

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

TEMA: CYTOSTATIKA OG ERNÆRING



(Utklipp fra Word)

KURSKODE	SYK180H
DATO FOR INNLEVERING	26.04.11
KANDIDATNUMMER	3.

Jeg behøver

Jeg behøver kjærlighet mest av alt ...

å trives med meg selv og være min egen venn.

Jeg behøver å bli berørt av noe utenfor meg selv ...

både fysisk og mentalt.

Jeg behøver å bevege meg ...

å danse, gå tur eller noe annet som gir kroppen

min glede og bevegelse.

Jeg behøver å slippe kreativiteten min fri ...

å slippe meg selv til, å samarbeide med omgivelsene ... å få og gi.

Jeg behøver frihet til å leve livet mitt slik jeg finner det best ...

lære av mine egne feil og skape min egen eksistens.

Jeg behøver å være meg selv ...

ha tillatelse til å være meg. (Ukjent)

(Bøhn, 2000, s. 21)

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	5
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Problemstilling med presisering og avgrensning	5
1.3	Presentasjon av personlig ståsted	6
1.4	Disposisjon.....	7
2.0	METODE	8
2.1	Hva er en metode?.....	8
2.2	Vitenskapssyn og metode	8
2.3	Litteraturstudie	9
2.4	Forskningsetikk	9
2.5	Litteratursøk.....	10
2.6	Kildekritikk	11
	TEORIDEL	12
3.0	KREFT	12
3.1	Hva er kreft?	12
3.2	Cytostatika	12
3.2.1	Behandling mot kreft.....	12
3.2.2	Generelle bivirkninger av cytostatika.....	12
3.2.3	Bivirkninger som kan hindre tilstrekkelig ernæring	13
4.0	ERNÆRING	14
4.1	Hva er ernæring og ernæringsstatus	14
4.2	Ernæring og kreftsyke	14
5.0	SYKEPLEIESYN	16
5.1	Hensikten med en teori.....	16
5.2	Virginia Henderson	16
5.3	Florence Nightingale	17
6.0	LIVSKVALITET	18

DRØFTING	19
7.0 CELLEGIFTPASIENTER OG LIVSKVALITET.....	19
7.1 Hvordan kan pasienter under cellegiftbehandling oppleve reduksjon av livskvalitet? 19	
7.2 Hva viser forskning til sammenhengen mellom ernæring og livskvalitet?	20
7.3 Mine opplevelser fra praksis og som pårørende til kreftpasienter med nedsatt livskvalitet	20
8.0 SYKEPLEIERENS STORE UTFORDRINGER I ARBEIDET MED PASIENTER SOM ER I CYTOSTATIKABEHANDLING.....	22
8.1 Identifisering av behovet for sykepleie med fokus på ernæring til pasienter som er i cytostatikabehandling.	22
8.2 Hva kan sykepleieren med fokus på ernæring gjøre for å forbedre livskvaliteten til denne pasientgruppen?.....	23
8.3 Kan fokuset på ernæringsrelaterte bivirkninger av cellegift ha en virkning på livskvaliteten?.....	25
8.4 Hvordan kan godt tverrfaglig samarbeid bidra til bedre livskvalitet?.....	27
8.5 Viktigheten av god dokumentasjon i tverrfaglig arbeid	29
9.0 AVSLUTNING.....	31
LITTERATURLISTE	32
PENSUMLITTERATUR	32
SELVVALGT LITTERATUR.....	33
VEDLEGG 1.....	35
VEDLEGG 2.....	36
VEDLEGG 3.....	37

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

I følge Kreftregistret (2012) ble det i 2010 registrert hele 28271 nye krefttilfeller i Norge, hvor 47 % var kvinner og 53 % menn. Vekttap og underernæring er en vanlig sekundærdiagnose hos pasienter med kreft. Omkring 50-90 % av pasienter har vekttap, som kan være en konsekvens av sykdom og behandling. Perioder som innebærer munnsårhet, kvalme, diare, luft- og magesmerter samt nedsatt appetitt kan være faktorer som fører til at pasientene spiser mindre enn normalt (Lorentsen & Grov, 2010).

Mitt mål med denne bacheloroppgaven er å øke kunnskapen om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe cancerpasienter til å oppnå tilfredsstillende ernæringstilstand, da dette er viktig både for å bedre livskvalitet og øke motstandskraft ved cytostatikabehandling (Sortland, Steensæth, & Gjerstad, 2011c). Ved at pasienter i cellegiftbehandling bevarer kroppssammensetningen mest mulig normal, vil trolig bidra til å heve livskvaliteten, fordi de blant annet opprettholder sitt funksjonsnivå (Sjøen & Thoresen, 2012).

Feil og underernæring har en rekke negative konsekvenser for pasientens rehabilitering og kan forlenge pasientens liggetid med dager og uker. En underernært pasient kan ha opptil tre ganger så lang liggetid i sykehus som en velernært pasient, avhengig av graden av underernæring. Feil og underernæring virker negativt inn på flere organfunksjoner og behov (Stubberud, Almås, & Kondrup, 2010, s. 480).

Årsaken til at jeg valgte å skrive om ernæring og kreft, er at jeg synes det er et meget spennende og relevant tema i dagens helseproblematikk. Jeg valgte å knytte sammen ernæring cancer og livskvalitet da jeg har observert så mange tilfeller av underernærte cancerpasienter, samt at pasientgruppen har store utfordringer knyttet til ernæring.

1.2 Problemstilling med presisering og avgrensning.

Ut fra det jeg har beskrevet i kapittel 1.1 lander jeg derfor på denne problemstilling:

”Hvordan kan sykepleieren med fokus på ernæring sikre/bedre livskvaliteten til kreftpasienter i cytostatikabehandling?”

Dette er en dybdeoppgave, der en skal besvare og drøfte problemstillingen. Oppgaven har en ordbegrensning på 9000 ord, så en må da foreta prioriteringer. Jeg ønsker derfor å legge hovedvekten på tilrettelegging og ulike tiltak som kan iverksettes av sykepleiere for å

opprettholde ernæringsstatus hos pasienter som er i langtidsbehandling med cytostatika med tanke på helbredelse. Jeg skal se på hvordan sykepleieren med fokus på ernæring kan forbedre/opprettholde livskvaliteten til pasienter i cytostatikabehandling. Jeg vil avgrense meg til en sengepost i spesialisthelsetjenesten, da det er her du ofte treffer på denne gruppen. Jeg har valgt å ta for meg voksne cancerpasienter, fra en alder av 18 år. Jeg skal ta for meg bivirkninger av cytostatika, noe som er relativt for alle typer kreft, derfor skal jeg ikke ta for meg noen spesiell kreftform. Det må likevel nevnes at underernæring ses hyppigst hos pasienter som har kreft i fordøyelsessystemet, bukspyttkjertelen og i hodeområdet. Pasienter med kreft i disse områdene har høyere risiko for underernæring enn for eksempel brystkreft som har lavere risiko (Tong, Isenring, & Yates, 2009).

Pasientens pårørende spiller en svært viktig rolle i en slik setting, men jeg skal likevel ikke legge vekt på det i oppgaven. Jeg vil også kun ta for meg per oral ernæring, da vanlig mat er å foretrekke for kreftsyke (Bye, 2010), selv om parenteral og enteral ernæring kan være viktige tiltak. Vi sykepleiere er blant annet underlagt helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, på grunn av oppgavens omfang kommer jeg ikke til å gå i dybden av disse. Jeg kommer til å bruke ordet cellegift, kjemoterapi og cytostatika om hverandre i oppgaven, men med samme mening. Det samme gjelder cancer og kreft.

1.3 Presentasjon av personlig ståsted

Min bakgrunn var det som gjorde at jeg valgte kreft som sykdom i min bacheloroppgave. For et par år siden mistet jeg min far i kreft. Han var en stor klippe i livet mitt og hadde stor betydning for meg. Han døde ett år etter diagnosen ble stilt. For hver gang jeg kom hjem hadde han blitt tynnere. Han gikk fra 72 kg til 50 kg på 4 måneder, og der holdt han seg. Faren min gikk fra å være en frisk og sunn mann, med god matlyst, til en tynn og mager kreftpasient med svært mange plager og dårlig livskvalitet. Han hadde ikke appetitt på mat, var kvalm og kastet opp, var plaget av obstipasjon, hadde munnsår samt smaksforstyrrelser. Det han likte best var å være sosial sammen med familie og venner. Noen måneder ut i sykdommen trakk han seg ofte tilbake, og var mye for seg selv.

Hver gang han ble innlagt på sykehus prøvde vi pårørende å høre om han kunne få ernæringsfysiolog og intravenøs ernæring. Etter vi hadde spurt i 4 dager etter hver innleggelse fikk han koblet opp en pose med ernæring.

Tre dager etter hans død fikk vi et brev i posten om at han fikk ernæringsfysiolog. Helt siden den gang har jeg sagt at jeg ønsket å skrive om dette temaet i min bacheloroppgave, slik at jeg kan øke min kunnskap for å hjelpe andre mennesker i samme situasjon.

1.4 Disposisjon

Videre i oppgaven vil jeg presentere valg av metode, vitenskapssyn, kildekritikk, forskningsetikk og mine litteratursøk. Deretter presenterer jeg en teoridel hvor kreft, cellegift, ernæring og dens komplikasjoner i forhold til cellegift og kreft blir beskrevet. Etter den medisinske teorien kommer sykepleieteori med teoretikerne Virginia Henderson og Florence Nightingale. Til slutt i den teoretiske delen kommer et kapittel om livskvalitet. Etter teoridelen kommer funn og drøftningsdelen. Jeg skal drøfte teori, beskrevet i teoridelen, opp mot forskningsbasert litteratur og egne erfaringer.

Antall ord i oppgaven er 9397.

2.0 METODE

2.1 Hva er en metode?

Vilhelm Aubert beskriver en metode som:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kan komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Iflg. Dalland, 2007, s. 83).

Slik jeg forstår, så er det metoden som bestemmer hvordan jeg bør gå frem for å finne den informasjonen/ kunnskapen jeg er ute etter for å belyse min problemstilling. Metoden ser jeg som på et redskap for å finne gode og pålitelige data (Dalland, 2007).

