



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

Bacheloroppgave SYK 180H

Dato: 11.04.14

Kandidatnummer: 161 og 170

Antall ord: 8856

Antall sider: 40

Selvvalgt pensum: 367

*”Hva kan sykepleiere bidra med for å forebygge underernæring hos voksne kreftpasienter som gjennomgår cellegiftsbehandling på sykehus?”*

*”Å spise krever ingen anstrengelse for et menneske med appetitt.”*

- Virginia Henderson



## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	3
1.1 Tema.....	4
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Begrensning og presisering av problemstillingen.....	4
1.4 Avgrensninger av problemstillingen.....	5
1.5 Hensikten med oppgaven.....	5
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	6
2.0 Metode .....	6
2.1 Metodevalg med begrunnelse.....	6
2.2 Litteraturstudie.....	7
2.3 Litteratursøk.....	7
2.4 Kildekritikk.....	8
2.5 Ethiske overveielser.....	9
3.0 Analyse av artiklene.....	10
3.1 Funn.....	10
4.0 Teori.....	11
4.1 Hva er kreft?.....	11
4.2 Hva er cellegift?.....	11
4.3 Utfordringer ved cellegift.....	12
4.3.1 Nedsatt matlyst.....	13
4.3.2 Kvalme.....	14
4.3.3 Obstipasjon.....	14
4.3.4 Diaré.....	15
4.3.5 Plager i munn og svelg.....	16
4.3.6 Smaksforandringer.....	17
4.4 Konsekvenser ved underernæring.....	17
4.5 Den psykiske betydningen av mat.....	18
4.6 Virginia Hendersons omsorgsteori.....	19

4.6.1 Henderson om menneskets grunnleggende behov.....	19
5.0 Drøfting.....	21
5.1 Bruken av screeningskjema og dokumentasjon.....	21
5.2 Veiledning og råd.....	24
5.2.1 Næringstilskudd.....	26
5.2.2 Næringstett mat.....	27
5.2.3 Kvalme.....	28
5.2.4 Obstipasjon.....	28
5.2.5 Diaré.....	29
5.2.6 Plager i munn og svelg.....	29
5.2.7 Smaksforandringer.....	29
5.3 Evaluering av tiltakene.....	30
6.0 Konklusjon.....	30
7.0 Litteraturliste.....	31
7.1 Selvvalgt litteratur.....	31
7.1.2 Artikler.....	32
7.1.3 Internettadresser.....	32
8.0 Vedlegg 1-Artikkelmatrise.....	33
8.1 Vedlegg 2- Virginia Hendersons 14 punkter.....	39
8.2 Vedlegg 3- Oppskrifter på næringsdrikker.....	40

## 1.0 Innledning

*SØSTER, DU VA MED*

*DU HOLDT MÆ LEVENDE*

*DU – SOM MED VILJEBLIKK*

*ALDRI SLAPP DET ANSVARET DU FIKK*

*DU HAR VÆRT MED Å SÅ*

*SUNNHETSFRØ OG HJERTEHÅP*

*NÆRE SPIRA, GJØR DEN STOR*

*TRYGGE HENDER, TRYGGE ORD*

*DU SÅ, DU VISST AT Æ TRENGT Å FORSTÅ*

*EN SOM VA DER OG TOK VARE PÅ*

*MÆ, SOM VIRKELIG SÅ MÆ*

*DU, INGEN Å INGEN MEN DU*

*GJENNOM SKYA OG HIMMEL OG SOLA SOM SNUR*

*VA DU DEN SOM GA HJERTET TRU*

- Esther Buchmann

(Gjengitt med tillatelse fra forfatter)

## 1.1 Tema

Kreftpasienter som gjennomgår cellegiftbehandling vil på grunn av bivirkninger møte store utfordringer når det kommer til ernæring. *”Medikamentell behandling og strålebehandling kan gi bivirkninger som påvirker appetitt, matinntak og ernæringsstatus”* (Nortvedt og Stenling, 2011:2). De vil stå i fare for underernæring og det er der vi som sykepleiere må møte pasienten for å forebygge i et tidlig stadium. Ut i fra egne erfaringer er det ikke lagt like stor vekt på hvordan sykepleiere kan forhindre underernæring hos kreftpasienter i vanlige avdelinger på sykehuset. Man ser at ofte at tiltak blir iverksatt når underernæringen er et faktum.

## 1.2 Problemstilling

*”Hva kan sykepleiere bidra med for å forebygge underernæring hos voksne kreftpasienter som gjennomgår cellegiftbehandling på sykehus?”*

## 1.3 Presisering av problemstillingen

Hva kan sykepleiere bidra med til denne gruppen pasienter? Som sykepleier har man en helsefremmende funksjon. Det finnes mange ulike tiltak som man kan iverksette for å lindre pasientens plager, eller forebygge plager som kan oppstå. Herunder vil vi vektlegge sykepleierens funksjon som veileder i forhold til kost og ernæring, og hvordan vi kan forebygge underernæring på et tidlig stadium. Vi vil også ta for oss hvilke tiltak man kan iverksette for å lindre bivirkninger som kan forekomme under cellegiftbehandling og som påvirker pasientens muligheter for god ernæring. Sykepleieren kan i gjennom ernæringsveiledning og oppfølging sørge for at pasienten har kunnskaper om hvordan han kan ivareta sin ernæringsstatus på best mulig måte.

Med underernæring menes det vekttap som følge av redusert matlyst, bivirkninger av cellegiften og selve sykdommen.

Cellegiftbehandling er en medikamentell kreftbehandling som brukes for å ødelegge tumoren. Cellegift blir ofte gitt sammen med kirurgi og/ eller strålebehandling (Almås, Stubberud, Grønseth, 2010).

#### 1.4 Avgrensning av problemstillingen

Vi har valgt å begrense oss til voksne pasienter som gjennomgår cellegiftsbehandling på sykehus. Pasientene er i kurativ fase. Grunnen til at vi ekskluderer barn i denne oppgaven er at barn og unge opplever for eksempel kvalme på en annen måte. Vi har valgt å legge vekt på forebygging av underernæring når pasienter undergår cellegiftsbehandling.

Pasienter som har problemer med ernæring på grunn av tumor i for eksempel hals er ikke inkludert i vår oppgave, i slike tilfeller vil det være relevant å skrive om ernæring på en annen måte fordi man da støter på andre problemer i forhold til ernæringsproblematikk.

Vi har valgt å ikke skrive om medikamentelle tiltak da dette er noe som legene forordner når de stiller diagnoser og ser på eventuelle bivirkninger. Vi vil kort nevne noe om kvalmestillende medikamenter i avsnittet om kvalme og lakserende midler i avsnittet om obstipasjon.

#### 1.5 Hensikten med oppgaven

Vi ønsker å sette fokus på problemet rundt underernæring og cellegiftbehandling da kreft er en utbredt sykdom i økende omfang: *”2011 fikk 29 907 nordmenn en kreftdiagnose. Av disse var det 13 718 kvinner og 16 189 menn. Kreft rammer alle aldersgrupper men risikoen øker med alder. Av antall nye tilfeller, er omtrent 85 prosent av kvinnene og nesten 90 prosent av mennene i aldersgruppen over 50 år. Omtrent halvparten av alle nye tilfeller oppstår etter fylte 70 år”*(Kreftforeningen, 2014). *”Veldig mange kreftpasienter går ned i vekt som følge av sykdommen og/eller behandlingen de går igjennom. Vekttap og underernæring forekommer hos 30–90 % av kreftpasientene, avhengig av type, lokalisasjon og hvor langt kreftsykdommen har kommet”*(Borchsenius, 2007).

Vekttap og underernæring kan både være en følge av kreftsykdommen, nedsatt matlyst og en bivirkning av cellegiftsbehandlingen. Vi mener dette er et veldig aktuelt tema å jobbe med og at sykepleiere med god kunnskap om dette emnet kan være til god hjelp for pasienter som er under cellegiftbehandling.

## 1.6 Oppgavens oppbygging

I del 1 har vi skrevet om tema og problemstillingen. Presisert problemstillingen og avgrenset hva vi skal skrive om. Vi har et eget metodekapittel der vi har skrevet om hvordan vi har kommet fram til på hvilken måte vi har skrevet oppgaven som en litteraturstudie. I del 3 presenteres funnene og analysen av artiklene. I del 4 har vi skrevet teori som er relevant for vår problemstilling. Vi har i del 5 drøftet funnene opp i mot funn, teori og egne erfaringer. I del 6 har vi skrevet vår konklusjon og et kortfattet svar på problemstillingen. Til slutt har vi med litteraturlisten. Artikkelmatriksen, Virginia Hendersons 14 punkter i sin sykepleieteori og noen oppskrifter på næringsdrikker legges ved som vedlegg.

