



*Hvordan kan sykepleier bidra med å forebygge
underernæring hos pasienter med kreft i hode- og
halsregionen som opplever bivirkninger av kurativ
behandling?*

Kandidatnummer: 868
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9123
Dato: 16.04.18



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.18
<p>Tittel: Å forebygge underernæring hos pasienter med hode- og halskreft</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra med å forebygge underernæring hos pasienter med kreft i hode- og halsregionen som opplever bivirkninger av kurativ behandling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorikapittelet beskriver hode- og halskreft, ulike behandlingsmetoder ved hode- og halskreft og bivirkninger relatert til denne. Det gis en forklaring på underernæring, kakeksi og kostholdets betydning for pasienter med kreft i hode- og halsregionen. Videre beskrives sykepleiefaglig rammeverk, herunder sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, og juridisk og etisk rammeverk. Virginia Hendersons sykepleieteoretiske perspektiv er blitt benyttet, med hovedvekt på menneskets grunnleggende behov og sykepleierens oppgaver tilknyttet disse.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie anvendes som metode. Oppgaven tar i utgangspunkt i eksisterende og relevant fag- og forskningslitteratur, samt egne erfaringer for å belyse problemstillingen fra ulike hold. Søkemotorene Cinahl og SweMed+ har blitt brukt i forskningssøket.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingsdelen vektlegges anbefalte ernæringstiltak for pasienter med kreft i hode- og halsregionen. Ulike sykepleietiltak slik som ernæringsscreening, kartlegging, ernæringsveiledning, energi- og næringstett kost og næringsdrikker, samt tiltak direkte knyttet til bivirkningene drøftes opp mot relevant teori, forskning og brukerkunnskap.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren har en viktig rolle i ernæringsarbeidet. Ernæringsbehandlingen må være individuell og tilpasset den enkelte pasients behov, ønsker og vaner. Forskning og litteratur kan tyde på at kartlegging av ernæringsmessig risiko, kostveiledning, næringssupplementer og tiltak slik som regelmessig munnstell, tilpasning av kosten, og medikamentell behandling kan bidra med å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen. Sykepleieren må ha kunnskap om ernæringens ulike aspekter og ha fokus på helhetlig omsorg, da ernæringsproblematikk lett kan medføre sosiale problemer hos pasienten.</p>	

(Totalt antall ord:261)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Definisjon av sentrale begreper i oppgaven	2
1.4 Avgrensning av oppgaven	3
1.5 Oppgavens oppbygning.....	4
2. Teori	5
2.1 Hva er hode- og halskreft?	5
2.2 Underernæring	5
2.3 Kakeksi	6
2.4 Kurativ behandling	7
2.4.1 Strålebehandling	7
2.4.2 Cytostatika.....	7
2.5 Bivirkninger av behandling som kan hindre tilstrekkelig ernæring	8
2.5.1 Oral mukositt og svelgeproblemer	8
2.5.2 Munntørrehet.....	8
2.5.3 Endrede smaksopplevelser	8
2.5.4 Kvalme og oppkast.....	9
2.6 Kostholdets betydning for ØNH-kreftpasienter under behandling.....	9
2.7 Sykepleiefaglig rammeverk	10
2.7.1 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder	10
2.7.2 Juridisk rammeverk	10
2.7.3 Etisk rammeverk	11
2.7.4 Definisjon av sykepleie av Virginia Henderson.....	12
3. Metode.....	13
3.1 Valg av metode.....	13
3.2 Litteratursøk	13
3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode	15
3.4 Valg av teori, faglitteratur og brukerkunnskap	15
3.5 Kildekritikk	16
3.6 Etiske vurderinger	17
4. Presentasjon av forskningsresultater	18
5. Drøfting.....	20
5.1 Ernæringsscreening og kartlegging	20
5.2 Ernæringsveiledning	22
5.3 Energi- og næringstett kost og berikning	24
5.4 Næringsdrikker	25
5.5 Tiltak rettet direkte mot bivirkningene.....	25
5.5.1 Oral mukositt og svelgeproblemer	26
5.5.2 Munntørrehet.....	27
5.5.3 Endrede smaksopplevelser	28
5.5.4 Kvalme og oppkast.....	28
6. Avslutning.....	30
Litteraturliste	31
7 Vedlegg.....	37
7.1 Vedlegg 1	37

Og noen ganger

Må man lære

Å leve

På nytt

På en annen måte

Være menneske

Være til

På en måte

På en annen måte

På en bedre måte

A. W. Stulen.

(Gjengitt med tillatelse av forfatter)

1. Innledning

I 2016 ble 782 personer diagnostisert med kreft i hode- og halsregionen. Årlig utgjør kreftsykdom i hode- og hals 4 % av alle nyoppdagede tilfeller i Norge, og er svakt økende pasientgruppe (Kreftforeningen, 2018a). Det er anslått at omkring 25-30 % av kreftpasienter dør som følge av avmagring og underernæring og ikke kreftsykdommen. Næringen vi får i oss skal tilfredsstillende en rekke fysiologiske behov og er fundamentalt for all helse og velvære. Underernæring gir svekket allmenntilstand og funksjonsstatus, økt komplikasjonsrisiko og gjør pasienten lettere mottakelig for infeksjoner. Men ernæring er også mye mer enn bare næringsinntak og “drivstoff” for kroppen. Måltidet har i tillegg et viktig kultur- og sosialt synspunkt. Mat og måltider har et sosialt aspekt og kan være anledninger for kontakt, skape relasjoner og fellesskap. Utover det fysiologiske, kan appetittløshet i tillegg bli et sosialt problem. Pasienten kan oppleve at ernæringen blir en byrde og at han mister en del av seg selv. Med bakgrunn i dette er det viktig at sykepleier iverksetter tiltak som kan forebygge og behandle vekttap og underernæring (Bye, 2017).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Kreftpasienter som gjennomgår cytostatika- og strålebehandling, vil som følge av behandlingens bivirkninger møte på store ernæringsmessige utfordringer (Sortland, 2015, s.230). Graden og type bivirkninger avhenger av dose og hvilken kroppsdel som blir bestrålt. Dermed kan pasienter med kreft i hode- hals regionen ofte oppleve bivirkninger relatert til munn og hals (Lorentsen & Grov, 2016, s.401). De fleste pasienter som gjennomgår cytostatika- og strålebehandling, vil oppleve bivirkninger som mukositt (betennelse i slimhinnen), munntørrehet, endret smaksopplevelse, appetittløshet, kvalme og oppkast (Sortland, 2015; Siggerud, 2017). Disse bivirkningene kan igjen ha en negativ innvirkning på pasientens ernæringsstatus. Underernæring, inkludert vekttap, er den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom, og forekomst av underernæring hos pasienter med kreft i hode-hals er 67% (Stratton, Green & Elia via Stenling & Nortvedt, 2011). Vektnedgang og underernæring kan oppstå som følge av kreftsykdommen, behandling eller begge deler (Sortland, 2015, s.230). Staten er forpliktet til å gi personer som mottar offentlige tjenester nødvendig hjelp for å sikre deres grunnleggende behov, herunder behovet for ernæring. Dette står nedfelt i De forente nasjoners (FN) konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Retten til mat

