpatienter är mellanmålen viktiga, de tillför störst mängd kalorier. Att servera energirika mellanmål, som består av önskekost och mat som patienten kan äta, är betydelsefullt vid nutritionsomvårdnad. Detta borde kunna erbjudas både inom sluten- och öppenvården. Om patienten ska tillaga mellanmål på egen hand, måste hänsyn tas till patientens kunskapsnivå samt fysiska och psykiska resurser. Acreman (2009) menade att hälsopersonal behöver handledning av dietist rörande patienters nutritionstillstånd. Målet med nutritionsstöd vid palliativ vård är att minimera matrelaterat obehag och att maximera njutning runt matsituationen.

Parenteral nutrition

Parenteral nutrition beskrivs som det vanligaste artificiella tillägget. Artificiell nutrition bör inledas innan patientens allmäntillstånd har drabbats för mycket. Fokus inom den palliativa vården är livskvalitet för den cancerdrabbade patienten och deras anhöriga. Patienter vittnar om ökad livskvalitet vid tillförsel av PN, det ger både fysisk lindring och psykosociala lättnader. Holmes (2009) beskrev att det inte är rutinmässigt motiverat att använda PN vid cancer, då det finns en ökad risk för komplikationer. Det har dock visat sig att PN leder till både ökad överlevnad och livskvalitet.

Slutsats

Litteraturöversikten beskriver att den subjektiva nutritionsskattningen bedöms vara tillförlitlig, instrumentet kan både underlätta och förbättra omvårdnadsåtgärder kring nutrition. Sjuksköterskan har en betydelsefull och stödjande roll gentemot patient och anhörig när nutritionsproblem uppstår. Mer forskning behövs för att bättre kunna identifiera, hantera och utvärdera omvårdnadsåtgärder kring nutrition för cancerpatienter i palliativ fas. Därmed skapas förutsättningar för livskvalitet och värdighet livet ut för patient och anhörig.

Referenslista

*Artiklar som ingår i resultatet.

Acreman, S. (2009). Nutrition in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 14 (10) 427-8, 430-1.

*Andrew, I., Waterfield, K., Hildreth, A., Kirkpatrick, G., & Hawkins, C. (2009). Quantifying the impact of standardized assessment and symptom management tools symptoms associated with cancer-induced anorexia cachexia syndrome. *Palliative Medicine*, 23 (8) 680-688.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Baldwin, C., Spiro, A., McGough, C., Norman, A., Gillbanks, A., Thomas, K., . . . Andreyev, H. (2011). Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial. *The Official Journal of the British dietetic association*, 24 (5), 431-440.

Bergman, O., Hont, G., & Johansson, E. (2009). *Populärvetenskaplig fakta om cancer. Cancer i siffror 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden.

*Buskermolen, S., Langius, J., Kruizenga, H., Ligthart-Melis, G., Heymans, M., & Verheul, H. (2012). Weight loss of 5% or more predicts loss of fat-free mass during palliative chemotherapy in patients with advanced cancer: a pilot study. *Nutrition and cancer*, 64 (6), 826-32.

Einhorn, S., & Sylwan, L. (den 25 Juni 2013). *Cancerfonden*. Hämtat från Vad är cancer: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats- vägledning före litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur A.B.

Granda-Cameron, C., DeMille, D., Pat Lynch, M., Huntzinger, C., Alcorn, T., Roop, C., & Mintzer, D. (2010). An Interdisciplinary Approach to manage cancer cachexia. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), 72-80.

Holmes, S. (2009). A difficult clinical problem: Diagnosis, impact and clinical management of cachexia in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 15 (7), 320, 322-6.

*Hutton, J. L., Martin, L., Field, C., Wismer, W., Bruera, E., Watanabe, S., & Baracos, V. (2006). Dietary patterns in patients with advanced cancer: implications for anorexia-cachexia therapy. *American Journal Clinical Nutrition*, 84 (5), 1163-70.