## 2.0 Metode

*"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder"*(Dalland, 2007:71).

Hvilken metode man velger å bruke kan være forskjellig ut i fra hva man vil oppnå med oppgaven. Metoden er redskapet vi bruker i undersøkelsen. Metoden gir oss informasjon som man trenger til undersøkelsen og det gjør den ved å samle inn data (Dalland, 2007).

## 2.1 Metodevalg med begrunnelse

Vi har utarbeidet en problemformulering og vil ut i fra denne undersøke og forstå hva sykepleiere må ta hensyn til i forhold til den kreftsyke og de utfordringene cellegift fører til i forhold til underernæring. For å finne ut av dette har vi valgt å bruke en litteraturstudie som metode. Ved å skrive en litteraturstudie bruker man teori og artikler for å tilegne seg kunnskap om et tema (Dalland, 2007). Grunnen til at vi valgte dette som vår metode er fordi det finnes mye relevant teori om vår valgte problemstilling i litteraturen, og at vi gjennom litteraturen og egne erfaringer skal kunne komme fram til en konklusjon som vil være tilfredsstillende i forhold til vår problemstilling.

## 2.2 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen og krever at vi bruker tidligere forskning og litteratur som sier noe om det spesifikke temaet. Vi har brukt pensum, selvvalgt litteratur og forskningsartikler for å belyse vår problemstilling på en best mulig måte. For å kunne gå i dybden har vi sett på både nyere og eldre litteratur og forskning for å kunne tilegne oss mer kunnskap. Gjennom skolens databaser har vi kunnet søke etter relevante forskningsartikler, i tillegg har vi brukt Sykepleien Forskning. Ved å bruke forskningsartikler mener vi å ha en sterk faglig base å støtte oss på for å komme fram til en konklusjon.

## 2.3 Litteratursøk

Det har vært en utfordring å finne artikler som vi har kunnet bruke i oppgaven. Flere har vært for gamle, mens andre ikke har vært relevante nok. Vi har i hovedsak brukt BIBSYS for å finne relevant litteratur til vår oppgave. For å finne forskning har vi brukt skolens databaser Oria, SweMed+ og Idunn. Vi har i tillegg brukt Sykepleien Forskning. Artikkelen vi har valgt å bruke har vi funnet på Sykepleien forskning med søkeordene «*kreft*», her valgte vi oss ut artikkelen «*Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft*». Den andre artikkelen vi har brukt fant vi på Oria med søkeordene «*malnutrition*» og «*counselling*». Denne artikkelen er engelsk og heter «*Aspects of taste and compliance in patients with cancer*». Den tredje «*Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogen balance and screening*» fant vi på SweMed+ med søkeordene «*kreft*», «*cellegift*» og «*underernæring*». Vi har hatt en rekke søkeord vi har kunnet bruke for å finne artikler, og nedenfor har vi laget en oversikt for å vise vår fremgangsmåte. Vi har brukt søkeord som er relevante til vår problemstilling og ut i fra dette funnet forskning som sier noe om det vi etterspør i vår oppgave.



Database	Søkeord	Antall funn	Antall leste artikler	Antall brukte artikler
Oria	Malnutrition + counselling	1276	3	1
SweMed+	Kreft + cellegift + underernæring	1	1	1
Idunn	Kreft + cellegift + underernæring	0	0	0
Sykepleien Forskning	Kreft	255	4	1

## 2.4 Kildekritikk

Vi har vært kritisk til våre kilder ved kun å bruke pålitelige kilder og databaser. Vi har valgt ut artikler som er peer reviewed, det vil si at de er gjennomlest og godkjent av minimum to andre forskere før den har blitt publisert. Vi har også valgt å ikke bruke artikler som er eldre enn 10 år, dette fordi vi ønsker at forskningen fortsatt skal være relevant. Vi har valgt å bruke to artikler som er skrevet på engelsk, disse har vi lest på engelsk og vi har oversatt de til norsk. Faren ved å bruke engelskspråklige artikler er at man kan gå glipp av eller misforstå det som faktisk står skrevet i teksten, og det samme kan skje når man oversetter til norsk da deler av teksten blir oversatt feil og betydningen blir en annen. Dette har vi vært oppmerksomme på og prøvd å ta høyde for. Ved å være kildekritisk har vi kunnet bruke vårt fagstoff til å gi et godt og profesjonelt svar på problemstillingen.

## 2.5 Etske overveielser

*«Etske utfordringer er knyttet til alle ledd i en undersøkelse, fra planlegging til gjennomføring og formidling av resultatene»*(Dalland, 2007:235). I de etske overveielsene i denne oppgaven handler det om at vi er tro mot kildene våre. Vi har brukt korrekt kildehenvisning slik at det ikke skal være tvil om hva som er våre egne ord og hva som kommer fra litteraturen. Vi har også en litteraturliste som viser hvor vi har funnet vårt fagstoff. De gangene vi har referert til egne erfaringer har vi vært påpasselig med å ikke bryte taushetsplikten. Vi nevner ikke tid, sted eller navn.

### 3.0 Analyse av artiklene

Vi har brukt 3 artikler i vår analyse og etter en grundig gjennomgang av artiklene har vi funnet en rekke interessante funn som samsvarer med hverandre. (Ravasco, 2005) tar i sin studie for seg problematikken rundt smaksforandringer, hun nevner dette som en av de bivirkningene som har størst innvirkning på pasientens næringsinntak. Hun nevner ernæringsveiledning, næringsdrikke og tidlig forebygging som metoder som skal kunne hindre at underernæring oppstår. (Nortvedt m.fl., 2011) konkluderer også i sin studie med at ernæringsveiledning har god effekt på pasienter som er i risikogruppen for å utvikle underernæring. Og også her blir næringsdrikke og individuell oppfølging poengtert som viktige tiltak. (Geirsdottir & Thorsdottir, 2008) tar i sin studie for seg næringsdrikke og screeningskjema og viktigheten med det. Vi føler at vi har funnet gode og relevante artikler som har gitt oss et godt innblikk i den forskningen som foreligger. Vi mener at vi har klart å dra ut essensen av artiklene på en slik måte at vi kan presentere en god drøftning.

### 3.1 Funn

Etter å ha lest nøye gjennom artiklene er det noen funn som går igjen og som vi mener er relevant å bruke i vår drøftning. Disse funnene er:

- Bruk av screeningskjema og dokumentering. Dette er et nyttig verktøy for å avdekke og unngå underernæring.

- Ernæringsveiledning; pasientene som får ernæringsveiledning unngår i større grad underernæring enn de som ikke har dette tilbudet.

Inkludering og individuell oppfølging; pasientene bør ha mulighet til å bli inkludert i sin egen tilstand og behandling og bør få individuelle råd og veiledning som kan anvendes både på sykehuset og i hjemmet mellom behandlingene.

Legge til rette for næringstilskudd; pasientene fikk ernæringstilskudd som ekstra mellommåltid eller som måltidserstatning. Dette kan man gi pasienten informasjon om i form av oppskrifter som han kan anvende når han er hjemme mellom behandlingene i tillegg til de man får kjøpt på apoteket.

## 4.0 Teori

### 4.1 Hva er kreft?

Kreft oppstår når kroppens celledeling kommer ut av kontroll, vanligvis vil nye celler dannes når friske celler dør, men noen ganger kan cellene begynne å dele seg hurtigere enn de gamle cellene dør, det har da oppstått skader i cellens arvestoff. Etter hvert vil det dannes en opphopning av celler, en svulst, som bare vil øke i størrelse. Når svulsten vokser inn i det omkringliggende vevet eller begynner å spre seg til andre organer er den ondartet og vi kaller det kreft. Prognosene for overlevelse kan avhenge av hvilken type kreft det er, noen krefttyper er mer hissig enn andre, mens andre responderer godt på behandling. Hvis kreften har spredt seg må den i mange tilfeller behandles med for eksempel cytostatika slik at celledelingen stoppes og svulsten ikke blir større. Risikoen for å utvikle kreft øker med alderen og årsaken til dette er at immunforsvaret svekkes med alderen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2007).

### 4.2 Hva er cellegift?

Cellegift er en vanlig behandlingsform ved bekjempelse av kreft. Et annet ord for cellegift er cytostatika eller kjemoterapi. Cellegift brukes for å hemme og ødelegge kreftcellene.