2.2 Vitenskapssyn og metode

To ulike vitenskapsfilosofiske syn er positivismen og hermeneutikken. Jeg skal i min oppgave vektlegge hermeneutikk, som betyr fortolkningslære. Den setter oss i stand til å tolke og forstå grunnlaget for all menneskelig eksistens. Posivismen er forankret i en naturvitenskapelig tradisjon, og kan gi oss en forklaring på fenomenet kreft, mens det er i hermeneutikken vi kan få en forståelse av hvordan pasienten opplever sykdommen. Hermeneutikken har ikke noe bestemt utgangspunkt eller sluttspunkt i tolkningen, siden den er i konstant utvikling og nye perspektiver kommer til. Den hermeneutiske tilnærmingen er viktig for alle som jobber i kontakt med mennesker. Jeg synes derfor det er den beste metoden for å tildele meg ny kunnskap, siden det jeg ønsker å finne svar på gjennom min problemstilling ikke kan måles, testes eller observeres (Dalland, 2007).

Jeg skal bruke en kvalitativ metode i min oppgave, med noen innslag som er kvantitativ orientert. Den kvalitative metoden bygger på teorier om fortolkning samt menneskelig erfaring, meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Det kan benyttes ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materialet. Ulike metoder kan være observasjon, samtale eller skriftlig tekst. Målet med metoden er og utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener. Kvantitative forskningsmetoder forholder seg til statistisk metode, slik at funnene kan settes i tall og statistikk. Den kvantitative metoden er ikke selvforklarende, derfor inngår fortolkning som et sentralt element også i kvantitativ forskning (Dalland, 2007).

2.3 Litteraturstudie

Jeg skal først og fremst benytte meg av litteraturstudie, hvor jeg skal drøfte min problemstilling opp mot eksisterende litteratur og forskning. Jeg skal ta med egne erfaringer som eksempler i oppgaven. I følge Dalland (2007) kan det være svært vanskelig for skriveren å inkludere egne erfaringer, men at de kan fungere godt som inspirasjon til valg av tema og benyttes som eksempler i en oppgave. Årsaken til at jeg velger litteraturstudie er at det finnes mye forskning og litteratur om kreft, cellegift, livskvalitet og ernæring.

Jeg har funnet litteratur ved å søke i bibliotekets databaser etter bøker og artikler. Søkehistorikken for artikler kommer i kapittel 2.6. Årsaken til at jeg går bort fra metoden intervju, er at jeg ikke kan intervju pasienter, siden de allerede er i en sårbar tilstand.

Målet med min litteraturstudie er å samle kvalitative data som grunnlag for min diskusjon i oppgaven.

2.4 Forskningsetikk

I følge Dalland (2007) er det knyttet krav og regler i forhold til å utøve forsøk og forskning på mennesker, og det legges stor vekt på å beskytte forsøkspersonene, blant annet gjennom anonymisering. Siden jeg benytter meg av en litteraturstudie, og ikke en empirisk studie, innebærer det at jeg har skaffet meg ny kunnskap gjennom å sammenfatte litteratur og forskning gjennom og systematisk søke, velge og kritisk granske den litteraturen og forskningen som allerede finnes innenfor det problemområdet jeg har valgt (Ibid.). Det stilles likevel krav til at jeg er kritisk i forhold til de ulike forfatterne og deres forskningsetiske overveielser i sitt arbeid. Det er viktig at deltakerne i studiene blir ivaretatt, gjennom personvern, taushetsplikt og at de blir anonymisert. Deltakerne må også samtykke til å delta, og være informert om hva studien går ut på (Ibid.).

Forskningsetikken går ut på at de overnevnte punktene blir ivaretatt i min utvelgning av artikler til denne oppgaven. Jeg har lagt vekt på at de artiklene jeg fant var etisk vurdert og at etiske hensyn var foretatt før jeg valgte å bruke dem. Jeg har sett på hvordan forfatterne har gått frem i forhold til informantene, og hvordan samtykk til å delta er gitt. Artikkelen til Nourissat et al. (2008) ble også godkjent av en lokal etisk komiteen. Siden kreftpasienter er i en sårbar tilstand, er det viktig at de har blitt etisk godt behandlet. De har delt sine plager, opplevelse og følelser med forfatterne, og hvordan de opplever at det har påvirket deres livskvalitet (Dalland, 2007).

2.5 Litteratursøk

Jeg søkte etter forskjellige forskningsartikler som gikk inn på oppgavens tema, men det var vanskelig å finne noe som omhandlet ernæring, livskvalitet og cancer. Jeg fant flere artikler som var eldre enn 5 år, som jeg ikke synes er nok oppdatert i forhold til min oppgave. Jeg har søkt i databasene Cinahl, SweMed+, The Cochrane library, Proquest, PubMed og 360-search.

Inklusjonskriterier: Voksne kreftpasienter fra 18 år, cytostatikabehandling med kurativt siktemål, artikler som ikke er eldre enn 5 år, ernæringsproblematikk/vekttap, livskvalitet, artikler som er fagfellevurdert.

Eksklusjonskriterier: Barn og unge under 18 år, cytostatikabehandling med palliativt siktemål, artikler som er eldre enn 5 år, artikler med fokus på parenteral og enteral ernæring, artikler som ikke er fagfellevurdert.

Jeg fant to artikler som jeg vil bruke i min oppgave. Den ene fant jeg i flere databaser, og inneholdt både ernæringsstatus, livskvalitet og kreftpasienter. Artikkelen heter ”*Relationship between nutritional status and quality of life in patients with cancer*” og er skrevet av Nourissat et al. (2008). Artikkelen tar for seg at pasienter med kreft ofte har en forverret livskvalitet. Det ble gjort en tverrgående observasjonsstudie i Frankrike på 907 pasienter, der det ble brukt et skjema for å vurdere livskvaliteten. Det som kom frem var at sammenhengen mellom vekttap og nedsatt livskvalitet ble bekreftet, og at ernæringsmessig intervensjon bør iverksettes så snart som sykdommen er diagnostisert. En annen artikkel jeg valgte var “*The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcomes in medical oncology patients*” skrevet av Tong et al. (2009). Artikkelen er en sekundæranalyse og tar for seg 219 kreftpasienter en, seks og 12 måneder etter oppstart av cellegift. Målet med artikkelen var å fastslå hvordan bivirkningene av cellegift påvirker livskvalitet og ytelse. Det som kom i frem i analysen var at bivirkningene hadde innvirkning på ernæringen, og selv etter 12 måneders oppstart av cellegift, og ble det assosiert med dårligere livskvalitet og ytelse.

Tabellen nedenfor er det søket hvor jeg fant artiklene jeg skal bruke i min oppgave. Dette er det siste søket jeg utførte. Resten av mine søk ligger som Vedlegg 2.

360 SEARCH					
Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Antall valgte
Mars 13	Cancer AND quality and life AND nutritional and status	25	3	3	2

2.6 Kildekritikk

Kildekritikk er i følge Dalland (2007) de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann (s. 66). Jeg har søkt med tanke på at jeg ikke må ta ”alt for god fisk”. Da jeg søkte gjennom kilder i ulike databaser fant jeg mye skriftlig informasjon om temaet livskvalitet, cancer, cytostatika og ernæring. Jeg fant artikler med fokus på en eller flere typer kreft, og siden jeg ikke har tatt for meg en spesifikk form for kreft så søkte jeg videre. Hadde jeg tatt for meg en type kreftform, så kunne jeg ha økt mine kunnskaper betraktelig, men jeg vil se på generell plan da dette kan styrke min kunnskap for en stor gruppe pasienter. Jeg søkte også på artikler som var fagfellevurdert, hadde holdbarhet innen 5 år og som var relevant for min problemstilling. Den ene artikkelen jeg valgte er en sekundæranalyse. En originalartikkel, er en artikkel hvor forfatteren har presentert sitt eget forskningsarbeid. Personen som har igangsatt denne studien er med som forfatter av artikkelen, og da ser jeg den relevant uansett om det er en sekundæranalyse (Ibid.).

TEORIDEL

3.0 KREFT

3.1 *Hva er kreft?*

Kreft er ukontrollert celledeling, vekst og spredning av celler. Ved kreft har det skjedd en skade i cellens arvestoff (mutasjon), slik at cellene deler seg ukontrollert og dermed ikke lenger utfører oppgaver de friske cellene ville ha gjort. Når kreftceller fortsetter å dele seg, skjer det en opphopning av kreftceller i organet hvor veksten har startet, og dermed dannes en kreftsvulst. I motsetning til godartede svulster, så har kreftsvulster evne til å vokse inn i vev, andre organer og spre seg til andre deler av kroppen via blodet eller lymfesystemet. Kreft er samlebetegnelsen på rundt 200 ulike kreftsykdommer, og prognosen til sykdommen er individuell, siden kreft har ulik aggressivitet og undergrupper (Kreftforeningen, 2012a; Lorentsen & Grov, 2010).

3.2 *Cytostatika*

3.2.1 **Behandling mot kreft**

Cellegift, også kalt cytostatika eller kjemoterapi, er en gruppe medikamenter som brukes i den hensikt å hemme eller ødelegge kreftceller (Knobloch, 2012). Cellegiften virker ved at den hemmer celledelingen ved at et stoff virker på DNA-syntesen, et på metabolsk blokkade i cellene og noen interfererer med cytoskjelettet, via effekter på mikrotubuli (Slørdal, 2008). Det finnes ulike typer cellegift, som har forskjellig virkning, men felles for dem er at de skal hemme kreftceller i å dele seg. Ofte blir flere typer kombinert i en cytostatikakur, hvor den kan gis i tablett-/kapselform, krem, innsprøytning i kroppens hulrom, i spinalkanalen eller som intravenøs behandling. Cellegiftbehandling kurerer ca 10 % av de tilfellene hvor den brukes, og derfor kombineres den ofte sammen med strålebehandling eller kirurgi. Cytostatika har størst effekt på svulster og vev med høy delingshastighet, og derfor virker den bedre på hurtigvoksende svulsttyper, og har dårligere effekt på langtkommen sykdom med store tumormasser (Lorentsen & Grov, 2010). Målet med cellegiftbehandling kan være kurativ (helbredende), palliativ (lindrende) eller adjuvant (tilleggsbehandling for å være sikker på at alle kreftceller er borte). (Ibid.).