*Hutton, J. L., Baracos, V., & Wismer, W. (2007). Chemosensory dysfunction is a primary factor in the evolution of declining nutritional status and quality of life in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (2), 156-65.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2007). *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

*Kwang, A., & Kandiah, M. (2010). Objective and subjective Nutritional assessment of patients with cancer in palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27 (2), 117-26.

*Marin, F., Lamonica-Garcia, V., Henry, M., & Burini, R. (2010). Grade of esophageal cancer and nutritional status impact on postsurgery outcomes. *Arq Gastroenterol*, 47 (4), 348-53.

*Move, M., Bosaeus, I., Højgaard Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, . . . Irtun, Ö. (2008) Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27 (2), 196-202.

*Orrevall, Y., Tishelman, C., Herrington, M., & Permert, J. (2004). The path from oral nutrition to home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Clinical Nutrition*, 23 (6), 1280-7.

*Orrevall, Y., Tishelman, C., & Permert, J. (2005). Home parenteral nutrition: A qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Clinical Nutrition*, 24 (6), 961-70.

*Orrevall, Y., Tishelman, C., Permert, J., & Cederholm, T. (2009). Nutritional support and risk status among cancer patients in palliative home care services. *Support Care Cancer*, 17 (2), 153-61.

*Orrevall, Y., Tishelman, C., Permert, J., & Cederholm, T. (2009). The use of artificial nutrition among cancer patients enrolled in palliative home care services. *Palliative Medicine*, 23 (6), 556-564.

Orrevall, Y. (2010). *Nutritionstöd till patienter med cancersjukdom och som vårdas inom specialiserad palliativ hemsjukvård*. Sundbyberg: Grafisk idé.

Palm, I., & Friedrichsen, M. (2008). The lived experience of closeness in partners of cancer patients in the home care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 14 (1), 6-13.

Raijmakers, N., Zuylen, L., & Heide, A. (2012). OPCARE9 work package 2- end-of-life decisions in Europe: shared experiences. *European Journal of Palliative care*, 19 (1), 24-26.

Regionala Cancercentrum I Samverkan. (2012). Nationellt vårdprogram för Palliativ vård 2012-2014. Västerås: Edita.

Riksrevisionen. (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Riksdagstryckeriet.

*Sarhill, N., Mahmoud, F., Walsh, D., Nelson, K., Komurcu, S., Davis, M., . . . Rybicki, L. (2003). Evaluation of nutritional status in advanced metastatic cancer. *Support Care Cancer*, 11 (10), 652-659.

SBU, Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering. (1999). *Evidensbaserad Omvårdnad. Behandling av personer med schizofreni*. Stockholm: SB Offset AB.

*Shragge, J., Wismer, W., Olson, K., & Baracos, V. (2007). Shifting to conscious control: psychosocial and dietary management of anorexia by patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 21 (3), 227-233

Socialdepartementet. (den 17 06 2010). *Dokument & lagar*. Hämtat från Patientsäkerhetslag: http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/ den 12 12 2013

Socialdepartementet. (den 01 01 2013). *Dokument & lagar*. Hämtat från Hälso- och sjukvårdslag: http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ den 12 12 2013

Socialstyrelsen. (2001). *Döden angår oss alla- värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB.

Socialstyrelsen. (2001). *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. Stockholm: Modin-tryck.

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (Maj 2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutkede. Vägledning, rekommendationer och indikationer. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm, Sverige: Socialstyrelsen.

Strang, P., & Beck-Friis, B. (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber A.B.

Bilaga 1

Granskningsmall

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler SBU-rapport 1999).

Författare:.....
.....

Titel:.....
.....

Årtal:.....

Tidskrift:.....

Land där studien utförts:.....