Det finnes mange ulike typer cellegift, og forskjellige typer cellegift brukes for å behandle ulike typer kreft. Det forskes stadig på hvilken type cellegift som passer best til de forskjellige krefttypene. Cellegift brukes for å behandle kreften ved å drepe selve kreftsvulsten, forminske tumoren før operasjon. Etter operasjon eller strålebehandling brukes cellegift for å drepe kreftceller som er andre steder i kroppen, minske og hindre plager som svulsten eller svulstene forårsaker og holde sykdommen i sjakk (Dahl, Christoffersen, Kvaløy & Baksaas, 1999). Cellegiftbehandling forskrives av en lege, men kuren gis av sykepleiere på sykehus eller på poliklinikker. Cellegift kan administreres til pasienten intravenøst, som kapsler og tabletter og ved å sette en tynn plastslange med cellegift inn til der svulsten er (Kreftforeningen 2014).

### 4.3 utfordringer ved cellegift

Pasientene kan reagere ulikt på cellegiften og faktorer som dose, varighet og målet med behandlingen, pasientens tilstand ved oppstart og alder og kjønn er noe som kan avgjøre hvordan pasienten tåler cellegiftbehandlingen. Det er ting som tyder på at yngre pasienter blir oftere kvalme enn de som er eldre, og da spesielt yngre kvinner. Men det som uansett er viktig er at alle har behov for omsorg og pleie fra sykepleieren.

Pasienten kan ha mange forventninger før oppstart av cellegift. Noen av disse kan være reelle mens andre kan være mindre reelle. Derfor er det viktig at sykepleieren gir god og forståelig informasjon til pasienten slik at han er forberedt på det som er i vente. Sykepleieren skal ta pasienten på alvor og svare på de spørsmål og bekymringer han eventuelt måtte ha. Mange som skal gjennomgå cellegiftbehandling får en rekke bivirkninger som vi skal ta for oss i denne oppgaven, og dersom pasienten gjøres oppmerksom på hvilke bivirkninger som kan oppstå og hvilke tiltak som kan iverksettes i forhold til dette vil pasienten kunne være bedre forberedt til å møte disse utfordringene og kan kanskje takle de bedre. Gjennom god informasjon, omsorg og medmenneskelighet kan angst, fortvilelse og utrygghet reduseres (Reitan & Schjølberg, 2000).

En av de store utfordringene ved cellegiftbehandling kan være underernæring. Dette er den vanligste sekundærdiagnosen ved kreft. Det kan skyldes både behandlingsmetoden, og årsaker knyttet til selve kreftsvulsten. Det vi ser er at underernæring kan være en betydelig negativ bivirkning for pasienter med kreft og derfor skal vi belyse nærmere hva som kan være årsakene som fører til underernæring (Nortvedt m.fl., 2011).

De vanligste bivirkningene knyttet til ernæring er:

#### 4.3.1 Nedsatt matlyst

Det er to områder i hypothalamus som styrer vår bevisste følelse av sult og metthet, det ene området forteller oss når vi er sultne og det andre når vi er mette og dermed blir energiinntaket tilpasset energibehovet. Ofte vil en kombinasjon av bivirkninger fra cellegiftbehandlingen være årsaken til redusert matlyst, men det kan også komme av stress eller nedstemthet. Pasienter som sliter med nedsatt matlyst over tid vil med stor sannsynlighet gå ned i vekt og står i fare for å utvikle underernæring (Sand m.fl., 2007).

Tiltak som kan settes i verk er små og hyppige måltider som kan være lettere for pasienten å få i seg enn store, tunge måltider. Denne maten bør derfor være så næringstett som mulig. Eksempler på næringstett mat er fløte, helmelk, servelat, salami, majones, vaniljesaus, egg, fet fisk og ost. Disse kan med fordel benyttes framfor kalorifattige matvarer. Dersom pasienten er vant til å spise brødkive med smør og skinke og et glass lettmelk til frokost, kan skinken byttes ut med servelat og lettmelken med helmelk. Måltidet kan også berikes ytterligere med majones på brødkiva og fløte i melka. Det pasienten drikker bør også inneholde kalorier, som sukkerholdig saft, juice, øl, milkshake eller havresuppe kokt på melk. Det kan også hjelpe på å la maten se delikat ut, servere i mindre porsjoner og pynte med grønnsaker eller frukt samt servere små og hyppige måltider med ca 2 – 3 timers intervaller der det bør være 4 hovedmåltider og 2 mellommåltider. En hyggelig og ryddig setting rundt matbordet med sosialt samvær kan også være et tiltak som hjelper på matlysten, det kan være enklere å spise dersom man er flere sammen (Kreftforeningen 2014).

#### 4.3.2 Kvalme

Kvalme kan være et symptom, en bivirkning eller en del av en sykdom. Når man undergår cellegiftsbehandling kan en av bivirkningene være kvalme. Kvalme er en subjektiv opplevelse og man kan reagere forskjellig på følelsen. Kvalme vil kunne opptre på forskjellige måter, forventningskvalme eller direkte bivirkning av cellegiftbehandling. Forventningskvalme vil være knyttet i mot det at man vet at man vil bli kvalm. Kvalme kan være knyttet opp mot personer, lukter, lyder, plasser, mat og drikke (Markussen, 2005).

Som sykepleier må man ta hensyn til at pasientens kvalme er individuell. Kvalmen kan forekomme av forskjellige grunner og tiltak vil derfor variere ut i fra det. Råd man kan gi til pasienten og mat man kan tilby bør være lett fettfattig kost. De bør ikke spise favorittmaten da den fort kan bli en negativ opplevelse etter endt kur. Omgivelsene bør være luftige og rene og spising bør ikke foregå i senga da det er viktig å skille mellom hvor man spiser og hvor man sover. Kvalme kan knyttes opp mot forskjellige steder og personer og det er viktig å kartlegge hva som blir best for den enkelte pasient. Er det slik at pasienten forbinder er spesiell person, plass eller noen ting med kvalme, vil det være rett for pasienten at dette tas hensyn til. Som sykepleier kan man også administrere kvalmestillende medikamenter til pasientene for å forebygge kvalme før måltidene og ellers når pasienten er kvalm. Dette kan pasienten selv administrere når han er hjemme mellom kurene.

#### 4.3.3 Obstipasjon

Obstipasjon kan komme av ulike årsaker som sykdommen i seg selv, bivirkninger av smertestillende, dårlig ernæring, endrede spisevaner, inaktivitet eller at pasienten får i seg for lite fiber og væske. Ofte vil det være en kombinasjon av disse som fører til forstoppelse (Kreftforeningen 2013). Visse typer cellegift påvirker det autonome nervesystemet og reduserer tarmperistaltikken. Obstipasjon kjennetegnes ved at avføringen er hard og tørr samt at tiden mellom hver avføring er lengre enn normalt. Normal avføringsfrekvens er fra 3 ganger per dag til 3 ganger per uke. Personer som er plaget med obstipasjon kan mange ganger føle seg oppblåst og kvalme, de kan oppleve redusert matlyst og utmattelse (Reitan m.fl., 2000).

Pasienter som er plaget med obstipasjon bør få i seg ca 2 liter væske om dagen da dette vil være med på å mykgjøre avføringen slik at det blir lettere å gå på toalettet. Tilstrekkelig med

fiber i kosten vil også kunne være med på å mykgjøre avføringen samtidig som det vil stimulere tarmperistaltikken og øke volumet. Økt fiber i kosten krever at pasienten også drikker mer ellers vil fiber få en motsatt virkning. 25-30 gram fiber om dagen vil være med på å motvirke forstoppelse (Kreftforeningen 2013). Fiber kan pasienten få i seg gjennom grove kornvarer, grønnsaker og frukt. Andre matvarer som kan virke lakserende på tarmen er svsker, sviskejuice, fruktjuice og fiken. Det er også viktig at pasienten er i aktivitet da dette vil ha en gunstig effekt på fordøyelsen. Utnytt de ressursene pasienten har slik at han får være i mest mulig aktivitet i løpet av dagen. Pasienten kan også få lakserende midler for å hjelpe mot obstipasjon. Dette forskrives av lege når pasienten er innlagt på sykehus, men fås også reseptfritt på apoteket slik at han kan få kjøpt det om det er behov for det når han er hjemme (Reitan m.fl., 2000).