3.2.2 **Generelle bivirkninger av cytostatika**

En bivirkning kan defineres som "ikke-tilsiktet følgevirkning av f.eks. legemidler" (Store norske leksikon, 2005-2007). Som nevnt fører ofte cellegiftbehandling store bivirkninger,

også over det som er tolerabelt. Årsaken til bivirkningene kan være at stoffene i cellegiften også påvirker normale celler. Cytostatika virker på celler, spesielt med stor delingshastighet, som celler i beinmargen, slimhinnene, huden, hårfolliklene og eggstokker/testikler. Bivirkninger som følge av dette kan være beinmargsdepresjon, tørre/såre slimhinner, hårtap og fare for sterilitet (Lorentsen & Grov, 2010). Cytostatika kan også gi andre bivirkninger som er hjertetoksiske, og kan gi lever- og lungeskader, nyreskade, nyresvikt og allergiske reaksjoner. En svært vanlig bivirkning som de fleste pasienter får i større eller mindre grad er fatigue (tretthet og utmattelse). Dette er en bivirkning som igjen kan påvirke ernæringsstatusen og livskvaliteten til pasientene (Lorentsen & Grov, 2010).

3.2.3 Bivirkninger som kan hindre tilstrekkelig ernæring

I følge Thorsrud & Blomhoff (2012) så er anoreksi, smaks og luktforandringer, aversjon mot enkelte matvarer, kvalme/oppkast, tidlig metthet, diaré, obstipasjon, mukositt, tørre/såre slimhinner, smerter, magekramper og oppblåsthet de vanligste bivirkningene av kjemoterapi som påvirker matinntaket negativt (2012, s. 159).

Dette bekreftes også av Bye (2010); Lorentsen & Grov (2010) som sier at i forbindelse med en kreftsykdom, samt behandling med cytostatika så forekommer det ofte bivirkninger som både påvirker matlysten og muligheten til å få i seg mat.

4.0 ERNÆRING

4.1 *Hva er ernæring og ernæringsstatus*

Ernæring er et grunnleggende behov, og det gir oss krefter til å være i aktivitet, overskudd og livskvalitet. For at et menneske skal kunne opprettholde nødvendige livsfunksjoner som hjerteaktivitet, pust, nerveimpulser, varme og immunforsvar må en tilføre kroppen ernæring (Bye, 2010). Ernæring gir oss energi, og i følge Sortland, Steensæth, & Gjerstad (2011a) defineres energi som ”evnen til å utføre arbeid” og det forekommer i kroppen i ulike former som varme, bevegelsesenergi, kjemisk og elektrisk energi (2011a, s. 25). Behovet for ernæring dekker vi ved å forbrenne og innta tilsvarende forbruk av karbohydrater, fett og proteiner. Det er anbefalt maten en inntar bør inneholde 10-15 % proteiner, 30 % fett, karbohydrater 55-60 %, og minst 25-30 gram kostfiber (Blix & Breivik, 2006). Når inntaket av ernæring blir for lite, bryter kroppen ned vev for å få dekket behovet, og konsekvensen blir da underernæring. Hvis behovet for ernæring ikke blir dekket, kan det medføre plager som slapphet, irritabilitet og konsentrasjonsvansker, og i alvorligere tilfeller kan det føre til for tidlig død. (Bye, 2010).

I følge Bye (2010) er ernæringsstatus det et resultat av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer. Når en snakker om ernæringsstatus så sier det oss noe om i hvilken grad det fysiologiske behovet for næringsstoffer er oppfylt (Sortland et al., 2011c). De viktigste metodene for å få bedømt pasienten ernæringsstatus er ved hjelp av vekt, antropometriske målinger som BMI, biokjemiske data og kostintervju (Bye, 2010).

4.2 *Ernæring og kreftsyke*

Alle pasienter som får kreft har i utgangspunktet i risiko for å utvikle feil- eller underernæring. De fleste av pasientene vil før eller siden oppleve appetittløshet og vekttap, enten av sykdommen selv, bivirkninger, eller medikamenter. Det antydes at ca 25-30 % av alle kreftsyke dør som en konsekvens av avmagring, og ikke pga av sykdommen (Bye, 2010). Som regel settes fokuset på ernæring først når pasientene er avmagret, og metabolske forandringer kan da gjøre det vanskelig å ernære pasientene opp igjen. Underernæring fører til svekket allmenntilstand, øker risikoen for komplikasjoner, gjør pasientene slappe og påvirker immunsystemet negativt slik at en blir lettere mottakelig for infeksjoner (Bye, 2010). Underernæring kan altså få alvorlige konsekvenser for pasientens allmenntilstand og livskvalitet, og kan virke inn på flere organsystem. For eksempel kan hjerte og lever tape

opptil 30 % av sin størrelse pga underernæring. Underernæring gir også redusert muskelmengde og styrke, som igjen kan føre til økt falltendens og redusert bevegelighet.

Forskning har vist at underernæring virker negativt på kreftpasienter da det kan gi redusert effekt på cellegiften, livskvaliteten og forsterker bivirkninger (Tong et al., 2009). Det er viktig å ha fokus på ernæring i en tidlig fase av sykdommen, da det vises at underernærte pasienter har lengre opphold i sykehus, høyere dødelighet og høyere liggekostnader (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Slik jeg ser det så har tilstrekkelig ernæring stor betydning for hvordan kroppen takler cellegiften og de bivirkningene som fører med sykdommen og behandlingen (Tong et al., 2009).

5.0 SYKEPLEIESYN

5.1 Hensikten med en teori

Det som er hensikten med en teori i følge Dalland (2007) er at man kommer frem til en enklest og den nærmeste treffende beskrivelsen av virkeligheten. Han sier videre at teoriene sier ikke hvordan ting er, men at de representerer kunnskap så langt den er kommet. Det finnes ulike sykepleieteorier, som har forskjellige grunnlag og hovedfokus. Jeg skal i min oppgave ta for meg to sykepleieteoretikere som har skrevet om behovsteorier og omsorgsteorier, noe som jeg synes har relevans for oppgavens problemstilling.

5.2 Virginia Henderson

Virginia Henderson teori hevder at en av sykepleierens oppgaver er å hjelpe pasientene til å spise og drikke, eller skape forhold som gjør han i stand til å spise og drikke tilstrekkelig. Hennes teori innebærer at man som sykepleiere skal hjelpe pasienten eller sørge for at man skaper et forhold som bidrar til at pasienten klarer å utføre gjøremål. Virginia Hendersons definisjon av sykepleierens funksjon beskrives som:

... å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at hun/han gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Iflg. Kristoffersen & Jensen, 2010, s. 35).

Henderson har satt opp 14 komponenter (vedlegg 1) som hun mener inngår i generell sykepleie, og disse målene er sykepleierens sentrale gjøremål. Jeg skal ta for meg de komponentene som er relevant for oppgaven. De som jeg anser som relevant er punkt 2 og 3, siden de kan relateres til ernæringsstatusen til hver enkelt kreftpasient og deres behov. Punkt to går ut på at man som sykepleier skal "hjelpe pasienten å spise og drikke tilstrekkelig", og punkt tre at man skal "hjelpe pasienter med å få fjerne kroppens avfallsstoffer". Henderson gir eksempler på ulike tiltak man kan utføre for hvert punkt, men at man må ta initiativ selv, enten ved forordning fra lege eller andre helsepersonell. Henderson mener at sykepleien vil ikke bli god nok hvis en bare konsentrerer seg om de 14 komponentene. Hun mener derfor at en oppnår tilfredsstillende sykepleie hvis sykepleieren vurderer pasienten og hvordan ulike behov kan komme til uttrykk individuelt hos den enkelte (Iflg. Kristoffersen, 2010b). Hendersons teori fastslår at sykepleiere skal veilede og undervise pasienten slik at en sikrer pasientens ernærings situasjon, og de er de nærmeste til å hjelpe pasienten med matinntak. Sykepleieren må da ha kunnskaper om verdien av sunn kost, og være kreativ til å finne mat

pasienten liker (Iflg. Blix & Breivik, 2006). For oppgaven er det å hjelpe pasienten med å spise og drikke tilstrekkelig relevant siden kreftpasienter som gjennomgår cellegiftbehandling har ofte problemer med å innta mat og drikke pga bivirkninger og sykdommen selv. Det å få fjerne kroppens avfallsstoffer har betydning fordi obstipasjon oppstår hos mange av denne pasientgruppen.

Hendersons mener gjennom sine teorier at sykepleieren skal nærme seg pasienten med en logisk tilnærming til en løsning av pasientens problem, og den går ut på datasamling, bedømming, pasientproblem og tiltak. Det kan oppsummeres slik:

- ✓ **Datasamlingen** - skal ha utgangspunkt i de 14 punktene for å kartlegge pasientens behov for sykepleie.
- ✓ **Bedømming** – Sykepleieren skal ha nok kunnskaper til å bedømme behovene, slik at man kan se hvilke ressurser pasienten selv har.
- ✓ **Pasientproblem** – Sykepleieren må kartlegge årsaken til problemet, og om pasientens ressurssvikt skyldes manglende kunnskaper, krefter eller vilje.
- ✓ **Tiltak** – Hvis pasienten ikke klarer å dekke behovet sitt, enten pga svikt i kunnskaper, i krefter eller vilje må sykepleieren planlegge og iverksetter tiltak som kompenserer for den eventuelle ressurssvikten til pasienten, og sykepleieren arbeider da forebyggende og helsefremmende (Iflg. Kristoffersen, 2010b, ss. 36-37)

5.3 Florence Nightingale

Florence Nightingale ga ut den første sykepleierteori, og er blitt betegnet som den moderne sykepleierens mor. Hennes teori gikk blant annet ut på at vi som sykepleiere skal tilrettelegge miljøet til pasienten, ved at man påvirker eller fjerner negative miljøfaktorer. Spesielt var hun opptatt av de fysiske faktorene som påvirket miljøet rundt pasienten Nightingale var den første som viste at miljøet var viktig for pasientenes helse, og hun mente at det fysiske og psykososiale miljøet (pasientrom, lys, lyd, utstyr, luft, lukt, temperatur og mikroorganismer) faller under dette. Nightingale mente også at grunnleggende faktorer som luft og ernæring er viktige for at pasienten skal oppnå velvære. Nightingales teorier understreker betydningen av at sykepleieren må ta individuelle hensyn ettersom sykdommen opptrer individuelt hos den enkelte. Hun mente at sykepleierens viktigste oppgave var å forhindre alle forhold som kan ha negativ innvirkning på helbredelsesprosessen til pasienten (Iflg. Kristoffersen, 2010b).