omhandler ikke bare retten til trygg og nok mat, men også pasientens rett til et ernæringsmessig fullverdig kosthold som grunnlag for et aktivt liv med god helse (FN via Helsedirektoratet, 2012b, s.17). Riktig ernæring er essensielt for både livskvalitet og resultat av behandling, og er en svært viktig sykepleieoppgave (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016, s.17). Hensikten med denne oppgaven er derfor å undersøke og vurdere ulike sykepleietiltak og intervensjoner som kan bidra med å forebygge underernæring hos denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra med å forebygge underernæring hos pasienter med kreft i hode- og halsregionen som opplever bivirkninger av kurativ behandling?»

1.3 Definisjon av sentrale begreper i oppgaven

Forebygging: Deles ofte i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Sistnevnte er rettet mot personer som allerede har en kronisk eller langvarig sykdom, og vil være mest relevant for denne oppgaven. Tertiærforebyggende tiltak har som hensikt å “hindre at det oppstår komplikasjoner til pasienters sykdom, hindre skader ved undersøkelser og behandling og hindre at nye problemer oppstår” (Reitan, 2017, s. 42).

Bivirkning: Defineres som en ubehagelig eller skadelig effekt av et legemiddel som brukes i vanlige, anbefalte doser (Spigset & Slørdal, 2016, s.71).

Kurativ behandling: Kreftbehandling med formål å kurere og helbrede en pasient. Pasienten skal bli frisk av sin kreftsykdom (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s.139).

Ernæringsarbeid: Deles i forebyggende ernæringsarbeid og klinisk ernæring (ernæringsarbeid ved sykdom). Klinisk ernæring omhandler kostveiledning og ernæringsbehandling som tar utgangspunkt i diagnose og helsetilstand. Mål for behandlingen vil være at pasienten har et tilstrekkelig næringsinntak og dekker sitt grunnleggende energi- og næringsbehov (Helsedirektoratet, 2012b, s.12).

Tilstrekkelig ernæring: Inntaket av væske og ernæring er av tilstrekkelig mengde og med riktig sammensetning av næringsstoffer, til å kunne opprettholde kroppsfunksjoner, utvikling og vekst, samt til å fremme helse (Aagaard, 2016, s.192).

Ernæringsmessig risiko: “En tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner til dette” (Helsedirektoratet, 2012b).

Livskvalitet: “En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative” (Næss, 2011, s.18)

I denne oppgaven vil sykepleier bli omtalt som “hun” og pasienten som “han”. Begrepene hode- og hals og øre-, nese- og hals (ØNH) definerer anatomiske lokalisasjoner av kreftsvulsten og vil bli brukt om hverandre.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Jeg har i denne oppgaven valgt å avgrense problemstillingen til voksne pasienter med kreft i øre-, nese- halsregionen over 18 år som gjennomgår kurativ behandling, i form av cytostatika- og/eller strålebehandling. Til tross for at kirurgi ofte er hovedbehandling ved hode- og halskreft (Amdal & Bjordal, 2017, s.544) utelukkes dette da det ikke er et sykepleietiltak eller sykepleieoppgave. Bakgrunnen for at oppgaven er begrenset til pasienter over 18 år er at majoriteten rammet av hode- og halskreft er mellom 50 og 75 år, med en gjennomsnittsalder på 64 år (Amdal & Bjordal, 2017, s. 538). Med tanke på utvikling og vekst er ernæringsbehovet hos barn og unge annerledes enn hos eldre, og dermed vil også behandlingen av underernæring være forskjellig (Jacobsen & Bye, 2015).

Det kan oppstå mange ulike bivirkninger relatert til cytostatika- og strålebehandling; tretthet, slapphet, håravfall, smaksforandringer, mukositt og munntørrehet for å nevne noen (Kreftlex, 2018b; Bye, 2017, s.206). Jeg har derfor kun valgt å fokusere på de bivirkningene som kan ha en direkte påvirkning på pasientens ernæringsstatus. Enteral og parenteral ernæring (sondemat og intravenøs ernæring) er tiltak som primært forordnes av legen. Ifølge Ernæringstrappen utarbeidet av Helsedirektoratet, er sondemat og intravenøs ernæring de siste tiltakene en iverksetter ved ernæringsmessig risiko eller underernæring (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016; Helsedirektoratet, 2010a, s.19). Av den grunn vil jeg ikke fokusere på disse behandlingsmetodene. Jeg vil heller ikke gå inn i pårørendes rolle i behandlingen, til tross for at disse kan være en ressurs og ha stor betydning for pasienten. Konteksten vil være på sykehus, forholdsvis på onkologisk avdeling eller poliklinikk.