Typ av studie:

- Original
- Review
- Annan
- Kvantitativ
- Kvalitativ

Kvalitetsbedömning:

- Hög (1)
- Medel (11)
- Låg (111)

Bilaga 2

Klassificering och värdering av studier

Klassificering av studierna har genomförts enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s. 15-16) och indelats i följande grupper;

-Randomiserad kontrollerad studie (C). En prospektiv studie där man gjort en slumpvis fördelning av patienter till en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.

-Prospektiv studie (P). Denna typ av studie innebär en jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper men utan slumpmässig fördelning.

-Retrospektiv studie (R). I dessa studier analyseras ett historiskt material, med hjälp av exempelvis journalhandlingar.

Kvalitativ studie (K). I denna typ av studie analyseras data som insamlats genom intervjuer, berättelser eller observationer. Detta görs i syfte att fördjupa förståelsen för studerande fenomen, till exempel vilka upplevelser och erfarenheter personen har.

Utöver klassificeringen granskades artiklarna efter en tregradig skala; Hög (1), medel (11) eller låg (111) vetenskaplig kvalitet. Se vidare tabell 2 och 3.

Table 2. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvantitativ metod enligt SBU/SSF nr 4 (s. 48).

	1: Hög	11: Medel	111: Låg
C	Prospektiv randomiserad studie. Större väl planerad och genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter är tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.		Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, Otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
P	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter, adekvata statistiska metoder.		Litet antal patienter, Tveksamma statistiska Metoder.
R	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt Patientmaterial väl beskrivet och analyserat med Adekvata statistiska metoder (t.ex. multivariantanalys, fallkontrollmetodik, e.t.c).		Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Tabell 3. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvalitativ metod enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s 49).

	1= hög	11= medel	111= låg
	<p>Studie med kvalitativ metod. Väldefinierad frågeställning. Relevant Urval samt väl beskriven Undersökningsgrupp och kontext. Metod Och analys väl beskriven och genomförd, resultatet är logiskt och begripligt. God kommunikerbarhet.</p>		<p>Dåligt/vagt formulerad Frågeställning. Undersökningsgrupp för liten/otillräckligt beskriven. Metod/analys inte tillräckligt beskriven eller bristfällig resultatredovisning.</p>

Bilaga 3

Kvalitetsbedömning

Frågeställning:.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ:

- Deskriptiv
- Intervention
- Annan

Kvantitativ:

- Retrospektiv
- Prospektiv
- Randomiserad
- Kontrollerad
- Intervention
- Annan

Studiens omfattning

Antal försökspersoner (N)..... Bortfall (N).....

När genomfördes studien?..... Studiens längd.....

Beaktades: Könsskillnader?..... Åldersaspekt?.....

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/problemformulering?	Ja	Nej
Är perspektivet/kontext presenterad?	Ja	Nej
Finns ett etiskt resonemang?	Ja	Nej
Urvalet relevant?	Ja	Nej
Är försökspersonerna väl beskrivna?	Ja	Nej
Är metoden tydligt beskriven?	Ja	Nej

Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av

resultatet? Ja Nej

Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt,

i överensstämmelse med verkligheten, nyttig? Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Intervention beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?.....
.....

Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja Nej

Är instrumenten reliabla? Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfund:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bilaga 4