6.0 LIVSKVALITET

Begrepet livskvalitet er et omfattende begrep som kan forstås og betraktes ulikt. Det er en subjektiv opplevelse, og referer til hvordan mennesker opplever eller vurderer kvaliteten på livet som helhet eller forskjellige sider ved livet. Sykdom kan påvirke livskvaliteten i negativ retning, men til tross for sykdom kan pasienter oppleve å ha god livskvalitet (Blix & Breivik, 2006). I følge Kaasa (2012) må den enkelte pasient selv definere hva han legger i begrepet, og sykepleieren må forholde seg til hva pasienten definerer. Bivirkninger av både sykdommen og behandlingen vil kunne påvirke hva pasienten opplever som god livskvalitet. Bivirkningene vil kunne gi tap av pasientens funksjoner, kontroll over livssituasjonen og negativt selvbilde (ibid). Livskvalitet beskrives i følge Nourissat et al. (2008) som:

Livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep som gjenspeiler pasientens fysiske kapasitet, deres emosjonelle, kognitive og sosiale funksjoner og tilstedeværelse av symptomer som følge av sykdommen eller av behandlingen (Ibid,2008, s. 1)

Begrepet livskvalitet kan også inneholde områder som ikke er helserelevante, så i følge Lis Ribu (2010) defineres begrepet livskvalitet som helserelevanter livskvalitet når en setter det i relasjon til helse, sykdom og behandling. Den helserelevante livskvaliteten er et multidimensjonalt begrep og inneholder både det fysiske, mentale og sosiale aspektet. Det finnes mange forskjellige tilnærminger på definisjoner av livskvalitet, og det er ulike aspekter satt sammen med begrepet. Jeg har valgt en definisjon hvor opplevelsen av sykdomsstatusen, og sykdommens og behandlingens påvirkning påvirker livskvaliteten. I kapittelet *Livskvalitet* av Lis Ribu (2010) defineres helserelevanter livskvalitet som:

Individets overordnede sammenfatning av positive og negative aspekter ved sitt psykiske, fysiske, sosiale og spirituelle velvære på et tidspunkt der helse, sykdom og behandling er relevant (2010, s. 51)

De fleste definisjoner av livskvalitet har fokus på de positive opplevelsene pasientene har, noe som igjen er viktig i sykepleien til pasientene med alvorlig kreftsykdom. Som sykepleiere er det viktig å huske på at mange av pasientene kan leve godt med kreftsykdommen og de bivirkningene den gir. Det er viktig at sykepleier og pasient setter livskvalitetsmål sammen. Målene kan brukes gjennom hele sykepleieprosessen, og de kan være et utgangspunkt for en dialog mellom sykepleier og pasient når tiltak skal iverksettes og evalueres (Ribu, 2010).

DRØFTING

7.0 CELLEGIFTPASIENTER OG LIVSKVALITET

7.1 *Hvordan kan pasienter under cellegiftbehandling oppleve reduksjon av livskvalitet?*

Når en pasient får en kreftdiagnose blir ofte livet snudd opp ned, og alt blir plutselig usikkert. Vil en leve eller kommer en til å dø? De fleste personer har styring over sitt eget liv, og ved en slik diagnose ligger plutselig alt i hendene til andre. Med kreft så blir ingenting en selvfølge lenger. En kreftsykdom er ikke noe man ønsker, og vi kan heller ikke velge den bort når den først har kommet. Sykdommen i seg selv, behandlingen og dens bivirkninger kan suge ut alle krefter og viljestyrke, og kan etterlate pasientene med en nedsatt kvalitet på livet (Lorentsen & Grov, 2010). For noen kan selve diagnosen gi nedsatt livskvalitet, for andre som takler den bra kan ernærings situasjonen gi dårligere livskvalitet over sikt. Dette kommer frem av Tong et al. (2009) som sier at det er vanlig å se vekttap og underernæring som en sekundærdiagnose hos pasienter med kreft, og for at pasienter i denne gruppen skal takle behandlingen og dens bivirkninger er det viktig at pasientene får i seg nok ernæring (Tong et al., 2009).

Jfr. Kapittel 7.0 så er livskvalitet er flerdimensjonalt begrep som gjenspeiler pasientens fysiske kapasitet, deres emosjonelle, kognitive og sosiale funksjoner og tilstedeværelse av symptomer som følge av sykdommen selv, og behandlingen. Når pasienter får kreft, så spiller mange faktorer inn for deres livskvalitet. Mange opplever redusert livskvalitet fordi de har mindre krefter til å utføre sosiale aktiviteter og daglige gjøremål (Thorsrud & Blomhoff, 2012). Mange får nedsatt funksjonsevne, som gjør at en blir fortere sliten, både fysisk og psykisk. Mange trekker seg ofte bort fra sosiale sammenhenger, både pga kvalme, obstipasjon, smerter, såre slimhinner, smaksforstyrrelser og hårtap. Biologiske og fysiologiske svar, som blodprøver og andre undersøkelser, kan gi nedsatt kvalitet på livet, hvis en får et annet svar enn man håper på. Mange av pasienter med kreft får også symptomer som tretthet, svakhet og en følelse av depresjon, som virker inn på livskvaliteten (Ribu, 2010). Det jeg har sett gjennom teori og forskning på dette området er at denne gruppen pasienter er en kompleks gruppe pasienter, som trenger mye sykepleie både psykisk og fysisk.

7.2 Hva viser forskning til sammenhengen mellom ernæring og livskvalitet?

I artikkelen til Nourissat et al. (2008) kom det frem at det er en sammenheng mellom nedsatt livskvalitet og vekttap hos pasienter som gjennomgår cellegiftbehandling. Vekttapet kan være pga lokalisering av svulst, sykdomsstadiet, type behandling, og hvilke bivirkninger de får av behandlingen. Eksempler på bivirkninger som kan være med på å endre ernæringsstatusen, som igjen kan føre til nedsatt livskvalitet kan være smerter, kvalme/oppkast, forstoppelse, munnsårhet og munntørrehet. I artikkelen ble også sammenhengen mellom vekttap og nedsatt livskvalitet belyst. Det ble belyst slik at de som ikke hadde vekttap ga høyere score for fysiske, funksjonelle, emosjonelle, kognitive og sosiale funksjoner. Pasientene hadde også mindre score på bivirkningene tretthet, kvalme, brekninger, smerte, dyspné, tap av appetitt, forstoppelse og diaré, enn de som hadde tapt vekt.

I artikkelen til Tong et al. (2009) viser det at til tross for utvikling av farmakologiske fremskritt i kreftbehandlingen, så fortsetter pasienter å ha bivirkninger som virker inn på ernæringen. Ett år etter oppstart av kjemoterapi så ble bivirkninger av cellegift assosiert med dårligere livskvalitet. Det ble understreket at det er viktig å identifisere bivirkninger tidlig, og at pasientene må få tilstrekkelig oppfølging og løpende arbeid for å forbedre livskvaliteten. Det kommer også frem i artikkelen at et tverrfaglig team bør komme inn tidlig, og pasientene bør ernæringscreenses ofte for å fremme optimal pleie.

Jeg ser en stor sammenheng mellom funnene i disse artiklene. Den første artikkelen viser til at pasientene fikk mindre bivirkninger dersom de ikke hadde tapt vekt, og den andre artikkelen viser til at bivirkningene til pasientene ble assosiert med dårligere kvalitet på livet etter 1 år. Slik jeg ser det så er viktigheten av å ta hver enkelt bivirkning og fokusere på dem, for å forbedre kvaliteten på livet. Det jeg ser er at ernæring bør legges større vekt på innen kreftomsorgen, da vekttap og underernæring har ingen positive følger for pasientene. Det eneste som skjer når pasientene ikke får den oppfølgingen de trenger, er for tidlig død, og flere, sterkere plager (Helsedirektoratet, 2009).

7.3 Mine opplevelser fra praksis og som pårørende til kreftpasienter med nedsatt livskvalitet

Det beste bildet jeg har av min pappa, var at han var en svært sosial mann som var veldig glad i øl og mat, og ønsket gjerne å spise sammen med andre. Han likte godt å være på hytta sammen med familien og venner. Etter han gikk bort prøver jeg å huske på de gode stundene da han ikke var syk. Etter pappa fikk diagnosen kreft, så begynte han å trekke seg bort fra

folk. Han ble veldig fort sliten, og unngikk at alle kom å spurte han ”hei, hvordan går det med deg?”. Han begynte å gå turer på kvelden, når det var få som kunne stoppe han på gaten.

Det var mye som plagde han, men matsituasjonen var den verste. Da vi som pårørende så at han raste ned i vekt, fikk vi han til å drikke helmelk, lagde suppe med fløte i og tilbydde han ernæringsdrikker, men ofte uten hell. Pappa hadde så mange plager som påvirket ernærings situasjonen hans, og med det så trakk han seg unna, og spiste ofte alene. Noen dager brukte han en time på å stå opp fra senga, for så å bruke to timer på en halv brødskive. Han sa at maten ikke var god lengre og at alt dette påvirket hans livskvalitet.

Pappa var inn og ut av sykehus med for lave blodverdier. Det ser jeg nå som en sammenheng mellom for lite ernæring og dermed for lav motstandskraft, som igjen ga han lavere livskvalitet. Pappa hadde nok energi til å tenke på seg selv, men for lite til familien og venner. Det preget han veldig ettersom han var en sosial mann. Det som påvirket hans kvalitet på livet mest var at han så inderlig ønsket å se sine barnebarn vokse opp, og følge meg over kirkegulvet den dagen jeg skulle gifte meg. Han ville virkelig leve.

I forhold til sykepleie så ble ernæringen aldri vektlagt når pappa var på sykehus. Han ble aldri veid, og ernæringsstatus ble aldri kartlagt.

Da jeg var i praksis i hjemmesykepleien møtte jeg en kreftsyk dame under cellegiftbehandling, som var hjemme på permisjon. Hun hadde gått ned fra 70 kg til 45 på kort tid. Damen kviet seg med å dra til legen eller sykehuset for å ta blodprøver, for da kunne folk se henne. Hjemmesykepleien hadde sagt seg villig til å hjelpe henne, uansett om hun bodde 5 minutter fra sykehuset og legekantor. Hun sa hun opplevde å ha det mye dårligere i hverdagen etter hun hadde gått ned så mye i vekt. Hun ønsket å ha mer energi til både barn og barnebarn, men all energien gikk til daglige gjøremål som å vaske seg selv, og lage seg mat. Hun synes ikke livet var verdt å leve lenger. Jeg gråt i bilen etter jeg var inne hos damen. Hun er den andre personen jeg har sett i samme situasjon som min pappa.