1.5 Oppgavens oppbygning

I oppgavens teoridel presenteres relevant teori om hode- og halskreft og sykepleiefaglig rammeverk, herunder sykepleiers ansvars- og funksjonsområder, juridisk og etisk rammeverk, samt Virginia Hendersons sykepleieteori. Kapittel 3 omhandler oppgavens metode. Her vil jeg presentere valg av metode og begrunnelse for valgt fagstoff. Deretter vil jeg stille meg kritisk til egen fremgangsmåte og litteraturen som er anvendt i oppgaven. I kapittel 4 vil jeg legge frem forskningsartiklene og sentrale funn fra disse i en artikkelmatrise. I drøftingsdelen, kapittel 5, vil problemstillingen: *«Hvordan kan sykepleier bidra med å forebygge underernæring hos pasienter med kreft i hode- og halsregionen som opplever bivirkninger av kurativ behandling»* belyses og drøftes opp mot relevant teori og forskning. Avslutningsvis vil sentrale funn fra drøftingen oppsummeres og problemstillingen besvares. Helt til slutt legges ved referansene for oppgaven og vedlegg. Oppgaven følger Lovisenberg diakonale høgskoles retningslinjer for bachelorskriving.

2. Teori

Dette kapittelet beskriver hode- og halskreft, underernæring, kakeksi og kurativ behandling, samt de behandlingsbivirkninger som kan påvirke pasientens ernæringsstatus og kostholdets betydning for kreftpasienter under behandling. Videre presenteres sykepleierens funksjoner i ernæringsarbeidet, de ulike lover og retningslinjer som legger det juridiske og etiske rammeverket for sykepleieutøvelsen og Virginia Hendersons sykepleieteori.

2.1 Hva er hode- og halskreft?

Betegnelsen *Cancer* eller kreft brukes om en malign tumor (ondartet svulst). Kreft kjennetegnes ved en forstyrret og ukontrollert celledeling grunnet defekt i cellens arvestoff (DNA), som fører til en opphopning av celler. Det er denne opphopningen som kalles kreftsvulst (Nakken, 2017, s. 347-348). Kreft i øre-, nese- og halsregionen oppstår enten fra kjertler eller slimhinner i øvre luftveier. Kreften kan oppstå i nese, bihuler, leppe, munnhule, spyttkjertler, svelg og strupehodet. Hvilke symptomer og tegn pasientene opplever avhenger av hvor i ØNH-området tumor er lokalisert. Omtrent halvparten av pasienter med kreft i ØNH-regionen har kreft i munnhule eller leppe. Når store slimhinneområder over tid utsettes for kreftfremkallende agens (stoffer) utvikles kreft. Særlig er jevnlig bruk av tobakk og alkohol sterkt knyttet til utvikling av kreft i ØNH-regionen og det kan derfor betraktes som en livsstilssykdom. Det er observert et økende antall krefttilfeller i oropharynx (munnsvelget) forårsaket av Humant papillom virus, som kan ses i sammenheng med endring i befolkningens seksualvaner (Amdal & Bjordal, 2017)

2.2 Underernæring

Helsedirektoratet definerer underernæring som: “en ernæringssituasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og –funksjon, samt klinisk resultat” (2010a, s. 13). Begrepene feilernæring og underernæring brukes ofte om hverandre, men det er viktig å presisere at feilernæring er en ernæringstilstand med et uhensiktsmessig eller feil sammensatt kosthold. Feilernæring kan forekomme ved både for høyt eller for lavt inntak av bestemte næringsstoffer (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 248). Underernæring vil være mest sentralt for denne pasientgruppen og feilernæring vil derfor ikke omtales nærmere i denne oppgaven. Ved underernæring er inntaket av energi og næringsstoffer ikke nok til å dekke kroppens behov og det vil resultere i vekttap. Vektnedgang er det viktigste tegnet ved underernæring. En

underernært pasient vil imidlertid respondere positivt på et optimalt energi- og næringsinntak, og nedbrytning av kroppsmasse vil opphøre og vekttapet vil stanse (Bye, 2017, s.206). En person er definert som moderat eller alvorlig underernært dersom de oppfyller minst ett av kravene beskrevet nedenfor i tabell 2.1 (Helsedirektoratet, 2017c, s.12).

Tabell 2.1 Kriterier for moderat og alvorlig underernæring etter Helsedirektoratet (2017)

Moderat underernæring	Alvorlig underernæring
Ufrivillig vekttap på >10% siste 3-6 måneder eller >5% siste to måneder	15% ufrivillig vekttap de siste 3-6 måneder eller > 5% ufrivillig vekttap den siste måneden
KMI < 18,5 kg/m ²	KMI < 16
KMI < 20kg/m ² med samtidig ufrivillig vektnedgang > 5% de siste to måneder	KMI < 18,5 med samtidig ufrivillig vekttap på > 5% siste 3 måneder
Matinntaket er under halvparten av beregnet behov siste uke	

Helsedirektoratet har utarbeidet Ernæringstrappen (se vedlegg 7.1) med formål å belyse ulike ernæringstiltak som kan iverksettes for å sikre tilstrekkelig og riktig mat for den enkelte pasient. Tiltakene er satt opp i prioritert rekkefølge og bør vurderes etter dette. Fokus på ernæringstiltak som ligger på et lavere nivå vil kunne forsinke eller forhindre bruk av dyre behandlingsmetoder slik som sonde- eller intravenøsernæring (2009). Ut i fra ernæringstrappen vil tiltak slik som energi- og næringstettkost og næringssupplementer være særlig relevant for denne pasientgruppen, samt tiltak direkte rettet mot bivirkningene. Før tiltak kan iverksettes må sykepleier derimot kartlegge pasientens situasjon og ernæringsstatus. De fleste pasienter kan også ha behov kostveiledning (Sjøen & Thoresen, s.367).

2.3 Kakeksi

Det finnes flere ulike definisjoner for kakeksi. Felles for alle definisjonene er at kakeksi blir definert som et komplekst metabolsk eller multifaktorielt syndrom, som kan sees i sammenheng med underliggende sykdom. Syndromet er kronisk og progredierende, og er preget av tap av muskelmasse, både med eller uten tap av fettmasse. Særlig kan kreftsykdommer forårsake forandringer i metabolismen som fører til en endret kroppssammensetning og vekttap. Kakektiske pasienter vil oppleve økende funksjonsnedsettelse, kraftløshet, nedsatt appetitt og

tidlig metthetsfølelse. Syndromet kan også bidra til redusert livskvalitet, redusert tumorrespons og økt kjemoterapitoksisitet. Generelt er syndromet forbundet med økt risiko for død. For å diagnostisere kakeksi må en av følgende må være tilstede: > 5% vekttap de siste seks måneder, eller vekttap > 2% i tillegg til KMI < 20kg/m² eller betydelig tap av skjelettmuskulatur (sarkopeni) (Bye, 2017, s.209; Norsk legemiddelhåndbok, 2016; Kværner, 2015).