#### 4.3.4 Diaré

Diaré kan være forårsaket av angst og uro, nedsatt immunforsvar eller selve cellegiftbehandlingen. Cellegift kan virke toksisk på tarmslimhinnene ved å øke peristaltikken, dermed vil pasienten få diaré som igjen kan føre til væske- og elektrolyttap og dehydrering. Diaré kan defineres som daglig mer enn 3 voluminøse og vanntynne avføringer. Over tid kan dette tappe pasienten for krefter, gi et underskudd av vitaminer og mineraler og dermed føre til feil- og underernæring (Kreftforeningen, 2014). Diaré kan være svært alvorlig og sykepleieren bør kjenne symptomene og hvilke tiltak som bør iverksettes.

Ved diaré er det først og fremst viktig å få erstattet væsketapet som kan oppstå slik at pasienten ikke blir dehydrert. Dette gjøres ved å sørge for at pasienten har tilstrekkelig med drikke tilgjengelig. Det føres også drikkeliste slik at man vet nøyaktig hvor mye drikke pasienten får i seg. Dehydrering har en rekke uheldige konsekvenser og kan i verste fall føre til følgesykdommer som hypovolemi, hjerte/karsykdom og sirkulatorisk sjokk. Drikke som inneholder salt og/eller sukker som for eksempel farris, cola eller buljong kan være gunstig da dette vil være med på å stabilisere elektrolyttbalansen i kroppen (Holter & Mekki, 2011). Når det gjelder mat bør pasienten unngå tunge, fettholdige måltider. Maten bør i størst mulig grad være lettfordøyelig slik at man unngår å gjøre plagene verre. Eksempler på lettfordøyelig mat kan være tørr og mager kjeks, magre pålegg som kokt skinke, mager leverpostei syltetøy og egg. Middag bør inneholde kokt eller ovnsbakt mat fremfor stekt mat da stekt mat vil være



sterkt for tarmen. Kokte grønnsaker vil være gunstigere enn rå grønnsaker, men man bør unngå enkelte grønnsaker som kål, erter og løk som kan gi luftplager. En del matvarer kan virke stoppende, eksempler på slike matvarer er banan, loff, blåbær, ris og kakao. Matvarer som bør unngås er blant annet vanlig søtmeik og andre produkter som inneholder melk. Det er fordi laktulosen som er i melka kan være vanskelig for kroppen å bryte ned. Da vil et bedre alternativ være å prøve laktosefrie varianter. Syrnede melkeprodukter som yoghurt kefir og kulturmilk tolereres ofte bedre. For eksempel er *Biola* både laktosefri og inneholder melkesyrebakterier som kan være med på å opprettholde en normal tarmflora (Kreftforeningen, 2013).

#### 4.3.5 Plager i munn og svelg

Generelle plager i munn og svelg vil kunne være med å påvirke pasientens appetitt og næringsopptak. Munntørhet og sår munn kan være et ubehagelig og vondt problem for den det gjelder og disse problemene kan føre til at det bli vanskelig å få i seg mat og drikke. Behandling og medisiner kan være årsaker til at plagene oppstår (Kreftforeningen, 2013). Pasienter som er sår i munn og svelg vil også kunne ha problemer med å ta til seg næring fordi det er vanskelig og det gjør vondt. Det kan svi i munnen når man skal spise og det er ikke lett å få til å spise noe når det i utgangspunktet gjør vondt. Som sykepleier må man tilby lett og saltfattig kost. Varmmaten bør serveres romtemperert slik at pasienten ikke påføres ytterligere ubehag og brenner seg og det er lettest å spise lunken mat. Tilby isbiter før måltid som pasienten kan suge på. Det viser seg også at det å skylle munnen med sitronvann før måltidet skal hjelpe. Det finnes også en rekke andre tiltak som kan i verksettes som bedøvelseskrem i munnhulen før et måltid og spytt spray. Det er viktig med god hygiene i munnen. Et godt munnstell og en generell god munnhygiene vil være med på å forebygge sår i munnhulen. Til pasienter som ikke er veldig syke eller bevisstløse vil et vanlig munnstell med tannbørste og tannkrem være bra nok (Holter m.fl., 2011).

#### 4.3.6 Smaksforandringer

Andre ting som påvirker pasientens ernæring kan være smaksforandringer. Dette er fordi behandlingen skader spyttkjertlene og smaksløkene i munnen (Dahl m.fl., 1999). Noen får en kraftig forsterket smaksopplevelse mens andre igjen ikke smaker noe uansett hvor salt eller søtt det er. Noen typer mat som rødt kjøtt eller andre proteinrikematvarer kan gi en metallisk eller bitter smak. Denne bivirkningen kan vare alt fra noen få dager til mange måneder etter endt cellegiftskur (Kreftforeningen 2014).

Smaksforandringer vil variere fra person til person, noen vil synes at maten smaker for søtt og noen vil synes at det smaker for salt. Er smaken av maten for salt kan natriumredusert kost være et alternativ. Det er viktig også her å ikke spise favorittmaten. Smaker maten metall kan det være et tips å spise med plastbestikk. Maten bør være innbydende, bruk gjerne marinader, krydder og andre smakstilsetninger som for eksempel løk og bacon eller andre smaksrike grønnsaker. Maten bør serveres romtemperert, være fargerik og lukte godt (Kreftforeningen 2013).

#### 4.4 Konsekvenser ved underernæring

Det å få kreft i seg selv kommer som et sjokk på mange, og det vil kunne ha store psykiske innvirkninger på pasienten. Tanken på mat og ernæring vil derfor ikke være det første pasienten bekymrer seg for og det er derfor nødvendig å informere pasienten om betydningen av dette underveis i behandlingen. Når man blir syk og kroppen blir svekket vil det å gå ned i vekt i seg selv være et problem. Underernæring er en kompleks tilstand som kan gi en rekke komplikasjoner og uheldige følgesykdommer. Nedsatt immunforsvar, liggesår, kakeksi og lengre rekonvalesenstid er noen av konsekvensene dersom underernæring har oppstått. Nedsatt immunforsvar vil kunne føre til flere infeksjoner og dermed økt bruk av antibiotika. Liggesår kan oppstå pga lite underhudsfett og fremstående knokler. Liggesårene kan dessuten være vanskelig å tilhele da underernæring kan føre til tap protein som er en viktig medvirkende faktor for at sår skal kunne gro (Sjøen & Thorsen, 2008). Kakeksi er når pasienten taper muskelmasse og underhudsfett, og blir fulgt av anoreksi, anemi og asteni (Holter m.fl., 2011). Det er også viktig å nevne de psykiske konsekvensene. Utmattelse kan føre til at pasienten blir tiltaksløs og ikke finner energi eller glede til å gjøre ting han før fant glede i. Underernæring vil også føre til et endret utseende som kan være med på å svekke

selvbildet, man ser ikke lenger ut som før og kan kjenne på følelsen av å ha mistet noe av sin identitet.

Lengre rekonvalesenstid kan også bety lengre liggetid som kan være både demotiverende og vanskelig for pasienten. Underernærte pasienter har så mye som 3 ganger lengre liggetid enn det en godt ernært pasient har. Det er også studier som viser at underernæringen kan øke i omfang i løpet av innleggelsen.

En annen konsekvens av økt liggetid er økte kostnader. Det koster samfunnet mye å behandle alle følgene ved underernæring og i en engelsk studie ble det konkludert med at kostnadene knyttet til underernæring beløp seg til 7 milliarder pund hvert år, noe som tilsier 10 % av de totale helsekostnadene (Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer, 2009).

#### 4.5 Den psykiske betydningen av mat

Vi har alle sammen et grunnleggende behov når det kommer til ernæring. Det vi spiser skal dekke de forskjellige fysiologiske behovene, men mat er ikke bare næring det er også følelser, tradisjoner og kultur. Mat blir brukt som trøst, belønning, kos, er viktig i mange sosiale settinger og er en stor del av menneskers hverdagsliv. Lukt og smak sier noe om dette er mat vi liker eller ikke og kan også fremkalle minner (Holter m.fl., 2011). Pasienter som ikke har matlyst eller som av andre årsaker sliter med å få i seg mat vil kunne miste mye av gledene forbundet med dette. Det kan føles meningsløst å lage frokost eller delta i middagsselskaper når man bare pirker i maten uansett og det som før var forbundet med noe positivt kan nå bli en belastning for pasienten. Kreft i seg selv er for de fleste som blir rammet en stor påkjenning og det er derfor viktig at sykepleiere bidrar på en slik måte at konsekvensene ved kreft og bivirkninger av behandlingen ikke forverrer situasjonen ytterligere.