8.0 SYKEPLEIERENS STORE UTFORDRINGER I ARBEIDET MED PASIENTER SOM ER I CYTOSTATIKABEHANDLING

8.1 Identifisering av behovet for sykepleie med fokus på ernæring til pasienter som er i cytostatikabehandling.

Ernæring er et av menneskets grunnleggende behov, og har stor betydning for menneskets helsetilstand og livskvalitet. Når jeg som fremtidig sykepleier møter en pasient med kreft, er en kartlegging av ernæringsstatus et grunnlag for å vurdere om behovet for væske og ernæring er tilfredsstillende eller ikke (Blix & Breivik, 2006). Det er viktig at dette blir gjort, da flere undersøkelser tyder på at dette ofte finner sted for sent (Helsedirektoratet, 2009).

For å vurdere om underernæring, feilernæring eller overernæring er tilstede er det i følge Bjerkreim (2010) viktig at sykepleieren har tilstrekkelig med data. Dette kommer godt frem i et sitat av Florence Nightingale: "Observasjon, ikke kjemi, må bestemme sykedietten" (Iflg.Bjerkreim, 2010, s. 122).

Det er da viktig at sykepleieren har nok kunnskaper om hvordan en kartlegger ernæringsstatus. Som det kommer frem av mine egne erfaringer så ble ikke ernæringsstatus tatt tak i. Sykepleieren må kartlegge kost- og drikkevaner, observere appetitt, og benytte seg av gode kartleggingsverktøy som datasamlingsguider, ernæringsjournaler, matkort og kost- og drikkeregistrering (Stubberud et al., 2010). Ved at jeg som sykepleier går gjennom pasientens sykehistorie, kombinert med intervju, kliniske observasjoner og undersøkelser kan jeg også vurdere ernæringsstatus (Bjerkreim, 2010). Ernæringsstatusen kan da bli klassifisert som velernært, noe underernært eller alvorlig underernært (Oncolex, 2010).

Jeg som sykepleier kan også observere at pasienten ikke har tilstrekkelig ernæring ved at pasienten er slapp, trøtt, initiativløs, har nedsatt appetitt og lavt aktivitetsnivå. Jeg kan også observere vekten, hud, hår, negler, urin, slimhinner og avføring for å få viktig informasjon om pasientens ernæringsstatus (Bjerkreim, 2010).

Det er anbefalt av Helsedirektoratet (2009) at alle pasienter som legges inn på sykehus skal få vurdert sin ernæringsstatus. Dette anbefaler de å gjøre ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (Ibid., s. 8).

Det er viktig at en slik kartlegging blir gjort, for da kan man fange opp om pasienter er i en ernæringsmessig risiko, at ernæringsproblemet defineres og mulige årsaker kartlegges. På grunnlag av disse dataene kan det besluttes hvilke kostråd som er hensiktsmessige. Ernæringsbehandlingen skal være individuell, og en må ta hensyn til den enkeltes problem og ønsker. For de som kommer hjemmefra, og er i ernæringsmessig risiko, bør sykepleieren ta inn sosiale og økonomiske forhold i datasamlingen. Mange av pasientene bor alene, og for

mange kan det å lage middag og spise alene være svært ensomt (Thorsrud & Blomhoff, 2012).

Jeg synes det individuelle aspektet av ernæringsbehandling kommer godt frem i et sitat av en mann i 40-årene:

God helse det kommer an på kva du er, kor du bor, kva slags personlighet du har, på samfunnet rundt deg, men ikkje minst på den personen du er. Er du ein roleg person eller ein som like fart og spenning? Det finnes ikkje noen fellesnevner. Det som er bra for ein, kan ikkje hjelpe to tusen (Iflg. Kristoffersen, 2010a, s. 52).

I følge Helsedirektoratet (2009) så kan manglende kunnskaper, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus og –behov kan være en medvirkende faktor til at ernæringsstatus forringes ytterligere under et sykehusopphold.

Det at underernæring er et stort problem i sykehus gjør at helsepersonell og vi sykepleiere derfor må tilegne oss bedre kompetanse om ernæring. Ved hjelp av kunnskaper om kartlegging av individuell ernæringsstatus kan nettopp jeg som sykepleier lett identifisere behovet for sykepleie, og på denne måten kan jeg lett ha fokus på ernæring til pasienter som er i cytostatikabehandling (ibid).

8.2 Hva kan sykepleieren med fokus på ernæring gjøre for å forbedre livskvaliteten til denne pasientgruppen?

Hva kan sykepleiere gjøre for at cellegiftpasienter skal kunne opprettholde ernæringsstatus som bidrar til bedre livskvalitet? En av Hendersons komponenter (vedlegg 1) er at sykepleieren skal ”hjelp pasienten å spise og drikke tilstrekkelig”. For at jeg som sykepleier skal arbeide godt og tett sammen med pasienten er det viktig i følge Henderson at jeg skaper et forhold til pasienten som bidrar at han klarer å utføre gjøremål (Kristoffersen, 2010b). Det er viktig at jeg får frem pasientens opplevelse av sykdommen, dagliglivets utfordringer, pasientens livshistorie, sykdommens konsekvenser, og hvordan dette påvirker han både emosjonelt, kroppslig og sosialt. Det er også viktig at pasienten rapporterer hvordan ulike aspekter påvirker livskvaliteten hans. Hva pasienten rapporterer kan jeg som sykepleier anvende i sykepleieprosessen (kartlegging, mål, tiltak og evaluering) og for å kvalitetssikre praksis (Ribu, 2010). Sykepleieprosessen går igjen i Hendersons teori hvor hun sier at sykepleieren skal nærme seg pasienten med en logisk tilnærming til en løsning av pasientens problem, som går ut på datasamling, bedømming, pasientproblem og tiltak (Kristoffersen, 2010b).

I forhold til livskvalitet, kan livskvalitetsmål brukes gjennom hele sykepleierprosessen, og et slikt mål er et godt utgangspunkt for dialog mellom sykepleier og pasienten når tiltak skal iverksettes og evalueres. Ved at pasienten setter seg livskvalitetsmål kan det bidra til å identifisere problemområder som ikke er så synlig for sykepleieren (Ribu, 2010). Sykepleieren må sammen med pasienten sette seg realistiske mål, og disse må endres dersom sykdomstilstanden endres. (Bye, 2010)

En av mine oppgaver som sykepleier er å gi informasjon og råd til pasientene. I sammenheng med kreftpasienter er det viktig å gi råd og informasjon om ernæring og ernæringsproblematikken som kan følge med behandling og sykdommen. Dette kommer også frem i Hendersons tenkning hvor hun fastslår at man som sykepleier skal veilede og undervise pasienten slik at en sikrer hans ernærings situasjon, og at sykepleieren er den nærmeste til å hjelpe pasienten med matinntak (Blix & Breivik, 2006). Før råd gis ser jeg det særdeles viktig at jeg som sykepleier kartlegger ernæringsstatusen til pasienten, og hvilke behov han har, før jeg setter i gang tiltak. I følge Kreftforeningen (2012b) er det vanskelig og gi råd til pasientene da sykdommen og bivirkninger opptrer individuelt og at det ikke finnes allmenne råd.

Det jeg har sett som pårørende var at verken vi eller pappa fikk noe råd i forhold til ernæringen. De rådene vi hadde kom søsteren min (som er sykepleier) med.

Det er ikke lett for verken sykepleier eller pårørende å se og forstå pasientens problemer knyttet til ernæring, og hvordan dette påvirker pasientens livskvalitet. Det er da viktig at pasienten får informasjon at han må si ifra om problemene, og informere om hva han ønsker, og tåler og spise. Pasienten bør oppmuntres av sykepleieren til å delta aktivt i sin behandling (Kreftforeningen, 2012b). Vi som pårørende kunne ikke forstå pappa sine problemer, siden vi aldri har opplevd det. Vi prøvde så godt vi kunne med den kunnskapen vi hadde.

Siden målet med all kreftbehandling er å ødelegge ukontrollert cellevekst, er den rettet mot kreftcellene. Problemet med behandlingen er at også friske celler blir påvirket. For at nye friske celler skal bygges opp er det da viktig at kroppen får nok og riktig ernæring (Kreftforeningen, 2012b). I en behandlingsperiode med cytostatika er det viktig at sykepleieren har oversikt over at pasienten får dekket sitt behov for energi, proteiner, vitaminer og mineraler, og at kosten som gis, bør være energi- og næringstett og ha et høyt proteininnhold (Sortland, Steensæth, & Gjerstad, 2011b). Det å ha tilstrekkelig

ernæringsinnhold er som nevnt tidligere svært viktig. Hvis ikke kroppen får tilført nok energi bryter den ned sitt eget vev, og konsekvensen kan da bli underernæring. Som sykepleier bør man være obs på at en må øke kalori- og proteinmengden uten at en øker størrelsen på porsjonen. Man bør også unngå å gi pasienten yndlingsrettene sine, da han kan forbinde dette med sykdommen og de bivirkningene den gir (Sortland et al., 2011b).

Viktigheten av ernæring kommer frem av Stenling and Nortvedt (2011) som sier at pasientene kan opprettholde helse, velvære og menneskelige funksjoner ved at ernæring blir fokusert på tidlig nok. Videre sier de at en ernæringsstatus som er tilfredsstillende har betydning for sykdomsutvikling, behandling, rehabilitering og livskvalitet. Tong et al. (2009) bekrefter dette i sin studie, hvor han sier at rutiner med ernæringsvurdering, fokus på bivirkninger som virker på ernæringen og kartleggingsverktøy er tiltak som kan identifisere faktorer som kan påvirke pasientens allmenntilstand og livskvalitet (Ibid.).