2.4 Kurativ behandling

2.4.1 Strålebehandling

Kirurgi og strålebehandling er standardbehandling ved hode- og halskreft. Ved strålebehandling blir vevet tilført høyenergetiske røntgenstrålinger som skader arvestoffet i kreftcellen. Når den totale stråledosen blir høy nok vil kreftcellen dø (Bertelsen *et al.* 2016, s.139). Pasienter med ØNH-kreft kan motta strålebehandling før kirurgi for å minske svulsten, eller etter kirurgi hvis en ikke fikk “frie render”, det vil si at det er gjenværende kreftceller i operasjonsområdet. Strålebehandlingen vil sikre at alt fra kreftsvulsten forsvinner (Amdal & Bjordal, 2017, s.545; Kreftlex, 2018c). Dersom kreftsvulsten har utviklet seg for langt til å kunne opereres, behandles pasienten med strålebehandling alene. De fleste bivirkninger som oppstår ved strålebehandling er knyttet til området som blir bestrålt. Pasienter som mottar strålebehandling i hode- og halsregionen vil dermed utvikle bivirkninger som har direkte innvirkning på matinntaket. Ved strålebehandling mot munn og hals vil pasienten ofte utvikle betennelse i slimhinnen, smaksforandringer, irritasjon, sårhet og smerter i svelget, og ødem med følgende svelgeproblemer som kan vanskeliggjøre spisesituasjonen (Kreftlex, 2018b; Bye, 2017, s. 206; Siggerud, 2017, s. 531)

2.4.2 Cytostatika

Kjemoterapi eller cytostatika er en kjent behandlingsmetode ved kreft. Dette er et legemiddel som gis med hensikt å skade og drepe kreftcellene. Når kreftcellenes genmateriale blir skadd vil det forhindre deres evne til å dele seg (Kreftlex, 2018a). Cytostatika blir ofte brukt i kombinasjon med strålebehandling, enten før eller etter strålebehandling, og gis ved tilbakefall når stråling og kirurgi ikke er aktuelt (Kreftforeningen, 2018a). Det finnes mange typer cytostatika, og effekten på ernæringstilstanden avhenger av hvilken cytostatika som blir brukt og hvor de skal virke. Kjemoterapi gir ofte bivirkninger i form av kvalme, oppkast, brækninger, smaksforandringer, diaré og forstoppelse for å nevne noen. Disse bivirkningene vil gjøre det

vanskelig for pasientene å få i seg næring under cytostatikabehandling, og de vil regelmessig bli utsatt for perioder med sult (Bye, 2017, s.207).

2.5 Bivirkninger av behandling som kan hindre tilstrekkelig ernæring

2.5.1 Oral mukositt og svelgeproblemer

Oral mukositt er en betennelsestilstand i munnslimhinnen som vanligvis oppstår som følge av cytostatika- og strålebehandling. Ved mukositt dekkes slimhinnen av et hvitaktig belegg som kalles pseudomembran. Slimhinnen blir rød og ødematøs, og det kan utvikles blemmer og sår. Pasienten vil oppleve store smerter, og spesielt svelging er smertefullt og vanskelig. Ved uttalt oral mukositt vil pasienter ofte grue seg for å snakke, spise og svelge, og de beskriver det som å ha noe brennende eller “piggtråd” i halsen. Oral mukositt er mest vanlig hos pasienter som blir bestrålt i hode- og halsregionen, og ved bruk av høye doser cytostatika. Tilstanden rammer opp til 80% av ØNH-pasientene. I tillegg kan strålebehandling føre til irritasjon og sårhet i svelget, som kan føre til svelgeproblemer (Siggerud, 2017, s. 553; Kreftlex, 2018b).

2.5.2 Munntørrrhet

En annen vanlig bivirkning ved cytostatika- og strålebehandling mot ØNH-regionen er spyttkjerteldysfunksjon og medfølgende xerostomi (munntørrrhet). Behandlingen kan påvirke både spyttets mengde, sekresjonshastighet og sammensetning (Norsk helseinformatikk, 2014). Pasienten vil ofte oppleve at ekspektoratet blir seigt og tykt, og vanskelig å få opp. Videre kan pasienten oppleve at munntørrrheten påvirker hans evne til å snakke, sove, svelge, spise og smake. Spyttets naturlige funksjon er å rense tennene, smøre tannkjøtt og slimhinner, og det inneholder enzymer som hjelper til å smøre og bryte ned maten. Tilstanden vil dermed føre til økt risiko for utvikling av karies og infeksjoner, og kan påvirke pasientens fordøyelse av maten (Siggerud, 2017, s.554).

2.5.3 Endrede smaksopplevelser

Smaksforandringer kan oppstå som følge av cytostatikabehandling eller grunnet redusert spyttsekresjon etter strålebehandling. Mekanismen bak smaksforandringene er til dels ukjente. Pasienter kan oppleve endrede smaksopplevelser selv ved små stråledoser, og ved høyere doser

kan smakssansene forsvinne helt. De vanligste endringene er en redusert smakssans for søtt og salt, og økt sensitivitet overfor bitre smaker (Bye, 2017, s.212).