Översikt över analyserade artiklar i resultatet

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Metod/analys	Deltagare/bortfall	Resultat	Vetenskaplig kvalitet
Andrew et al. 2009. England.	Syftet var att utvärdera inverkan av standardiserat bedömningsunderlag för att ange patient-symtom vid kakexiutlöst cancer.	Kvantitativ metod, prospektiv. Två olika bedömnings-underlag användes, PG-SGA och SCC. Statistisk analys var SPSS, S- Plus och StatXact.	79 avsågs delta, 39 personer avstod p.g.a. ohälsa. 40 deltog.	Patienter med anorexi- kakexi syndrom diagnostiserades sent under cancersjukdomen och hade omfattande besvär.	H (1)
Baldwin et al. 2011. England.	Studien syfte var att fastställa effekter av diet råd och/eller oralt nutritionsstöd på överlevnad, när personen inte kan äta, samt livskvalitet bland patienter med viktninskning som erhåller palliativ cellgiftsbehandling för sin cancersjukdom.	Kvantitativ metod, prospektiv randomiserad. Ett slump- mässigt urval gjordes och fyra grupper bildades; inga kostråd, diet råd, nutritionsstöd eller diet råd med nutritionsstöd före cellgifts-behandlingen. Whitney <i>U</i> -test och <i>t</i> -test användes vid statistisk analys.	Vuxna med tumörer i mag-tarm kanalen, lungor och bukhinna. Viktninskning och planer om cellgifts-behandling var kriterier. Inte valbar om; de inte ville eller inte hade möjlighet att ingå i det slump- mässiga urvalet, kunde inte ta oral nutrition, hade mjölk-intolerans eller erhålla artificiell nutrition. Följdes under ett år.	256 män och 102 kvinnor deltog. Ingen skillnad vad gällde överlevnad, vikt eller livskvalitet mellan grupperna fanns. Enkla kostråd förbättrar inte kliniska eller nutritions- resultat. Ej heller ökad livskvalitet. Viktökning tros påverka livslängd, men inget samband finns med nutritions-åtgärd.	H (1)
Buskermolen et al. 2012. Holland.	Syftet var att utforska om 5 % vikt-minskning eller mer under det senaste året förutspår ändrad nutritionsstatus för patienter med avancerad cancer under palliativ	Kvantitativ metod, prospektiv. Nutritions-status bedömdes och patienterna bedömde själva aptit och fatigué. Blodprov togs också. Chi-square tests, <i>t</i> -test och Mann-Whitney <i>U</i> -test användes som statistiska	Patienter som erhöll första eller andra cellgifts-behandlingen och var äldre än 18 år inbjöds att delta. 33 patienter inbjöds, bortfall på 12, 20 deltog. 12 män och 8 kvinnor.	Förändring av fettfri massa var mycket större bland de med vikt- minskning på lika med eller mer än 5 % under det senaste året. Detta kan leda till kortare	H (1)

	cellgifts-behandling.	metoder.		överlevnad.	
Hutton et al. 2007. Canada.	Syftet var att studera betydelsen av förändrad smak och lukt vid intag av mat hos cancersjuka.	Kvantitativ metod, prospektiv. Ett frågeformulär kompletterades med matdagbok. ANOVA och Chi-square för statistisk analys.	66 patienter slutförde bedömningarna, varav 30 män och 36 kvinnor.	Omfattande lukt och smakförändringar bör beaktas och sammankopplas med undernäring och minskad livskvalitet hos patienter med avancerad cancer.	H (1)
Hutton et al. 2006. USA.	Syftet var att karakterisera matintag och mönster för patienter med avancerad cancer.	Kvantitativ metod, prospektiv. Patienten skrev detaljerat vad de åt och drack, 3 huvudmål och 3 mellanmål. BMI genomfördes och historik rörande vikt självrapporterades. Tukey-Kramer test och <i>t</i> -test.	75 % av patienterna inom enheten bedömdes inte kunna delta i studien. Av resterande grupp var det 85 % som samtyckte att delta och även slutförde den, d.v.s. 151 personer	Personer med det högsta intaget minskade också i vikt. Lågt intag och hög risk för viktnedgång, sågs hos de som åt sällan, hade liten variation på mat och intog endast flytande kost.	Medel-hög (2)
Kwang et al. 2010. Malaysia.	Syftet var att utvärdera nutritions-status hos patienter med cancer i palliativ vård samt att undersöka sambandet mellan två olika nutritions-bedömningar.	Kvantitativ metod, prospektiv. Ett subjektivt bedömningsunderlag användes (PG-SGA) samt olika kroppsliga undersökningar. Statistisk analys med ANOVA och Cohen's,	Under en fyramånadersperiod inbjöds patienter att delta, 58 patienter rekryterades till undersökningen.	Resultatet visar att den subjektiva patient bedömningen överensstämde med de kroppsliga mätningarna. PG-SGA rekommenderas att användas vid nutritions bedömning.	H (1)
Marin et al. 2010. Brasilien.	Syftet var att undersöka nutritions-status pre- och postoperativt samt komplikationer postoperativt.	Kvantitativ metod med retrospektiv design. Journaler studerades vid tre tillfällen. Statistisk analys var Student's <i>t</i> test.	100 personer, 85 män resterande kvinnor, med matstrupe cancer.	Sjukdom och diagnos, leder till både dålig nutritions-status och komplikationer postoperativt.	H (1)
Move et al. 2008. Danmark,	Syftet med studien var att studera sjukvårdspersonals kunskap om nutrition i praktiken,	Kvantitativ metod, prospektiv. Mellan april- juni 2004 skickades fråge-formulär ut, gällande attityder och rutiner	6000 läkare och 6000 sjuksköter-skor i tre nordiska länder ingick. Enheter där nutritions-problem borde vara vanliga ingick. 4512 personer	Den vanligaste orsaken till bristfälligt omhändertagande, var saknad av kunskap inom ämnet. Mer	H (1)