8.3 Kan fokuset på ernæringsrelaterte bivirkninger av cellegift ha en virkning på livskvaliteten?

Ved kreft er det mange ulike årsaker som kan virke inn på livskvaliteten. Enten sykdomsprosessen, smerter eller bivirkning av behandling er ulike årsaker som kan føre til underernæring, som igjen blir opplevd som dårlig kvalitet på livet. Hvis pasientene har ernæringsrelaterte problemer i forhold til bivirkningene av cellegift, må sykepleieren ta tak i disse så fort de er oppstått (Lorentsen & Grov, 2010). For de pasientene som er i kurativ behandling, vil håpet om helbredelse overgå en midlertidig reduksjon av livskvalitet, men behandlingsperioden og dens bivirkninger kan likevel oppleves som svært vanskelig (Varre, 2010). Som nevnt tidligere er de vanligste bivirkninger av cellegift, som virker negativt på matinntaket: anoreksi, smaks og luktforandringer, aversjon mot enkelte matvarer, kvalme/oppkast, tidlig metthet, diaré, obstipasjon, mukositt, tørre/såre slimhinner, smerter, magekramper og oppblåsthet (Thorsrud & Blomhoff, 2012, s. 159). Et sitat hvor jeg synes beskrivelsen av kreftbehandling og deres plager kommer godt frem:

...Celler som forårsaker forråtnelse og død, men først ydmykende behandling og seigpining. (Tuft, 1986, Iflg. Kristoffersen, 2010a, s. 69)

Jeg ser det med stor viktighet at sykepleieren fokuserer på bivirkninger av cellegiften siden disse kan endre ernæringsstatusen, som igjen kan bidra til nedsatt livskvalitet. Dette bekreftes

også i artikkelen ”*The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcome in medical oncology patients*” av Tong et al. (2009) hvor de fastslår at selv etter 1 år med oppstart av cellegift opplevde 46 % av de 219 pasientene at bivirkninger hadde innvirkning på ernæringen, og ble assosiert med dårlig livskvalitet og ytelsesevne. Bivirkninger av cellegift kan være kortvarige eller langvarige, og i denne artikkelen viste det seg at de hadde betydning selv etter ett år. Artikkelen tilsier også at de pasientene som hadde varighet av kjemoterapi assosierte dette med flere bivirkninger. Artikkelen fastslår videre at det også er et behov for kontinuerlig behandling av bivirkninger under behandling av kjemoterapi (Ibid.). Dette viser at lindring av bivirkninger er viktig i forhold til å bedre livskvaliteten til pasienter i kjemoterapibehandling. Dette bekreftes også av Lorentsen & Grov (2010) som sier at livskvalitet har betydning for pasientens ernæringsstatus. I følge Slørdal (2008) er det vanskelig å evaluere bivirkninger og effekt av cellegiftbehandling, siden pasientene ofte har ulik behandlingstid, at det kombineres flere medikamenttyper, og at det ofte blir utviklet en cellulær resistens.

Ikke medikamentelle tiltak til bivirkninger av cytostatika er mange, en må være kreativ som sykepleier for å finne nye tiltak, og hvilke som fungerer er individuelt. Disse tiltakene vil jeg si er ”det lille ekstra” for pasienten. Dette kommer også frem i Nightingales teori (jfr. Kapittel 6.3) hvor hun sier at sykepleieren må ta individuelle hensyn siden sykdommen opptrer individuelt hos den enkelte. For eksempel ved matsservering bør lokket tas av før man kommer inn til pasienten slik at ikke matosen gjør pasienten kvalm eller mister appetitten. De ulike tiltak sykepleieren kan utføre ser jeg i sammenheng med Nightingales teori, hvor hun sier at en skal fjerne faktorer som kan påvirke pasienten negativt, og at det er viktig at man skaper en tillit til pasienten, og er der for hans behov.

I følge Tong et al. (2009) så er det blitt gjort lite forskning på emnet kjemoterapi, bivirkninger og livskvalitet etter at pasientene er ferdigbehandlet. De mener at det bør gjøres mer forskning på dette emnet for å utdype kunnskapen om ernæringens betydning (ibid).

Det jeg har sett som pårørende er at bivirkninger av cellegiften blir lite fokusert på i praksis. Hvis det var bivirkninger som kunne bedres medisinsk, slik som munnsopp, smerter, obstipasjon og kvalme ble dette tatt grep om, og medikamenter ble gitt. Andre bivirkninger som munnsårhet og munntørrehet ble lite fokusert på, og det ble heller ikke utført ikke-medikamentelle tiltak. Det virket som ikke pleierne på avdelingen hadde noe tid til hver pasient. De tiltakene jeg så ble utført, er mer generelle tiltak som også kan oppstå hos andre

pasientgrupper. Jeg mener at alle som får bivirkninger bør få individuell hjelp av sykepleieren for sine plager, og at sykepleieren må forske og tilegne seg ny kunnskap om det emnet.

8.4 *Hvordan kan godt tverrfaglig samarbeid bidra til bedre livskvalitet?*

Når pasienten er i en sammensatt situasjon, som med kreft, hvor det er flere aspekter enn selve kreftsykdommen en må ta hensyn til, så er ikke ren sykepleie godt nok. Som det kommer frem av yrkesetiske retningslinjer (2011) er det viktig at jeg som sykepleier vet når jeg overstiger mitt kompetanseområde og søker veiledning tverrfaglig i vanskelige situasjoner (ibid). Dette bekreftes også i Helsepersonelloven (1999), § 4 forsvarlighet, hvor det er fastslått at:

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvisne pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan... (Helse- og omsorgsdepartementet, 199, kapittel 2.).

I sammenhengen med fokuset på ernæring ser jeg som sykepleier at et samarbeid mellom lege, klinisk ernæringsfysiolog, kjøkkenpersonalet, sykepleier og hjelpepleier er viktig. Når en samarbeider på tvers med andre yrkesgrupper kalles det å arbeide tverrfaglig. I følge Kristoffersen & Jensen (2010) kan tverrfaglig samarbeid forklares som en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming til pasientens livssituasjon (2010, s. 214). Et slikt samarbeid ser jeg på som svært viktig. Helsedirektoratet (2009) sier det er et problem at ernæring ikke blir nok vektlagt og mange pasientgrupper får ikke den ernæringsbehandlingen de har behov for (ibid.). Mine erfaringer av kreftpasienter stemmer overens med det helsedirektoratet sier, da jeg har sett at ernæring ikke blir vektlagt. Forskning viser også til at et tverrfaglig samarbeid bør komme inn tidlig og at pasientene bør ernæringscreenses ofte for å fremme optimal pleie (Tong et al., 2009). Viktigheten av samarbeid med ernæringsfysiolog og kjøkkenpersonell bekreftes også av Sortland, Steensæth, and Gjerstad (2011c) som sier at sykepleieren bør arbeide tett med klinisk ernæringsfysiolog i utarbeidelse med en individuell ernæringsplan, og at et nært samarbeide med kjøkkenpersonalet er viktig (Ibid.,s. 293).

Når en jobber tverrfaglig er det viktig at alle har samme målsetning og setter tiltakene inn i en sammenheng som tar utgangspunkt i en felles forståelse av pasientens situasjon. Det er da viktig at sykepleieren er i stand til å se de pasientene som har behov for ett tverrfaglig samarbeid. Slik jeg ser det så er kreftpasienter i stor risiko for underernæring. Denne pasientgruppen har et svært stort behov for et tverrfaglig samarbeid. Dette siden de er i en

sammensatt komplisert situasjon som preges av både cellegiften, sykdommen selv, og de bivirkningene det gir (Kristoffersen & Jensen, 2010). I et tverrfaglig samarbeid så er livskvalitetsmål viktig. Grunnen til dette er når flere yrkesgrupper bruker samme mål i sine virksomheter, så vil disse målene være et viktig bidrag i det tverrfaglige samarbeidet, og det er viktig at pasienten er aktiv gjennom hele behandlingen. Et slikt samarbeid er viktig for å oppnå best mulig resultat av behandlingen, samt oppnå best mulig livskvalitet for pasientene (Thorsrud & Blomhoff, 2012).

I et slikt tverrfaglig team ser jeg det som mål å forebygge/behandle underernæring, forbedre allmenntilstanden slik at en fremmer effekten av cellegiften, redusere bivirkninger, styrke immunforsvaret og bedre livskvaliteten til pasientene.

For at et slikt tverrfaglig team skal fungere må pasienten også være delaktig og godta den hjelpen han får. Samspillet mellom kropp, sjel og samspillet med miljøet likestilles i en slik prosess og anses derfor like avgjørende for pasientens helse (Kristoffersen, 2010a). Dette mener jeg beskrives godt i Florence Nightingales definisjon på helse:

Helse er ikke bare å føle seg vel, men også å gjøre gode bruk av alle de ressurser som en måtte ha (Iflg. Kristoffersen, 2010a, s. 34).

Erfaringsmessig er det svært lang kø for å få ernæringsfysiolog ved sykehus. Legen hadde henvist pappa til ernæringsfysiolog da han fikk diagnosen kreft. Pappaen min fikk brev om at han fikk innvilget ernæringsfysiolog 1 år etter henvisningen. Noe som var tre dager etter hans død. Når det er så mange som får kreft hvert år, og når det er allmenkjent at mange vil lide av underernæring, så burde kanskje sykehusene ha fått flere stillinger som ernæringsfysiolog? Siden pappa var i en palliativ fase så fikk han smertestillende når han ba om det, og legen skrev ut kvalmestillende til han. Da han var på sykehuset, så kunne ikke sykepleierne gi noe mer smertestillende og kvalmestillende enn det som var forordnet i journalen til pappa. Hvis han syntes det var for lite, så tok sykepleieren dette opp når det var legevisitt. Det jeg vil frem til er at sykepleieren og legen hadde godt samarbeid med pappa. Hadde kanskje ernæringsfysiologen vært inne i bildet hadde han kanskje hatt bedre livskvalitet enn han hadde. Dette bekreftes i artikkelen til Tong et al. (2009) hvor i følge dem hadde bare halvparten av pasientene som ble intervjuet vært til en kostholdsekspert. Artikkelen tilsier også at pasienter som har vært til ernæringsfysiolog hadde mindre vekttap og bedre livskvalitet. De anbefaler også at videre forskning bør undersøke hvorfor pasienter som opplever ernæringsrelaterte bivirkninger ikke får time til kostholdsekspert. Det jeg har

opplevd som pårørende bekreftes også av Helsedirektoratet (2009). I følge dem har det blitt gjort en undersøkelse blant sykepleiere, leger og kliniskernæringsfysiologer i Norge, Sverige og Danmark. Undersøkelsen viste at Norge var den dårligste på ernæringspraksis i sykehus, og at pasientene ble veid sjeldnere, næringsinntaket hos pasienter i risikozonen ble sjelden registrert, og at det mangler ofte en ernæringsplan (Ibid., s. 12).