2.5.4 Kvalme og oppkast

Det finnes flere årsaker til kvalme og oppkast. Mange pasienter bruker sterke legemidler som opiatrer eller opioider og vanlige bivirkninger av disse er kvalme, oppkast og obstipasjon som kan medføre kvalme (Lorentsen & Grov, 2016, s.413). Videre kan kvalme og oppkast skyldes cytostatika- og strålebehandlingen, dehydrering og elektrolyttforstyrrelser. Betinget kvalme er når pasienten kobler kvalmen han har opplevd i forbindelse med behandling til andre inntrykk som har skjedd samtidig. Kvalmen kan eksempelvis kobles til mat, farger, lukt, personer eller sted og utstyr (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 369). Oppkast kan oppstå som følge av bevegelse, inntak av mat og matlukt (Bye, 2017, s.212)

2.6 Kostholdets betydning for ØNH-kreftpasienter under behandling

Det er kjent at kroppens behov for energi- og næringsstoffer endres ved sykdom. Både sykdom og behandling kan påvirke hvordan næringsstoffer tas opp i tarmen eller øke omsetning og tap av stoffene. Riktig og tilstrekkelig ernæring er spesielt nødvendig for kreftpasienter, siden det har vist at det fører til bedre behandlingstoleranse, bedre immunforsvar og derfor minsket infeksjonsrisiko, og færre utsettelse i behandlingen. Tilstrekkelig ernæring kan bidra til hevet livskvalitet og bedre prognose (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 231 + 365). Et godt sammensatt kosthold er nødvendig, siden næringsstoffene bidrar til ulike prosesser i kroppen. Makronæringsstoffer som karbohydrater, proteiner og fett er energigivende næringsstoffer som blant annet er nødvendig for sårheling og oppbygging av vev (Donald, 2010, s. 492). Videre må pasienten være tilfredsstillende hydrert ved behandling av cellegift siden avfallsstoffene skilles ut i urinen. Dehydrering kan dermed føre til opphopning av avfallsstoffer og alvorlige komplikasjoner. Tabell 2.1 gir en veiledning for beregning av kaloribehovet per dag til ulike kategorier av pasienter mellom 18-70 år (Helsedirektoratet, 2012b, s. 85).

Tabell 2.1 Anbefalt kaloriinntak for ulike pasient- og brukergrupper

Kost for sengeliggende	30 kcal per kilo ønskelig vekt
Kost for oppegående	33 kcal per kilo ønskelig vekt
Kost for oppbygging	40 kcal per kilo ønskelig vekt

Dersom pasienten er mager	+ 10%
Dersom pasienten er 18-30 år	+10%
Dersom pasienten er 70 år	-10%
Dersom pasienten har feber	+ 10% per grad temperaturøkning
Pasienter med store skader og forbrenninger har større behov enn dette	

2.7 Sykepleiefaglig rammeverk

2.7.1 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Sykepleieren har i sitt arbeid syv ulike funksjons- og ansvarsområder: helsefremmende og forebyggende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende og veiledende, behandlende og lindrende funksjon, samt funksjoner som vektlegger organisering, administrasjon og ledelse, og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s.17)

I ernæringsarbeidet har sykepleieren spesielt en forebyggende, undervisende og behandlende funksjon. Tertiærforebygging er rettet mot personer med kronisk eller langvarig lidelse, med fokus på å forhindre komplikasjoner i forbindelse med sykdom, undersøkelser og behandling, og hindre at nye problemer oppstår (Kristoffersen, *et al* 2011, s.18). Riktig mat er en grunnleggende del av helseforebyggende arbeid (Stubberud, Kondrup & Almås, 2016, s.17). Et mangelfullt energi- og næringsinntak kan føre til at pasienten får et lengre sykehusopphold og et mer komplisert sykdomsforløp (Sjøen & Thoresen, 2012). Sykepleierens undervisende funksjon handler om å bidra til økt læring, mestring og utvikling hos pasienten. Sykepleieren må undervise pasienten om viktigheten av riktig og tilstrekkelig ernæring, samt gi råd og tips om hvordan en kan takle ulike ernæringsmessige utfordringer. God ernæringspraksis forutsetter at sykepleieren kartlegger, vurderer og dokumenterer pasientens ernæringsstatus, vurderer pasientens matinntak i forhold til behov, iverksetter ernæringstiltak tilpasset den enkelte og deretter følger opp og evaluerer ernæringsbehandlingen (Helsedirektoratet, 2012b). Sykepleierens behandlende funksjon er dermed svært fremtreden i ernæringsarbeidet.

2.7.2 Juridisk rammeverk

Lov om helsepersonell og lov om pasient- og brukerrettigheter er sentrale lovverk for helse- og omsorgsarbeid, og vil legge rammene og bakteppet for sykepleieutøvelsen. Ved å regulere

yrkesutøvelsen, herunder helsepersonells plikter og ansvar, bidrar Helsepersonelloven til sikkerhet og kvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2017e). Helsepersonelloven kapittel 2 § 4 setter krav til helsepersonells faglige forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Paragrafen understreker at helsepersonell skal “innhente bistand eller henvise videre der det er nødvendig og mulig” (Helsepersonelloven § 4, 1999). I ernæringsarbeidet må sykepleier samarbeide tverrfaglig med blant annet lege, klinisk ernæringsfysiolog og tannpleier for å kunne yte individuelt tilpasset og faglig forsvarlig sykepleie (Jacobsen & Bye, 2015). Taushetsplikt, opplysningsrett og dokumentasjonsplikt vil være overordnet.

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer blant annet pasientens eller brukernes krav og rettigheter. Sentrale rettigheter vil være lovens kapittel 3 § 3-1 om pasientens eller brukerens rett til medvirkning og § 3-2 rett til informasjon (Helsepersonelloven, § 3-1, § 3-2, 1999). Lov om folketrygd § 5-14 understreker at trygden gir støtte til dekningen av utgifter til viktige legemidler, spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell. Loven utdypes ytterligere i forskrifter om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler (blåreseptforskriften). Blåreseptforskriften § 6 omhandler næringsmidler. Det ytes stønad ved “sykelige prosesser som affiserer munn, svelg og spiserør og som hindrer tilførsel av vanlig mat” og ved “behandling av kreft/immunsvekkelse eller annen sykdom som medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd” (Blåreseptforskriften, 2007, § 6, pkt. 1 og 4). Dette vil være aktuelt for pasienter som får poliklinisk behandling og for pasienter etter endt behandling.