Sverige och Norge.	med focus på nutritionsundersökning, behov och behandling.	runt nutrition. Några telefonintervjuades. Mann-Whitney test och Chi-square test användes som statistisk analys.	svarade, ca 37 %. Ingen skillnad mellan länderna, men fler sjuksköterskor än läkare deltog.	kunskap behövs under grund-utbildning samt kontinuerlig fort-bildning.	
Orrevall et al. 2004. Sverige.	Syftet med studien var att undersöka erfarenheter runt matsituationen före HPN, för att förstå de faktorer som ledde till beslutet att acceptera HPN.	Kvalitativ metod, semistrukturerade intervjuer. Alla intervjuer utfördes av en forskare?? Alla utom en intervjuades samma dag. De spelades in och skrevs ut ordagrant, kodades i mindre områden, vilka diskuterades i forskarteamet. Teman utvecklades som beskrev perioden före HPN och anledning att börja med HPN.	13 patienter och 11 familjemedlemmar värvades. Patienterna kontaktades av sjuk-sköterskan i ASIH teamet. Krav var verbal förmåga, HPN vid minst 10 tillfällen- minst 3 gånger/vecka. Anhöriga inbjöds av patienterna.	Situationen före HPN beskrevs som desperat. Patienterna kunde inte äta och familjen var frustrerad att inte kunna hjälpa. Låg uppmärksamhet inom slutenvården. HPN erbjöds när de i hemmet inte kunde lösa situationen.	H (1)
Orrevall et al. 2005. Sverige.	Syftet med denna studie var att undersöka erfarenheter av parenteral nutrition i hemmet utifrån patienter med avancerad cancer och familjemedlemmars perspektiv.	Kvalitativ metod, semistrukturerade frågor rörande parenteral nutrition och matsituation. Alla intervjuer spelades in och skrev ut ordagrant. Innehållet kodades. Forskargruppen diskuterade innehållet och teman skapades.	13 patienter och 11 familjemedlemmar deltog. De värvades från 7 demo-grafiskt olika områden i Stockholm. Kontaktades av sjuksköterskan utifrån vissa kriterier.	HPN ledde till lättnad och trygghet p.g.a. att nutritions-behovet var tillgodosedd. Det gav positiv effekt på livskvalitén, kroppsvikt och fysisk kapacitet.	H (1)
Orrevall et al. 2008. Sverige.	Syftet var att undersöka nutritions-risk och användande av nutritions-stöd bland cancer-patienter inskrivna i palliativ hemsjukvård.	Kvalitativ metod, strukturerade telefon-intervjuer. Utfördes mellan november -03-april -04. Samtycke inhämtades från etisk kommitté. Chi-Square test och Mann-Whitney U-test användes vid statistisk analys.	Det fanns 21 hemsjukvårdsteam i området. 1121 patienter var inskrivna, 914 ansågs ha möjlighet att ingå. 729 samtyckte. Av dessa deltog inte 104 patienter av olika orsaker. 625 intervjuades, de flesta var ensamma under intervjun.	Närmare 70 % noterades ha nutritions-risk. 55 % använde oral stöd och 14 % gavs artificiell nutrition. Nutritions-stöd gavs till patienter med låg BMI, svår viktning och kort överlevnad.	H (1)