#### 4.6 Virginia Hendersons omsorgsteori

Virginia Henderson (1897- 1996) vokste opp i USA og startet sin karriere innenfor helsevesenet da hun pleide soldater på et militærpsykiatri under første verdenskrig. I tiden etter at hun utdannet seg som sykepleier skrev hun blant annet flere bøker som omhandler sykepleierens rolle. Hun har også kommet med en definisjon av sykepleierens funksjon som er blitt anerkjent av sykepleiere verden over (Holter m.fl., 2011).

*”Sykepleiers særegne funksjon er 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 han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”* (Henderson 1966:15).

##### 4.6.1 Henderson om menneskets grunnleggende behov

Virginia Hendersons definisjon sier noe om det som må gjøres for at pasienten skal oppnå god helse, helbredelse eller en fredfull død og at vi må se på menneskets grunnleggende behov for å oppnå dette. Henderson har i sin beskrivelse av sykepleieteorien satt opp 14 ulike punkter som hun beskriver som menneskets grunnleggende behov. Vi har valgt å fokusere på 3 av disse punktene som er; menneskets grunnleggende behov for å spise og drikke tilstrekkelig, å få fjernet kroppens avfallsstoffer og å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling. Henderson mener at for å utøve god sykepleie må man hjelpe pasienten med det som pasienten ikke klarer selv på en slik måte pasienten selv ville ha gjort det dersom det var mulig. For å kunne gjøre dette er det helt avgjørende at sykepleieren har kjennskap til pasientens behov slik at hun på en best mulig måte kan tilfredsstille disse. Hun sier også at sykepleieren må se hva pasienten faktisk mestrer selv og etterstreber å gjøre pasienten mest mulig selvstendig da de aller fleste ønsker å klare seg selv i hverdagen. Hensikten med pleien er å la pasienten få tilbake sin selvstendighet i forhold til sine grunnleggende behov slik at pasienten kan oppnå god helse og helbredelse. Hun presiserer ofte at mennesket er en kompleks sammensetning av det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige, og at selv om vi som mennesker har de samme grunnleggende behov så er vi uansett ulike og må behandles ut ifra de individuelle behovene vi har. Henderson poengterer blant annet at pasienten kjenner seg selv og sine behov best og bør derfor være deltakende og ansvarlig i den sykepleien han mottar. Sykepleieren har også en helsefremmende og forebyggende rolle og bør også hjelpe de som pga mangel på kunnskap, vilje eller styrke ikke får dekket sine grunnleggende behov

(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Dette er spesielt gjeldende for den gruppen pasienter som vi tar for oss da disse ofte vil ha et stort behov for kunnskap, informasjon og veiledning i forhold til utfordringene ved cellegiftbehandlingen

## 5.0 Drøfting

Vi vil her, ut i fra de funnene vi har, egne erfaringer samt Virginia Hendersons sykepleieteori, drøfte problemstillingen vår; *”Hva kan sykepleiere bidra med for å forebygge underernæring hos voksne kreftpasienter som gjennomgår cellegiftsbehandling på sykehus?”*

Vi vil ta for oss hvordan sykepleieren som veileder kan ivareta pasientens individuelle behov og bruk av næringsdrikke samt screeningskjema som en metode for å forebygge og avdekke underernæring.

I de nasjonale faglige retningslinjene refereres det ofte til helsepersonelloven

*”§4 Forsvarlighet*

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets art og situasjonen for øvrig”* (Helsepersonelloven, 2011).

Av dette kan vi tolke at i begrepet faglig forsvarlighet ligger det at det er vår plikt som helsepersonell å sørge for at pasienten opprettholder en god ernæringsstatus eller å avdekke og behandle underernæring. I omsorgsfull hjelp ligger det at vi bruker et holistisk menneskesyn slik at vi kan gi en god og individuell pleie til pasienten.

### 5.1 Bruken av screeningskjema og dokumentasjon.

I 2009 kom Helsedirektoratet med retningslinjer som skal være et verktøy for å forebygge og behandle underernæring. Dette er anbefalinger og råd som er ment for helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjeneste. De nevner blant annet at pasienten skal vurderes om han er i ernæringsmessig risiko og dette skal dokumenteres i pasientens journal. Av dette kan vi forstå at pasientene bør vurderes i forhold til underernæring med en gang de blir innlagt på avdelingen slik at helsepersonellet vet i hvilken ernæringsstilstand pasienten er i. Ut fra denne vurderingen vil de kunne planlegge og iverksette tiltak for å forebygge eller behandle underernæring. Det skal være et mål og en mening bak de tiltakene som blir planlagt og iverksatt, og det skal dokumenteres godt underveis. Det er også viktig at denne dokumentasjonen blir formidlet videre dersom pasienten skal videre til andre instanser innefor helsevesenet, for eksempel fra sykehuset til hjemmesykepleien.

En pasient som er kreftsyk og som skal inn på sykehuset for å få cellegift vil være avtalt på forhånd, allerede da kan man starte med forebygging. Som sykepleier på et sykehus er det viktig at man i det første møte med pasienten er forberedt på hvem som kommer. Du vet navn, alder og krefttype, og det vil også være fastsatt hvilken type cellegift pasienten skal ha. Sykepleieren kan ha kunnskap til ulike typer cellegift, men det kan være lurt å sette seg godt inn i hvilke bivirkninger de ulike har. Når pasienten ankommer avdelingen vil det være viktig å ha en startsamtale. Her blir man kjent med pasienten, finner ut av hvem han er og hva han har behov for både generelt og ernæringsmessig. Gjennom en kostsamtale kan man få et innblikk i hvilke kostvaner og rutiner pasienten har som kan være av betydning ved eventuelle bivirkninger av behandlingen. Et av funnene i artiklene er bruk av screening- skjema, dette skjemaet vil avdekke om pasienten allerede er i en risikogruppe eller om han har en god ernæringsstatus. Når man har tatt en ernæringsstatus ved innkomst vil man ha et godt grunnlag for oppfølging av pasienten. Med dette har man mulighet for å sammenligne resultater fra gang til gang, og man vil kunne avdekke eventuell underernæring tidlig. Dette sier (Geirsdottir m.fl., 2008) noe om i sin studie, at det beste utgangspunktet man har i forhold til oppfølging er resultatet av det første screeningskjemaet. Vår erfaring er at bruk av slike screeningskjema ikke er godt nok utbredt. Ofte har vi sett at det blir tatt ernæringsstatus og pasienter blir fulgt opp med kostregistrering, men kostregistrering blir først iverksatt når pasienten allerede har redusert matlyst og er i dårlig form. Vi har også opplevd at kostregistreringen ikke alltid blir fulgt opp, det blir bare registrert i journalen hva pasienten har spist i løpet av dagen uten at det fulgt opp med videre tiltak dersom dagens totale energiinntak er for lavt. (Ravasco, 2005) hevder at det er rollen som sykepleier som er nøkkelen i å identifisere de pasienter som trenger ernæringsmessig støtte, og dermed hindre ytterligere ernæringsnedgang. Mange kreftpasienter oppholder seg hjemme mellom hver cellegiftbehandling og for disse pasientene kan det være lurt å skrive ned hva de spiser i løpet av en dag og ha en jevnlig dialog med sykehuset slik at sykepleierne kan følge opp pasienten på en forsvarlig måte. Selv om pasienten ikke er innlagt på sykehuset betyr det ikke at sykepleien opphører. Spesielt for disse pasientene som ikke er synlig for sykepleieren hver dag er det viktig å følge opp med screeningskjema. Denne pasientgruppen er kanskje særlig sårbar da de står alene mellom hver cellegiftskur og terskelen for å be om hjelp kanskje kan være større for de som ikke er innlagt enn for de som er det og dermed kan stå i større fare for å utvikle underernæring. Slik vi ser det bør screeningskjema være en del av sykepleierens verktøy som bør brukes aktivt for å forebygge underernæring. Hvis man ser på bruken av