2.7.3 Etisk rammeverk

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er utarbeidet av Norsk sykepleieforbund (NSF) og danner det etiske fundamentet for sykepleien. Retningslinjene har som formål å sikre høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleiere, og brudd på etiske grenser vil kunne føre til sanksjoner (Sneltvedt, 2016). Særlig vil punkt 2 som omhandler sykepleierens forhold til pasient være sentralt i yrkesutøvelsen. Her vektlegges det at hun skal “ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig sykepleie og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (NSF, 2016). Punkt 2.3 understreker at sykepleieren må ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og i dette inngår behovet for hjelp til mat og drikke.

2.7.4 Definisjon av sykepleie av Virginia Henderson

Virginia Henderson definerer sykepleierens funksjon som:

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. (Henderson via Mathiesen, 2015, s. 126).

Ut i fra denne definisjonen er sykepleierens rolle å bistå og hjelpe mennesket i områder der vedkommende, grunnet mangel på styrke, vilje eller kunnskap, ikke selv strekker til. Sykepleieren skal "hjelpe mennesket til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller en fredfull død)" som indikerer at hun har en helsefremmende, forebyggende, behandlende og lindrende funksjon (Henderson via Mathiesen, 2015, s. 126). Henderson utdyper i sin sykepleieteori at sykepleieren skal hjelpe pasienten med deres daglige rutiner og levemønster, eller med de aktiviteter han til vanlig utfører uten assistanse, slik som respirasjon, ernæring, eliminasjon, mobilisering, kroppsstell, søvn og hvile. Henderson beskriver 14 ulike punkter som hun mener er fundamentale, grunnleggende behov hos mennesket, og presiserer at disse 14 punktene også kan anses som sykepleieroppgaver. Punkt to handler om tilstrekkelig inntak av mat og drikke (1997, s.42). Dette innebærer at sykepleier, i samarbeid med annet helsepersonell, har ansvaret for å ivareta pasientens ernæringsbehov, samt gi råd og veiledning i hvordan pasienten skal få dekket dette behovet (Jacobsen & Bye, 2015, s.619).

3. 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 formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Vilhelm Aubert via Dalland, 2017, s. 50). Problemstillingen i en studie vil legge premissene for hvilken metode man skal bruke. Når vi velger en bestemt metode mener vi at akkurat den fremgangsmåten egner seg best til å belyse problemstillingen eller det spørsmålet som stilles (Dalland, 2017, s. 51). I dette kapitlet vil jeg beskrive metoden anvendt i oppgaven, fremgangsmåte for litteratursøk og begrunne for valgt teori. Deretter vil jeg kritisk vurdere fagstoffet og forskning, samt presentere etiske overveielser for oppgaven.

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven søker jeg å finne ut hvordan sykepleier kan bidra med å forebygge underernæring hos hode- og halskreftpasienter som opplever bivirkninger av cytostatika- og strålebehandling. For å undersøke og besvare dette blir litteraturstudie anvendt som metode. En litteraturstudie innebærer å tilegne seg kunnskap ved eksisterende, relevant teori og forskning for å belyse en problemformulering på best mulig måte. Dette krever en systematisk og kritisk gjennomgang av litteraturen (Thidemann, 2015, s.79). Ved å ha litteraturstudie som metode kan jeg utvide eget teoretiske kunnskapsgrunnlag om hode- og halskreft, samt utforske nyere forskning innen fagområdet. Den metodiske tilnærmingen gir god trening i fag- og forskningssøk, og trening i vurdering av litteratur og evnen til å være kildekritisk. Yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 understreker at det er sykepleierens eget ansvar å holde seg “oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra at ny kunnskap anvendes i praksis” (NSF, 2016, s. 110).

3.2 Litteratursøk

For å finne aktuell forskning har jeg benyttet databasene Cinahl og SweMed+. I søkeprosessen har jeg formulert søkeord som er relevant for den valgte problemstillingen, og hatt fokus på å inkludere artikler som vektlegger sykepleietiltak og intervensjoner. Artiklene måtte være publisert etter 2008, og kun engelske og norske forskningsartikler ble vurdert. Inklusjonskriteriene var at forskningsstudiene i tittel eller abstraktet skulle handle om bivirkninger av kurativ behandling hos hode- halskreftpasienter eller mer spesifikt om

ernæringsproblematikk ved kurativ behandling for kreft. Det var seks studier som var aktuelle og fremgangsmåten for disse er illustrert i tabellen nedenfor (tabell 3.1).

Tabell. 3.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Dato for søk	Forfatter, årstall	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall funn
06.12.17	1. Stenling & Nortvedt, 2011	SweMed+	År 2008 – 2018. Peer reviewed (fagfelleverdert)	“Ernæring” + AND + “Kreft”	18
25.10.17	2. Valentini, Marazzi & Bossola, 2012	Cinahl	År 2008 – 2018 Peer reviewed	“Nutritional counseling” “Head and neck neoplasms” og “Search with and”	11
25.10.17	3. McLaughlin & Mahon, 2014	Cinahl	År 2008 – 2018 Peer reviewed Full tekst Any author is a nurse	“Head and neck cancer”	27
26.10.17	4. Paccagnella, Morello, & Da Mosto, 2010	Cinahl	År 2008 – 2018 Peer reviewed Full tekst	“Head and neck neoplasms”, “Malnutrition”, “search with and”	19
26.10.17	5. Kartin, Tasci & Soyuer, 2014	Cinahl	År 2008 – 2018 Peer reviewed Full tekst	“Head and neck neoplasms”, “malnutrition”, “Search with and”.	19
21.03.18	6. Ottoson, Laurell & Olsson, 2013	Cinahl	År 2008 – 2018 Peer reviewed Full tekst	“Eating”, “Head and neck neoplasms”, “Radiotherapy” “Search with and”	9

3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvantitativ og kvalitativ metode forteller noe om hvordan en har samlet inn data i en studie. En forsker med kvantitativ tilnærming går ofte i bredden og søker det gjennomsnittlige eller representative. Denne metoden gir data i enheter som er målbare, og en kan anvende disse tallene til å beregne ulike modeller. Ved kvalitativ metode ønsker man å få frem det særegne ved den enkelte informant. Forskeren går i dybden og søker å fange opp tanker, meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). Av de seks valgte artiklene er tre kvantitative forskningsstudier, hvorav to er klinisk effektstudier, en studie med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming, en kvalitativ studie og et systematisk litteratursøk. I en klinisk effektstudie tester en gruppe pasienter effekten av en bestemt behandlingsform. Jeg har valgt å inkludere studier med forskjellige metoder, fordi tilnærmingen i forskningsartiklene vil kunne gi ulik type informasjon og perspektiver. Validitet innebærer studiens relevans og gyldighet. Data som innhentes må være relevante og bidra til å se problemstillingen fra flere hold, samt være overførbar til aktuell praksis. Reliabilitet betyr pålitelighet, og går ut på at ulike målinger eller fremgangsmåten må utføres korrekt og at mulige feilmarginer angis. Dette er vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav som skal sikre at kunnskapen som innhentes er troverdig (Dalland, 2017, s.60).