8.5 Viktigheten av god dokumentasjon i tverrfaglig arbeid

Alle helsepersonell er understyrt av Helsepersonelloven (1999). I loven fastslås det at de som yter helsehjelp skal føre journal, og at innholdet skal være relevant og at nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen skal være dokumentert (Ibid.). Jeg mener god dokumentasjon er særdeles viktig i et tverrfaglig samarbeid. At sykepleieren har gode rutiner for å kontrollere vekt, måle BMI og dokumentere alle gjøremål er nødvendige tiltak for å forebygge underernæring (Sjøen & Thoresen, 2012). Det jeg har lært i praksis er at det som ikke er dokumentert, ikke er gjort. Så jeg ser det svært viktig at sykepleieren dokumenterer det ernæringsmessige som vekt og BMI slik at de andre aktørene i det tverrfaglige teamet kan holde seg oppdatert om pasientens status. Hva sykepleieren dokumenterer, skal i følge Dahl, Heggdal, & Standal (2010) tydeliggjøre hva sykepleieren gjør av behandling, lindring av lidelse, styrking av mestring og/eller tiltak som fremmer pasientens livskvalitet (Ibid., s. 100). Resten av aktørene i teamet må også dokumentere hva de har utført (Helsedirektoratet, 2009).

Florence Nightingale tok allerede på midten av 1800-tallet opp hvor viktig det er med objektive observasjoner, moralske plikter og praktiske retningslinjer for å sikre kontinuitet og kvalitet i pleien. Florence Nightingale tenkning har hatt stor innvirkning på sykepleiedokumentasjon, hvor riktig bruk av dokumentasjonssystemet er med på å kvalitetssikre tiltakene til hver pasient. Nightingale mente at de praktiske hendelsesforløp, de objektive observasjoner og ordinasjoner var sykepleierens ansvarsområde, og skulle dokumenteres.

Virginia Henderson har også hatt stor virkning på sykepleiedokumentasjonen, som hun har påvirket i mange land. Hennes behovstenkning med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov beskriver dagens ansvarsområde for sykepleierne. De behovs- og funksjonsområdene som hun nedfelte i de første pleieplanene brukes i dagens dokumentasjonssystemer (Dahl et al., 2010).

I følge Helsedirektoratet (2009) så er ”dokumentasjon om ernæringsstatus en nødvendig del av et klinisk undersøkelses og behandlingstilbud” (2009, s. 8). Videre sier helsedirektoratet at dokumentasjon om ernæringsstatus og – behandling skal dokumenteres, og når pasienten drar hjem eller til sykehjem, så skal denne dokumentasjonen videreføres til neste omsorgsledd (Ibid., s. 9). De anbefaler at dokumentasjonen bør inneholde ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Tiltakene bør også evalueres ukentlig i sykehus, dette også sammen med pasienten.

I følge dem har det blitt gjort en undersøkelse av eldre underernærte innlagt i sykehus på medisinsk avdeling. Ved utskrivelse så hadde ingen av pasientene fått dokumentert ernæringsstatus i epikrisen, enda de var underernært ved innkomst (Ibid.).

Som det kommer frem av Helsedirektoratet (2009) finnes det flere ulike enkle verktøy for å bedømme pasienters ernæringsstatus. Jeg har funnet et skjema (se vedlegg 3) som heter SGA (Subjective Global Assessment) som jeg ser på som skreddersydd for å vurdere ernæringsstatusen til kreftpasienter, samt for å få dokumentasjon på tverrfaglig plan. Denne er utarbeidet av kreftavdelingen i Trondheim. Slik jeg ser det så er dette et perfekt verktøy som vil fremme et tverrfaglig samarbeid rundt pasientens ernæringsstatus. Gjennom dette får pasienten et individuelt opplegg som kan fremme pasienten sin ernæring, og som igjen vil kunne påvirke pasientens livskvalitet til det bedre, da ulike problemer til en hver tid vil kunne bli fanget opp (ibid).

9.0 AVSLUTNING

Siden det blir registrert nye tilfeller av kreft i Norge hvert år, og at vekttap er en vanlig sekundærdiagnose hos kreftpasienter så bør sykepleier ha god fokus på ernæring. Dette for å gi en helhetlig pleie og omsorg til pasienter som blant annet gjennomgår cytostatikabehandling. Forskning viser at mange av pasienter med vekttap opplever å ha dårligere livskvalitet. Sykepleieren kan da iverksette mange tiltak med fokus på ernæring som kan være til hjelp for å opprettholde eller bedre livskvaliteten til pasientene i cellegiftbehandling. Et hovedpunkt for at sykepleieren skal kunne hjelpe denne pasientgruppen er at en har nok kunnskaper, slik at han kan veilede og gi råd til pasientene.

Det finnes ikke noe konkret svar på hvordan en kan opprettholde ernæringsstatusen til pasienter i kjemoterapibehandling, men det kan fastslås, ut fra forskning og teori, at med nok fokus på ernæring så følger bedre livskvalitet, bedre motstandskraft, bedre allmenntilstand og mindre plagsomme bivirkninger.

Det som kommer frem i drøftingen er at det er mange bivirkninger som følger med cytostatika. Det er viktig at sykepleieren fokuserer på disse, da bivirkninger har blitt assosiert med dårligere kvalitet på livet. Tilpasset kost, kvalmestillende medikamenter, ernæringsveiledning viser seg å være tiltak som kan hjelpe på i arbeidet for bedre livskvalitet. Det kommer også frem at et godt tverrfaglig samarbeid bør komme inn så fort som mulig for alle som får diagnostisert kreft. Viktigheten av et tverrfaglig samarbeid kommer godt frem i litteraturen, men ved noen sykehus er ventetiden for lang til at alle får tilbudet. Dokumentasjonen spiller også en stor rolle, da det er kjent i praksis at det som ikke er dokumentert, er ikke gjort.

Det finnes mye forskning og teori om kreft, ernæring og livskvalitet. Det er et allment kjent problem at pasienter får mye bivirkninger, lavere livskvalitet og ofte vekttap. Forskning tilsier at dette temaet bør forskes mer på, og kunnskapen om ernæringens betydning i forhold til livskvalitet og motstandskraft bør bli mer utbredt hos dagens sykepleiere. Jeg føler at min kunnskap har økt gjennom denne oppgaven, og at jeg som sykepleier må heletiden øke min kunnskap, samt hvor viktig en ernæringsstatus er. Jeg skal i framtiden ha fokus på ernæring og livskvalitet i møtet med kreftpasienter slik at jeg kan forsøke å sikre eller bedre livskvaliteten til andre pasienter med kreft.

LITTERATURLISTE

PENSUMLITTERATUR

- Blix, Ellen Støre, & Breivik, Solveig. (2006). *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforl.
- Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Helsepersonelloven*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, Retrieved from <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>.
- Kristoffersen, Nina Jahren. (2010b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie bind 4* (pp. 13-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, Vibeke Bruun, & Grov, Ellen Karine. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. In H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Eds.), *Klinisk sykepleie 2* (pp. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nourissat, A., Vasson, M. P., Merrouche, Y., Bouteloup, C., Goutte, M., Mille, D., . . . Chauvin, F. (2008). Relationship between nutritional status and quality of life in patients with cancer. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 44(9), 1238-1242.
- Sjøen, Rolf Jarl, & Thoresen, Lene. (2012b). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

SELVVALGT LITTERATUR

- Bjerkreim, Torhild. (2010). Væske og ernæring. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie bind 2* (pp. 139,140,154,155). Oslo: Gyldendal akademisk. (4 sider)
- Bye, Asta. (2010). Ernæring. In A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Eds.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (ss. 214-233). Oslo: Akribe. (19 sider)
- Bøhn, Mona. (2000). *Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienter: motivasjon og livsmot på veien videre*. Oslo: Kommuneforl. (1 side, sitat)
- Dahl, Kari, Heggdal, Kristin, & Standal, Sølvi. (2010). Sykepleiedokumentasjon. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie bind 4* (pp. 100-148). Oslo: Gyldendal akademisk. (48 sider)
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>. (19.02.13). (75 sider)
- Kaasa, Stein. (2012). Palliativ behandling/medisin. In R. Kåresen, E. Wist & A. Reppe (Eds.), *Kreftsykdommer : en basisbok for helsepersonell* (pp. 102-113). Oslo: Gyldendal akademisk. (11 sider)
- Knobloch, May-Britt. (2012). Cellegift. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/> (21.02.13). (1 side)
- Kreftforeningen. (2012a). Hva er kreft? Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Temaer/Hva%20er%20kreft.pdf> (11.02.13) (4 sider)
- Kreftforeningen. (2012b). Matlyst og smak. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Temaer/Matlyst%20og%20smak%20-%20kostr%20til%20kreftpasienter.pdf> (11.02.13) (27 sider)
- Kreftregistret. (2012). 28271 tilfeller av kreft i 2010. Hentet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Cancer-in-Norway-2010/> (25.01.13) (1 side)
- Kristoffersen, Nina Jahren. (2010a). Helse og sykdom. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (pp. 28-77). Oslo: Gyldendal akademisk. (49 sider)
- Kristoffersen, Nina Jahren, & Jensen, Kari Ottvik. (2010). Sykepleier i organisasjon og samfunn. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie bind 4* (pp. 184-235). Oslo: Gyldendal akademisk. (51 sider)
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hentet fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (10.04.13) (46 sider)
- Oncolex. (2010). Ernæring. Hentet fra: <http://www.oncolex.no/no/Hud/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Stottebehandling/ernering%20generell?lg=procedure> (10.04.13) (1 side)
- Ribu, Lis. (2010). Livskvalitet. In A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Eds.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (pp. 48-71). Oslo: Akribe. (24 sider)
- Slørdal, L. (2008). Legemidler ved kreftsykdommer. In O. Spigset & H. M. E. Nordeng (Eds.), *Legemidler og bruken av dem* (pp. 157-166). Oslo: Gyldendal akademisk. (9 sider)