screeningskjema alene vil et slikt skjema konstatere pasientens KMI, ernæringstilstand og eventuelt ufrivillig vekttap som en følge av pasientens sykdomstilstand, eller den metabolske påvirkningen som for eksempel ved forhøyet CRP eller feber. Ut i fra dette kan man vurdere hvilke tiltak som vil være mest hensiktsmessig å iverksette. Det vi ser her er at et slikt skjema alene ikke fører til forebygging av underernæring, men ved bruk av skjemaet sammen med et helhetlig individuelt opplegg vil det være et godt hjelpemiddel for pasienten og sykepleieren for å nå målet om å forebygge underernæring. Sykepleieren har gjennom helsepersonelloven § 39 plikt til å dokumentere den helsehjelpen en pasient trenger slik at han får hjelp og oppfølging gjennom alle faser av sin sykdom. Det som er viktig ved dokumentasjon er at informasjonen går videre til neste sykepleier som skal på vakt slik at det blir en kontinuitet i tiltakene og at hver og en sykepleier vet hva de har å forholde seg til i oppfølgingen av pasienten (Holter m.fl., 2011). Det vi har sett i praksis er at det blir dokumentert hva pasienten har spist i løpet av vekten, for eksempel kan det stå: NN har spist 1 halv brødkive til frokost og 1 kjøttkake og 1/2 potet til middag. Av dette kan vi se at pasienten ikke har spist så mye, men dokumentasjonen sier ikke så mye mer enn det. Den beste måten hadde kanskje vært å kunne regne ut antall kalorier i tillegg til å si noe om hva pasienten har spist, slik at man på slutten av dagen vet det totale inntaket av kalorier og fra hvilken mat disse kaloriene kommer fra. Hvis man hadde gjort det på denne måten vil man kanskje kunne avdekket om pasienten står i fare for å bli underernært på et tidligere tidspunkt.



## 5.2 Veiledning og råd

Hvis vi ser på Virginia Hendersons sykepleieteori sier hun at det vil være en del av sykepleierens jobb å hjelpe pasienten til å være selvstendig. Mange kreftpasienter som er på sykehuset for cellegiftbehandling er ofte hjemme mellom hver behandling og vil derfor ha behov for veiledning slik at de kan mestre sine utfordringer. Det kan vi gjøre gjennom å veilede pasienten i forhold til ernæring og å gi råd ved bivirkninger slik at pasienten selv kan bruke denne kunnskapen når han kommer hjem. For å kunne gi veiledning og veilede, må personen som skal veilede ha kunnskap om temaet. Det er viktig å legge til rette for et godt læringsklima og ta hensyn til om personen er i stand til å ta i mot ny kunnskap. En definisjon på veiledning er

*”en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.”*(Tveiten, 2006:79)

Å veilede er ikke bare å fortelle den som mottar veiledningen hva han skal gjøre, men også hjelpe han på vei til å finne svar selv. Det å finne svarene selv gir en større form for mestring, ikke bare ved at personen er med på å bestemme selv, men også finner løsninger som er best for seg selv. Det er viktig å huske på at veiledningen må tilpasses individuelt, da det er ulike faktorer som vil være relevante for å skape det best mulige resultat for den enkelte pasient (Tveiten, 2006). (Nortvedt m.fl., 2011) viser i sin studie at pasienter som mottok slik veiledning hadde god effekt av dette. (Ravasco, 2005) viser til at det var flere pasienter som ønsket veiledning, men at de ikke fikk det. Her kan det tenkes at det er store forskjeller på hvordan pasienter blir møtt fra sykehus til sykehus. Vi har enda ikke erfart at ernæringsveiledning er noe som er blitt brukt aktivt i forhold til pasienter som er i risikogruppen. Vi har sett at enkelte sykepleiere gir råd og veiledning ut fra sine egne kunnskaper, men at dette kan være tilfeldig og varierende. I dagens samfunn florerer det med utallige varianter av kostholdsråd og i media kan man til stadighet lese og høre om de forskjellige anbefalingene når det kommer til ernæring. Det kan være at kosten skal være lav på karbohydrater, den skal ikke inneholde sukker eller salt eller man skal spise steinalderkost. Det er vanskelig for alle og enhver å skulle forholde til dette og vite hva som er best for seg selv. Da er det spesielt viktig at sykepleierne bruker faglig forsvarlig kompetanse og kunnskap fremfor sine egne personlige meninger. Et tettere tverrfaglig samarbeid med

ernæringsfysiolog kunne kanskje vært mer benyttet slik at sykepleieren kan tilegne seg kunnskaper om kosthold og ernæringsveiledning og dermed være bedre rustet til å gi en faglig forsvarlig veiledning til pasienten. Siden fokuset ligger på forbygging mener vi at dette samarbeidet bør være på plass før underernæringen er et faktum. Sykepleieren bør samarbeide med pasienten slik at de sammen kan utarbeide en plan og mål som er overkommelige og i tråd med pasientens forutsetninger og ønsker slik at ernæringsveiledningen blir individuell og tilpasset til den enkelte pasient. Dette er også lovfestet i pasientrettighetsloven §3-1 ”*Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*” (Pasientrettighetsloven, 1999). Et av målene for sykepleieren må være at man gir kunnskap til pasienten om ernæring og hvorfor dette er viktig slik at pasienten kan være mest mulig selvstendig og løse sine ernæringsproblemer på egenhånd (Holter m.fl., 2011). Sykepleieren må sørge for at pasienten forstår hva som blir sagt og at han forstår hvorfor det blir sagt slik at han ser sammenhengen mellom sin sykdom, sine bivirkninger og konsekvensene av dette. Henderson sier at sykepleieren må være observerende og en god lytter, og ved å bruke disse egenskapene vil man kunne fange opp eventuelle misforståelser som måtte oppstå i den veiledningen som gis. Alle som har jobbet på sykehus vet at dagene kan være travle og det kan være vanskelig å sette av tid til hver enkelt pasient, derfor bør sykepleieren være en god organisator slik at arbeidsdagen disponeres på en effektiv og forsvarlig måte (Orvik, 2004). Sykepleieren bør sørge for at det er tid og ro rundt seg når veiledningen av pasienten gis. Dette for at det skal kunne være en fin flyt uten forstyrrelser og avbrudd. Dårlig tid og travle dager kan kanskje være en av årsakene til at ernæringsveiledning ikke er prioritert. Vi har erfart at enkelte pasienter som er plaget med dårlig matlyst får utdelt brosjyrer om kosthold og ernæring. Dette er i og for seg et bra og lettvent tiltak da pasienten får noe som er skriftlig og ofte lett forståelig å forholde seg til, men ulempen med dette er at det er lite individuelt. Rådene i slike brosjyrer er ofte generelle og tar lite hensyn til pasienten som enkeltindivid. En kombinasjon av en individuelt utarbeidet kostholdsplan i tillegg til brosjyrer hadde vært en bedre løsning, da kan pasienten kombinere dette på en måte som gagnar han best, og han får litt variasjon i sin veiledning.

### 5.2.1 Næringstilskudd

Bruk av næringstilskudd i form av næringsdrikker som mellommåltid eller måltidserstatter har vist seg å ha en gunstig effekt på kreftpasienters ernæringsstatus. Næringsdrikker er næringstette og inneholder en god sammensetning av de ulike næringsstoffene i et lite volum og er derfor et godt supplement for pasienter som har vanskelig for å få i seg mat og næring. Det vi har sett er at bruken av næringsdrikke er veldig vanlig i sykehus, både ferdig fra fabrikk og selvlaget. Også her har vi erfart at dette er et tiltak som blir iverksatt først etter at vektnedgang og nedsatt matlyst er avdekket. (Ravasco, 2005) sier i sin studie at ernæringstilskudd bør gis når pasienten er på sitt beste, før bivirkninger og symptomer viser seg. Dersom pasienten får næringsdrikke når han er kvalm eller opplever smaksforandringer, kan han få en avsmak for dette og det kan være vanskelig for han å drikke dette i ettertid. Selv om det kan virke lettvinnt å gi pasienten næringsdrikke når det skorter på matlysten er det viktig at sykepleieren har kunnskaper om produktet. Det finnes veldig mange ulike varianter som er både melkebaserte og juicebaserte, fettfattige og fullverdige varianter. Da er det viktig at sykepleieren vet hvilken som vil egne seg best til den enkelte pasient. For eksempel inneholder noen næringsdrikker ekstra proteiner som er en kilde til aminosyrer som igjen er viktige byggesteiner for cellene. Her er det viktig at sykepleieren vet at ekstra proteintilskudd kun har en effekt dersom energibehovet er tilfredsstillende. Dersom en pasient har for lavt matinntak vil aminosyrene kun brukes til energi og hensikten med proteintilskudd vil være borte (Sjøen m.fl., 2008). Siden næringsdrikkene finnes i forskjellig smak og konsistens kan det være en god ide å la pasienten få være med å velge ut selv det han liker best. La han få smake seg frem til det som vil være et godt alternativ for han og la han ta del og være medvirkende i sin behandling. Virginia Henderson påpeker nettopp dette med pasientmedvirkning og autonomi som en viktig del av det å utføre sykepleie.