<p>Orrevall et al. 2009. Sverige.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka patienters syn och erfarenheter av artificiell nutrition i hemmet, och faktorer förenad med HPN.</p>	<p>Kvalitativ metod, strukturerade telefon-intervjuer. En preliminär intervjuguide diskuterades i forskarteamet. De slutgiltiga frågorna var 112 frågor. Komplement gjordes utifrån patient-journaler. Cohen's användes.</p>	<p>621 cancer-patienter som ingick i ASIH-team i Stockholm, 21 enheter vid denna tid, mellan november 2003-april 2004. Sjuk-sköterskorna bedömde patientens möjlighet att ingå utifrån allmäntillstånd. 85 % intervjuades utan stöd.</p>	<p>HPN var vanligare än enteral nutrition. Artificiell nutrition inleddes mer än 4 månader före död. HPN gavs inte p.g.a. mag-tarm hinder, utan p.g.a. svårigheter att äta, illamående och fatigué.</p>	<p>H (1)</p>
<p>Sarhill et al. 2003. USA.</p>	<p>Syftet var att bedöma nutitions-status på patienter som fick palliativ vård utifrån ett standard-protokoll.</p>	<p>Kvantitativ metod, prospektiv. Mellan november 1998-augusti 1999 deltog patienter med avancerad cancer i en utvärdering av nutitionsstatus. Olika variabler ingick, vilka presenteras i texten. <i>T</i>-test användes.</p>	<p>451 patienter fanns tillgängliga, men 99 utgick av olika anledningar. 352 patienter, 180 män och 172 kvinnor från tre olika enheter. Medelålder var 61 år. Vanligaste diagnos var lungcancer, alla var drabbad av metastaser. Blodprover och BMI utfördes inte på alla.</p>	<p>Vikt nedgång var vanligt, högre hos män än kvinnor. Samband mellan allvarlig viktminskning och dödsfall. Män tappade mer muskel-massa än kvinnor. Flera verktyg behövs för att bedöma nutitions-status.</p>	<p>Medel-hög (2)</p>
<p>Shragge et al. 2007. Canada.</p>	<p>Syftet var att beskriva de psykosociala strategier som patienter med avancerad cancer använder för att hantera sin bristande matlust.</p>	<p>Kvalitativ metod, ostrukturerad intervju. Deltagarna gjorde tre dagars kostdagbok. De som själv rapporterat svält intervjuades, 1-3 gånger. Patienterna fick först beskriva sjukdomsutveckling. Intervjuerna skrevs ned ordagrant, kodades, kategorier utvecklades. Teorier testades vid efterföljande intervjuer.</p>	<p>7 män och 2 kvinnor med avancerad cancer värvades från ett palliativ hemsjuk-vårds center mellan oktober 2004 till juni 2005. Alla från Europa utom en. Urvalet gjordes utifrån själv-rapporterad svält. Totalt gjordes 15 intervjuer. Patienter deltog inte om de erhöll cellgift-behandling.</p>	<p>Förändring till en medveten kontroll var grunden för deltagarna att hantera känslor och sociala konsekvenser av minskat intag. Egentligen bidrog ett antal symptom som hinder för att äta.</p>	<p>H (1)</p>