- Sortland, Kjersti, Steensæth, Yngve, & Gjerstad, Ragnhild. (2011a). Energi og energibehov. In K. Sortland, Y. Steensæth & R. Gjerstad (Eds.), *Ernæring - mer enn mat og drikke* (pp. 25-36). Bergen: Fagbokforl. (11 sider)
- Sortland, Kjersti, Steensæth, Yngve, & Gjerstad, Ragnhild. (2011b). Kosthold ved livsstilssykdommer. In K. Sortland, Y. Steensæth & R. Gjerstad (Eds.), *Ernæring - mer enn mat og drikke* (pp. 253-306). Bergen: Fagbokforl. (53 sider)
- Sortland, Kjersti, Steensæth, Yngve, & Gjerstad, Ragnhild. (2011c). Når næringsinntaket blir for lite In K. Sortland, Y. Steensæth & R. Gjerstad (Eds.), *Ernæring - mer enn mat og drikke* (pp. 215-252). Bergen: Fagbokforl. (37 sider)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Når matinntaket blir for lite*. Oslo: Helsedirektoratet / Nasjonalt råd for ernæring. hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nar-matintaket-blir-for-lite/Publikasjoner/nar-matintaket-blir-for-lite.pdf> (05.03.13). (72 sider).
- Stenling, Ellen M., & Nortvedt, Monica W. (2011). Effects of nutritional guidance to cancer patients. [Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft]. *Sykepleien Forskning*, 6(3), 222-228. (6 sider)
- Store norske leksikon. (Ed.) (2005-2007) Store norske leksikon. Hentet fra: <http://snl.no/bivirkning> (11.02.13). (1 side)
- Stubberud, Dag-Gunnar, Almås, Hallbjørg, & Kondrup, Jens. (2010). Ernæring ved sykdom. In H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Eds.), *Klinisk sykepleie 2* (pp. 477-505). Oslo: Gyldendal akademisk. (28 sider)
- Thorsrud, Hege, & Blomhoff, Rune. (2012). Ernæringsbehandling av kreftpasienter. In R. Kåresen, E. Wist & A. Reppe (Eds.), *Kreftsykdommer : en basisbok for helsepersonell* (pp. 154-163). Oslo: Gyldendal akademisk. (9 sider)
- Tong, H., Isenring, E., & Yates, P. (2009). The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcomes in medical oncology patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 83-90. (7 sider)
- Varre, Pernille. (2010). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. In A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Eds.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (pp. 161-173). Oslo: Akribe. (12 sider).

= 617 sider selvvalgt litteratur.

VEDLEGG 1

Virginia Hendersons har 14 grunnleggende sykepleieprinsipper som er knyttet til grunnleggende menneskelige behov, og de utgjør i følge henne sykepleierens mest sentrale gjøremål. De 14 prinsippene går ut på at sykepleieren skal hjelpe pasienten med, eller skape forhold som vil sette pasienten selv i stand til å utføre, følgende gjøremål:

- 1. å puste normalt**
- 2. å spise og drikke tilstrekkelig**
- 3. å få fjernet kroppens avfallsstoffer**
- 4. å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling**
- 5. å sove og hvile**
- 6. å velge passende klær og sko, og kle av og på seg**
- 7. å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur**
- 8. å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet**
- 9. å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre**
- 10. å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser**
- 11. å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett**
- 12. å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe (produktiv sysselsetting)**
- 13. å finne underholdning og fritidssysler**
- 14. å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling**

(Iflg. Kristoffersen & Jensen, 2010, p. 36)

VEDLEGG 2

SWEMED+					
Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Antall valgte
Mars 13	Cancer	7513	0	0	0
Mars 13	Nutrition	2340	0	0	0
Mars 13	Chemotherapy	5546	0	0	0
Mars 13	Cancer AND nutrition AND chemotherapy	6	0	0	0
Mars 13	Quality of life	2396	0	0	0
Mars 13	Cancer AND quality of life	230	0	0	0
Mars 13	Chemotherapy AND quality of life	86	0	0	0
Mars 13	Cancer AND livskvalitet NOT palliative AND sjukvård	8	2	0	0

THE COCHRANE LIBRARY					
Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Antall valgte
Mars 13	Cancer	702	0	0	0
Mars 13	Nutrition	143	0	0	0
Mars 13	Chemotherapy	351	0	0	0
Mars 13	Chemotherapy AND nutrition problems	4	1	1	0
Mars 13	Chemotherapy AND quality of life	135	0	0	0
Mars 13	Quality of life AND cancer AND treatment	213	0	0	0
Mars 13	Quality of life AND cancer AND treatment NOT palliative.	12	2	1	0

PROQUEST					
Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Antall valgte
Mars 13	Nutritional needs for chemotherapy patients	5475	1	0	0
Mars 13	Nutritional status AND chemotherapy AND nausea	36	2	2	1

PUBMED					
Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Antall valgte
Mars 13	Malnutrition AND quality of life AND cancer	21	4	1	0

VEDLEGG 3

Hentet fra Helsedirektoratet (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av undererering.

SGA for ERNÆRINGSSTATUS

Denne siden kan fylles ut av pasient eller pårørende

Navn:

Fyllt ut dato:

Matinntak

Sammenliknet med ditt normale, har matinntaket ditt siste måneden vært

- uendret
- mer enn vanlig
- mindre enn vanlig

Hvis mindre

- små mengder vanlig mat
- for det meste supper og drikker
- veldig lite eller ingen ting
- sondeernæring eller intravenøs ernæring

Fysisk kapasitet

Den siste måneden vil jeg beskrive aktiviteten min som

- normal, ingen begrensninger
- ikke normal, men er oppe og har noen aktiviteter
- sitter for det meste i stol
- tilbringer det meste av tiden i senga
- fullt sengeliggende

Symptomer

De siste ukene har jeg hatt følgende problem som har hindret meg fra å spise tilstrekkelig (flere enn ett kryss hvis aktuelt)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ingen problem | <input type="checkbox"/> sår i munnen | <input type="checkbox"/> kvalme |
| <input type="checkbox"/> liten appetitt | <input type="checkbox"/> munntørrehet | <input type="checkbox"/> oppkast |
| <input type="checkbox"/> diaré | <input type="checkbox"/> spiser alene | |
| <input type="checkbox"/> forstoppelse | <input type="checkbox"/> maten smaker annerledes | |
| <input type="checkbox"/> smerter | <input type="checkbox"/> annet _____ | |

Vektendringer

Høyde: cm Vekt: kg

Har du hatt ufrivillig vekttap? ja nei Om ja, hvor mye kg

Tidligere normalvekt: kg På hvor lang tid? mnd

De siste 2 ukene har vekten min:

- vært stabil
- økt
- minsket
- vet ikke

Denne siden fylles ut av lege, sykepleier eller klinisk ernæringsfysiolog

Diagnose _____

Metabolsk påvirkning _____ (0-3)

0 = ingen,
1 = litt
2 = en del
3 = svært mye

(Med metabolsk påvirkning menes eventuelt feber, infeksjon, kjent økning i CRP)

Fysisk påvirkning

Deklive ødem _____ (0-3)

Tap av underhudsfett _____ (0-3)

Pleuravæske _____ (0-3)

Tap av muskelmasse _____ (0-3)

Ascites _____ (0-3)

(Deklive ødem; i føtter/ankler hos oppegående pasienter, over hofte/bak hos sengeliggende pasienter. Ascitesvæske kan utgjøre mange kilo og derfor maskere eventuelt vekttap.)

(Tap av underhudsfett og muskelmasse inspiseres på muskelgrupper og hudområder der det faller naturlig å undersøke i løpet av konsultasjonen. Hender og ansikt kan inspiseres uten at pasienten behøver å kle av seg. 1-3 brukes ved grader av synlig tap. 3 innebærer at pasienten er betydelig avmagret. Vurderingen er subjektiv.)

Vurdering av ernæringstilstanden (ring rundt)

A - Velernært

Pasienten har ikke hatt vekttap, har ingen ernæringsrelaterte symptomer, normal kroppsbygning, ingen tegn til underernæring, velges også når pasienten har hatt noe vekttap, men er i positiv energibalanse og har god symptomkontroll

B - Noe/mistenkt underernært

Velges når pasienten har hatt vekttap og ikke oppnådd stabilisering/økning i vekt, har sikkert redusert matinntak og ernæringsrelaterte symptomer, noe tap av fettvev og muskelmasse, men har normal KMI. KMI >20 for alder opp til 65 år, KMI > 24 for alder over 65 år

C - Alvorlig underernært

Pasienten har hatt alvorlig vekttap. Synlig tap av fettvev og muskelmasse, kan ofte ha ødemer. KMI er vanligvis < 20, (<24 for alder over 65 år)

Vurdering av vekttap

Tid	Alvorlig vekttap (%)
1 uke	> 2
1 mnd.	> 5
3 mnd.	> 7,5
6 mnd.	> 10

% vekttap beregnes slik:

$$\frac{\text{vekttap i kg} \times 100\%}{\text{tidligere vekt}}$$

Vurdering av KMI

$$\text{KMI} = \frac{\text{Vekt (kg)}}{\text{høyde}^2 (\text{m}^2)}$$

Høyde	8	9	9	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24
1,92	8	9	9	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24
1,90	8	9	9	10	11	11	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25
1,88	8	9	10	10	11	11	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25
1,86	9	9	10	10	11	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25
1,84	9	9	10	11	11	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26
1,82	9	10	10	11	11	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	27
1,80	9	10	10	11	12	12	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	27	28
1,78	9	10	11	11	12	13	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	27	28	28
1,76	10	10	11	12	12	13	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	26	27	28	29
1,74	10	11	11	12	13	13	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30
1,72	10	11	11	12	13	14	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30
1,70	10	11	12	12	13	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	31
1,68	11	11	12	13	13	14	16	16	17	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	23	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32
1,66	11	12	12	13	14	15	16	17	17	18	19	20	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	
1,64	11	12	13	13	14	15	15	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	25	26	27	28	28	29	30	30	31	32	33	33	
1,62	11	12	13	14	14	15	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	
1,60	12	13	13	14	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	35	
1,58	12	13	14	14	15	16	18	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	34	35	36	
1,56	12	13	14	15	16	16	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	
1,54	13	13	14	15	16	17	19	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	
1,52	13	14	15	16	16	17	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	
	30	32	34	36	38	40	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	kg

Overvekt KMI = > 25

Normalvekt KMI = 20-25

Undervekt KMI = < 20

13.november 2001

Seksjon lindrende behandling
Kreftavdelingen
Regionskehuset i Trondheim

Klinisk ernæringsfysiolog
Lene Thoresen