På den ene siden er næringsdrikker et godt supplement til pasienter som er i risikogruppen for å utvikle underernæring som en følge av kreft og cellegiftbehandling. Da dette vil være med på å styrke kroppen og gjøre den bedre rustet for den påkjenningen cellegift kan være.

Næringsdrikkene står som regel lett tilgjengelig og er enkelt og lite tidkrevende for sykepleieren å kunne tilby dette til pasienten. På den andre siden bør ikke dette bli en lettvinnt løsning istedenfor et godt og variert kosthold dersom pasienten har forutsetning for å kunne spise det. Vi har selv erfart i praksis at pasienter ble fikk næringsdrikke uten mål og mening og at det i noen tilfeller ble gitt til pasienten fordi det var mer lettvinnt enn å etterkomme

pasientens ønske om annen type mat enn det som ble servert. Henderson utdyper hvor viktig det er at sykepleieren forstår pasientens grunnleggende behov og iverksette tiltak ut i fra dette (Holter m.fl., 2011). Dette vil hele tiden være i endring, og selv om pasienten har behov for næringsdrikke en dag kan det være at dette har endret seg til neste dag, derfor bør sykepleieren hele tiden være i et samspill med pasienten slik at pasienten får dekket sine behov.

### 5.2.2 Næringstett mat

Næringsdrikke kan bli både ensidig og dyrt i lengden, derfor ser vi nytten av å kunne veilede pasienten om næringstett mat. Da kan pasienten ha et mer variert og spennende kosthold, og det kan være lettere å delta i sosiale matsituasjoner som kan hjelpe på matlysten. Det vil nok være hyggeligere for pasienten å kunne spise mat når han sitter rundt middagsbordet istedenfor en boks med næringsdrikke. Det som kan være utfordringen ved næringstett mat er at dette ofte er små, men hyppige måltider og man bør derfor unngå å gjøre dette til et mas for pasienten. Ideelt sett bør det være ca 2 – 3 timer mellom vært måltid for en pasient i risikogruppen (Kreftforeningen, 2014). Som sykepleier må man også være obs på at det kan føles som et nederlag for den kreftsyke at han ikke klare å spise så ofte. Det kan være faktorer som kvalme eller sår i munnen som gjør at det kan bli vanskelig å få i seg tilstrekkelig mat. For å unngå dette kan man fortelle pasienten at han kan prøve få i seg mer de dagene han er i form slik at han kompenserer for de dagene det er vanskelig å spise. Å appellere til sansene for å forsterke matlysten anses som svært viktig, både god lukt, smak og utseende kan gjøre det fristende for pasienten å spise og det gjelder for sykepleieren å bruke kreativiteten slik at maten ser innbydende ut.

### 5.2.3 Kvalme

Kvalme er en av bivirkningene som alle pasienter som gjennomgår cellegiftsbehandling vil oppleve. Som nevnt tidligere i teorikapittelet er det en rekke ulike tiltak som kan iverksettes mot kvalme. Legen kan forskrive kvalmestillende medikamenter som pasienten selv kan administrere når han kommer hjem. Ellers er det viktig å gi pasienten gode råd om hvordan man ellers kan prøve å koble av i fra kvalmen. Er det noe som hjelper i mot kvalmen, frisk luft, rene omgivelser? Vi har sett at på sykehusene der vi har vært i praksis er det veldig ofte at det blir administrert kvalmestillende medikamenter av sykepleierne. Det blir gitt ca en halvtime før mat, slik at tablettene har begynt å virke til at pasienten skal spise. Det er spesielt viktig at kvalmestillende blir gitt til riktig tid, noe som kan lett slurves med da det blir gitt medisiner til lik tid til alle pasientene på sykehuset (Markussen, 2005).

### 5.2.4 Obstipasjon

Det vi ser er at obstipasjon kan være et sammensatt problem, der mat- og væskeinntak spiller en stor rolle for å bedre plagene. Dette kan være utfordrende da pasienten kan ha flere bivirkninger samtidig, som kvalme og / eller smaksforandringer og dette kan gjøre sitt til at det blir vanskelig å følge opp de tiltakene som er gjeldende ved obstipasjon. Det er ikke sikkert pasienten får i seg fiber dersom kvalme gjør at han kun får i seg loff, det kan også være vanskelig å skulle være i aktivitet slik at problemet kan unngås da mange blir trette og slappe av cellebehandlingen. Derfor kan vi si at det er viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon slik at han vet hva som er forebyggende og kan gjøre det han kan selv for å begrense sine plager. Et av Virginia Hendersons 14 punkter sier at det er et grunnleggende behov å få kvittet seg med kroppens avfallsstoffer, og dersom pasienten ikke klarer dette selv er det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten, som i dette tilfellet vil være gjennom veiledning og råd (Kristoffersen m.fl., 2011). Problemer knyttet til avføring kan være vanskelig og flaut for pasienten å ta opp med sykepleieren, derfor er det viktig at sykepleieren informerer om plagene som kan oppstå før pasienten starter sin cellegiftbehandling. Dersom pasienten er klar over bivirkningene, at dette er noe som mange opplever og at det finnes hjelp å få så kan det tenkes at det er lettere for pasienten å spørre om råd (Holter m.fl., 2011).

### 5.2.5 Diaré

Også her er det viktig at sykepleieren tar hensyn til at det kan være vanskelig for pasienten å snakke om sine problemer, og det vil være viktig med tidlig informasjon og veiledning for å gi pasienten kunnskap og forståelse om hva han kan gjøre for å forebygge og lindre sine plager. Diaré kan være farlig dersom pasienten går for lenge med det da det kan føre til dehydrering, og derfor er det viktig å ta problemet på alvor og veilede på en slik måte at pasienten forstår (Holter m.fl., 2011).

### 5.2.6 Plager i munn og svelg

Da dette er et problem som kan føre til mye smerte og ubehag i forbindelse med måltider er det viktig at sykepleieren informerer og veileder godt om hva som kan gjøres for å lindre plagene. Her ser vi at det kan være en fordel å være tidlig ute med å forebygge og god munnhygiene vil kunne begrense plagene. Dersom plagene først har oppstått mener vi det beste vil være å la pasienten bruke bedøvelsesspray eller gel som kan gjøre det lettere å få i seg mat og drikke, men man må da passe på at maten pasienten spiser ikke er for varm eller sterk slik at plagene forverres ytterligere. Det er også viktig å passe på at munnet ikke blir dårligere selv om man bruker produkter som lindrer plagene.

### 5.2.7 Smaksforandringer

Ved smaksforandringer er det ikke så mye man kan gjøre for å hindre eller forebygge dette. Dersom pasienten blir informert om dette på forhånd vil han være forberedt på det og det kan være enklere å håndtere. Når maten ikke smaker slik som pasienten er vant til er det viktig at den ser innbydende ut og lukter godt. Lukten av mat kan bringe frem følelser og erindringer om noe som pasienten vet han liker å spise og kan være med på å dempe litt av smaksforandringene.

### 5.3 Evaluering av tiltakene

Det vi ser er at mange av tiltakene som kan iverksettes motsier hverandre. Noen bivirkninger krever fettfattig kost mens andre anbefaler kaloriberiket mat eller noen nevner salt mat som en god løsning mens andre tiltak fraråder pasienten å bruke det. Derfor er det viktig at sykepleieren tar fornuftige og individuelle valg som gagnar pasienten best mulig. Man må vurdere hva som er mest hensiktsmessig i forhold til den tilstanden pasienten er i. Etter å ha satt i gang tiltak er det viktig at sykepleieren evaluerer disse underveis slik at man kan forsikre seg om at pasienten drar nytte av disse. Det er viktig å se tiltakene i en sammenheng med komplikasjoner og bivirkninger siden de vil være sammensatt på forskjellige måter. Hvor pasienten er i behandlingen vil også være en faktor man må ta hensyn til i forhold til behandling av bivirkningene. Det er ikke alltid slik at pasienten går rundt med alle bivirkningene konstant hele tiden, slik at man ville kunne sette i verk ulike tiltak til forskjellige tider. Det er derfor spesielt viktig å huske på at behandlingen av pasienten skal være individuell for da vil man kunne få best resultater av både behandlingen av kreften og behandlingen av bivirkningene knyttet opp i mot cellegiftskuren.