3.4 Valg av teori, faglitteratur og brukerkunnskap

Ettersom det teoretiske rammeverket danner grunnlaget for forståelsen og senere drøfting, er det nødvendig å velge litteratur relevant til problemstillingen. For å belyse problemstillingen på en mest mulig presis måte, har jeg valgt å bruke litteratur som går utover høgskolens pensum og som forteller noe konkret om mitt tema, i tillegg til bøker fra sykepleieutdanningens pensum. Bøker som handler om hode- og halskreft og de utfordringene disse pasientene kan møte på, ernæring hos kreftpasienter og sykepleie til denne pasientgruppen har vært av særlig interesse. Jeg har også anvendt internett for å søke etter vitenskapelige artikler og litteratur. Nettsider slik som Kreftforeningen, kreftregisteret og Kreftlex har blitt brukt da de har oppdatert kunnskap og tall. Sykepleiere må basere sine avgjørelser på kunnskapsbasert praksis, som innebærer bruk av oppdatert forskning, fag- og brukerkunnskap, for en god og faglig forsvarlig fagutøvelse. Brukerkunnskap og brukervedvirkning går ut på at pasientens og brukernes syn skal vektlegges og imøtekommes når beslutninger skal tas. Ved å legge frem forskningskunnskap, egne erfaringer og pasientens vil sykepleier kunne legge til rette for gode beslutninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 19). Det er ikke alltid konsensus mellom

det som står beskrevet i faglitteratur og det pasienten opplever, derfor inkluderes egen klinisk erfaring og brukerkunnskap i denne oppgaven for å få frem pasientens meninger og syn.

3.5 Kildekritikk

Å være kildekritisk betyr at en kritisk vurderer litteraturen som er funnet og inkludert i oppgaven (Dalland, 2017, s.158). I litteratursøket har jeg vært påpasselig med å velge litteratur og forskningsartikler som er fra 2008 eller senere. Dersom fagstoffet eller forskningen er eldre enn ti år vil dette påvirke stoffets validitet, siden det medisinske feltet er i kontinuerlig endring. Det er ikke foretatt systematiske søk og søkeordene kan være mangelfulle, noe som kan føre til at jeg har gått glipp av eksisterende studier innen temaet. Søkene er blitt gjort alene og stoffet har dermed ikke blitt kvalitetssikret av en annen part. Det har heller ikke vært tilstrekkelig med ressurser til å gjennomgå mange forskningsartikler. Pålitelige databaser slik som Cinahl og SweMed+ er blitt brukt i forskningssøket, likevel kunne jeg anvendt flere databaser for å få bedre dekning av forskningsartikler. Det brukes kun seks forskningsartikler som kan føre til uheldig vinkling av resultatet i oppgaven, men jeg har valgt å inkludere flere studier som undersøker effekten av det samme tiltaket for å få frem ulike perspektiver. Det er primært forsøkt å bruke førstehåndslitteratur, men sekundærkilder har også blitt anvendt siden disse kan gi en bredere forståelse av problematikken. Jeg har valgt å inkludere en systematic review, ettersom systematiske litteratursøk gir en god oppsummering og overblikk over forskningsstudier innen et spesifikt tema. Dette kan bidra til et bredere perspektiv i problemområdet.

To studier fra Skandinavia, to fra Italia, én fra USA og én fra Tyrkia er inkludert i oppgaven. Forskning utført i utlandet har blitt kritisk vurdert før det ble inkludert, fordi det kan være kulturforskjeller i kosthold og levemåte, samt forskjeller i helsevesen. Det er dermed ikke sikkert at all forskning er overførbart til norske forhold. De valgte studiene har blitt inkludert fordi de sier noe konkret om mitt tema og problemstilling, og kan på ulike måter overføres til sykepleiefaget. To av studiene har postoperativt perspektiv og intervjuer pasienter etter endt behandling, men vil være relevant siden det er kjent at bivirkningene som oppstår ved behandling ofte kan vedvare over tid (Helsedirektoratet, 2017d s. 42). De fleste studiene er på engelsk som kan ha ført til feiltolkninger eller at innhold har blitt feiloversatt. I forskningsstudien utført av Valentini *et al.* brukes det næringssupplementer fra merket Nutricia, og det er viktig å være kritisk til om forskerne har en egen interesse eller har blitt sponset av

ulike aktører for å utføre forskningen. Det opplyses imidlertid at studien ikke har blitt sponset og “no conflicts of interest”. Alle forskningsartikler brukt i denne oppgaven er fagfellevurdert, som betyr at eksperter innenfor fagområdet har kritisk vurdert og dermed kvalitetssikret bidraget før det har blitt publisert. Dette styrker stoffets validitet og reliabilitet.

3.6 Etiske overveielser

I litteraturstudier brukes fagstoff og forskning gjort av andre sammen med tekst som er produsert av en selv. Presentasjon av andres arbeid må derfor skje på en ryddig og en nøyaktig måte. For å være tro mot eget og andres arbeid har kilder blitt korrekt henvist til. LDHs retningslinjer for kildehenvisning har blitt anvendt i prosessen. Ved henvisning til egne og pasienterfaringer har jeg vært varsom med å ikke bryte taushetsplikten. Navn, sted eller annet som kan identifisere pasienten har blitt ekskludert.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres forskningsstudiene i en artikkelmatrise. Det gis en beskrivelse av studienes hensikt, metode og design, og sentrale funn.