### 6.0 Konklusjon

Funnene våre sier at det er gjennom bruk av screeningverktøy, ernæringsveiledning og næringstilskudd at man kan forebygge underernæring. Ser man dette som en sammensatt metode sammen med lindrende tiltak i mot bivirkningene, mener vi at man vil man være i stand til å forebygge underernæring på en faglig forsvarlig måte. Vi mener det gir et godt svar på problemstillingen vår i forhold til hva sykepleiere kan bidra med for å forebygge underernæring.

## 7.0 Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R.(2010). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O.(2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Orvik, A.(2004) *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E., Bjålie, J.G. (2007). *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sjøen, R-J., Thorsen, L.(2008) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tveiten, S.(2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

## 7.1 Selvvalgt pensum

Dahl, O., Christoffersen, T., Kvaløy, S., Baksaas, I. (Red). (1999). *Cytostatika Medikamentell kreftbehandling*. Oslo: Institutt for farmakologi og den norske kreftforeningen. (47 sider)

Granskjær, M., Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. (15 sider).

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet. (14 sider)

Henderson, V.(1966). *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, resarce and education*. New York: Macmillan. (1 side).

Holter, I. M., Mekki, T. E.(2011) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe. (70 sider)

Kreftforeningen.(2013). *Cellegift [Brosjyre]* Oslo: Kreftforeningen. (4 sider).

Kreftforeningen. (2013). *Hva er kreft? [Brosjyre]* Oslo: Kreftforeningen. (4 sider).



Kreftforeningen.(2013). Matlyst og smak [Brosjyre] Oslo: Kreftforeningen. (50 sider).

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A.(2011). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (4 sider).

Markussen, K. (2005). *Kvalme En sykepleiefaglig utfordring*. Bergen: Fagbokforlaget. (85 sider).

Reitan, A. M., Schjølberg, T. K.(2000) *Kreftsykepleie. Pasient- Utfordring- Handling*. Oslo: Akribe (53 sider)

### 7.1.2 Artikler

Geirdottir, O. G., Thorsdottir, I.(2008). Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogen balance and screening. *Food & Nutrition Research* 2008;52(12 Dec)1-6. (6 sider)

Nortvedt, M. W., Stenling, E. M. (2011). Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft. *Sykepleien Forskning* 2011 6(3):222-228. (7 sider)

Ravasco, P. (2005). Aspects of taste and compliance in patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. Volume 9, Supplement 2: 84–91. (7 sider)

### 7.1.3 Internettadresser

Borchsenius, C. (2012). Kostråd ved kreft. Hentet 27.03.14, fra <http://www.kjokkenskriveren.no/id/191.0>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet 11.04.14 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=pasientrettighetsloven>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon. Hentet 11.04.14 fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3)

Kreftforeningen(2014). *Kreftforeningen.no* Hentet 11.04.14 fra <https://kreftforeningen.no>

## Vedlegg 1

### Artikkelmatrise

Publikasjonsår	2011
Land	Norge
Database	Sykepleien forskning
Forfattere	Ellen M. Stenling og Monica W. Nortvedt
Tittel	Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft
Hensikt	Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke om ernæringsveiledning har innvirkning på næringsinntak, ernæringsstatus, symptomer og livskvalitet hos pasienter med kreft som får medikamentellbehandling og/ eller strålebehandling.
Metode/utvalg	Systematisk litteratursøk gjort i aktuelle databaser. Sykepleien forskning.  Vi fant artikkelen på sykepleien.no ved å bruke relevante søkeord som kreft og ernæringsveiledning.
Resultat	En retningslinje, én systematisk oversikt og to randomiserte kontrollerte studier som var relevante for problemstillingen ble inkludert. Resultatene tyder på at ernæringsveiledning øker næringsinntaket, forbedrer ernæringsstatus og gir økt livskvalitet hos pasienter som mottar medikamentell- og/eller strålebehandling mot mage-tarmkanalen og hode-halsregionen. Veiledningen må tilpasses den enkelte pasients behov både ernæringsmessig og når det gjelder vaner og ønsker.
Konklusjon	Eksisterende forskning kan tyde på at ernæringsveiledning har effekt på næringsinntak, ernæringsstatus og livskvalitet hos pasienter under behandling for kreft. Imidlertid er det behov for å videreutvikle mer

	kunnskap på dette området i fremtiden.
Tidsskrift Referee/ fagartikkel	Sykepleien Forskning 2011 6(3):222-228
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Vi valgte å bruke denne artikkelen fordi den sier noe om hvordan man som sykepleier kan gi ernæringsveiledning til pasienter som har kreft. Dette er relevant for vår oppgave siden vi legger vekt på forebygging.
Hva sier artikkelen om temaet?	Artikkelen sier at effekten av ernæringsveiledning til pasienter med kreft er god, men at det fortsatt er for lite kunnskaper om underernæring og konsekvensene av dette.

Publikasjonsår	2008
Land	Island
Database	SweMed+
Forfattere	Olof G. Geirsdottir og Inga Thorsdottir
Tittel	Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogenbalance and screening.
Hensikt	Hensikten er å evaluere et kort screeningskjema for underernæring og å undersøke ernæringsstatusen til pasienter som får cellegiftsbehandling for kreft i lunger, tykktarm eller bryst på en poliklinikk.
Metode/utvalg	Systematisk litteratursøk gjort i aktuelle databaser. SweMed+. Søkeordene vi brukte var kreft, cellegift og underernæring.
Resultat	<p>Underernæring ble definert ved ernæringsvurdering i 20% av de deltagende pasienter og SSM hadde høy sensitivitet og spesifisitet. Sviktende ernæringsstatus av pasientene ble sett på som en negativ nitrogen</p> <p>balansere og utilsiktet vekttap fra sunn vekt, men ikke så totale energiinntaket, nylig vekttap eller undervektig. Testen av SSM i klinisk rutine viste at 40 % var underernært. Ifølge pasienter, 80 % er nødvendig ernæringsmessig rådgivning, men bare 17 % hadde slik rådgivning.</p>
Konklusjon	Screening(SSM) for underernæring hos kreftpasienter er en gyldig og enkel tilnærming for å definere kreftpasienter med behov for ernæringshjelp. Flere pasienter anser at de trenger ernæringsmessig rådgivning enn de som faktisk får det.

Tidsskrift Referee/ fagartikkel	European Journal of Oncology Nursing. Volume 9, Supplement 2: 84–91
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Den er relevant fordi den sier noe om bruken av screeningskjema og næringstilskudd på en slik måte at vi kan svare på vår problemstilling.
Hva sier artikkelen om temaet?	Artikkelen forteller oss at bruk av næringstilskudd og screeningskjema er med på å forebygge underernæring hos pasienter med kreft.

Publikasjonsår	2005
Land	Europa
Database	Oria
Forfattere	Paula Ravasco
Tittel	Aspects of taste and compliance in patients with cancer
Hensikt	There is no purpose
Metode/utvalg	Systematisk litteratursøk gjort i aktuelle databaser. Oria. Vi fant artikkelen ved å bruke aktuelle søkeord som malnutrition og counselling.
Resultat/ Konklusjon	Artikkelen konkluderer med at det er hensiktmessig å gi næringsdrikke som et supplement for å forhindre underernæring til pasienter med smaksforandringer og at disse næringsdrikkene bør være i et varierende utvalg slik at pasienten har valgmuligheter og variasjon.
Tidsskrift  Referee/ fagartikkel	Eur J Oncol Nurs. 2005;9 Suppl 2:S84-91
Hvordan er artikkelen relevant for tema	Den er aktuell for oss å bruke fordi den gir oss relevant kunnskap om næringsdrikke og smaksforandringer som vi kan bruke for å svare på vår problemstilling
Hva sier artikkelen om temaet?	Mange kreftpasienter sliter med smaksforandringer og de konsekvensene dette medfører. Den sier også at bruk av næringsdrikke er et godt alternativ for å forhindre underernæring.

## Vedlegg 2

Virginia Hendersons 14 punkter innenfor sin sykepleieteori.

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 opprettholde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. å unngå farer fra omgivelsene og å 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

### Vedlegg 3

#### Næringstette drikker:

##### Solskinnsdrikk:

1 egg

1 dl appelsinjuice

½ dl kremfløte

1-2 ss sukker

##### Eggmelk

4 egg

4 ss sukker

½ liter melk

1 dl fløte

##### Blå fløyel

2 dl Biola m/blåbærsmak

1 banan

2 dl frosne blåbær

1 ts honning

(Kreftforeningen, 2013)