Tabell 4.1: Artikkelmatrise over valgte forskningsstudier

Nr.	Forfatter, årstall, land	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode, Design	Funn
1	Stenling E. M. & Nordtvedt, M. W. 2011, Norge	<i>Effekt av ernærings-veiledning til pasienter med kreft</i>	Sykepleien forskning	Studien undersøker om kostveiledning har innvirkning på ernæringsstatus, næringsinntak, symptomer og livskvalitet hos kreftpasienter som får cytostatika og/eller strålebehandling	Systematisk litteratursøk i Cochrane Library, Evidencebased Medicine og Medline	Én retningslinje, én systematisk oversikt, to randomiserte kontrollerte studier ble inkludert. Resultater fra disse kan tyde på at ernæringsveiledning kan øke næringsinntaket, forbedre ernæringsstatus og gi økt livskvalitet hos pasienter som mottar cytostatika og/eller strålebehandling. Veiledningen må være tilpasset den enkeltes ønsker og vaner.
2	Valentini V., Marazzi, F., Bozolla M., Miccichè, F. & Nardone L. 2012, Italia	<i>Nutritional counselling and oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy</i>	Journal of Human Nutrition and Dietetics	Avklare effekten av ernærings-veiledning både med og uten perorale nærings-supplementer, særlig i forhold til behandlingstoksicitet.	Kvantitativ metode. Klinisk effektstudie. 21 pasienter som gjennomgikk cytostatika- og strålebehandling mot hode- og halskreft fikk tidlig og ukentlig kostveiledning av klinisk ernærings-fysiolog, og nærings-supplementer.	Fire pasienter hadde svelgeproblemer før oppstart av behandling, mens resterende 17 deltagere utviklet svelgeproblemer mot slutten av behandling. Forekomsten av mukositt var høyere hos pasienter med KMI < 25, sammenlignet med pasienter med KMI > 25.
3	Paccagnella, A., Morello, M., Da Mosto, M.C., Baruffi, C., Marcon, M. L. & Gava, A. 2010, Italia	<i>Early nutritional intervention improves treatment tolerance and outcomes in head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy</i>	Support Care Cancer	Undersøker om tidlig og intensiv ernæringsveiledning har innvirkning på ernæringsstatus og behandling.	Kvantitativ studie. Innhenting av klinisk dokumentasjon av 33 tidligere hode- og halskreftpasienter som mottok ernæringsveiledning før oppstart av behandling, og 33 pasienter som fikk standard behandling, retrospektiv analyse av materialet.	Under cytostatika- og strålebehandling ble det observert et mindre vekttap hos intervensjonsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. Videre hadde intervensjonsgruppen færre pauser og utsettelse grunnet bivirkninger i strålebehandlingen, og færre uplanlagte sykehusinnlegger.
4	Ottosson, S., Laurell, G. & Olsson, C. 2013 Sverige	<i>The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck</i>	Journal of Clinical Nursing	Å beskrive opplevelsen av spising, mat og måltider etter strålebehandling	Kvalitativ studie, semi-strukturert intervju med 13 pasienter som har gjennomgått	Pasientenes opplevelse av mat, spising og måltider kan formuleres i seks ulike kategorier; usikkerhet relatert til fremtiden, endrede spisevaner,

		<i>cancer: a qualitative study</i>		mot hode- og halsregionen	strålebehandling mot hode- og halskreft.	redusert betydning og nytelse av mat og måltid, utfordringer relatert til spising med andre enn familie, viktigheten av støtte og informasjon og til slutt aksept av den nye tilværelsen.
5	Mclaughlin, L. & Mahon, S. M. 2014, USA	<i>Taste dysfunction and eating behaviors in survivors of head and neck cancer treatment -</i>	Medsurg Nursing	Utforske hvordan personer med kreft i hode- og halsregionen håndterer bivirkninger slik som smaksendringer etter behandling, siden kunnskap på dette området er noe begrenset.	Kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Både forskningssøk, innsamling av data fra pasientjournal og intervju. Studien inkluderer 88 pasienter.	Pasienter inkludert i studien forteller at bivirkninger av behandling vedvarte over lenger tid. Sentralt var endring i preferanser for mat og dens konsistens.
6	Kartin, P.T., Tasci, S., Souyer, S. & Elmali, F. 2014, Tyrkia	<i>Effect of an Oral Mucositis Protocol on Quality of Life of Patients with Head and Neck Cancer Treated with Radiation Therapy</i>	Clinical Journal of Oncology Nursing	Studien tester om en protokoll/veileder for forebygging av oral mukositt har effekt på ernæringsstatus og livskvalitet ved strålebehandling	Randomisert, kontrollert klinisk effekt studie. Inkluderer 50 pasienter, hvorav 20 ble plassert i intervensjonsgruppe. Disse testet effekten av en protokoll for munnstell og ernæring ved	I behandlingsperioden ble det observert at mukositt utviklet seg saktere hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg var forekomsten av underernæring lavere hos intervensjonsgruppen.

5. Drøfting

I det følgende kapittelet vil problemstillingen besvares ved å beskrive og drøfte konvensjonelle sykepleietiltak slik som kartlegging, screening, ernæringsveiledning, energi- og næringstett kost og næringssupplementer. Deretter drøftes tiltak direkte rettet mot bivirkningene av behandling.

5.1 Ernæringscreening og kartlegging

Riktig ernæring er spesielt nødvendig for kreftpasienter, ettersom det har vist at tilstrekkelig ernæring fører til bedre behandlingstoleranse, bedre immunforsvar og derfor minsket infeksjonsrisiko, og færre utsettelse i behandlingen (Sjøen & Thoresen, 2012). Riktig ernæring forutsetter blant annet en god ernæringspraksis med gode rutiner i alle ledd. En god ernæringspraksis begynner med grundig kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus (Helsedirektoratet, 2012b).

Tidlig avdekking og identifisering av pasienter i ernæringsmessig risiko gir sykepleieren mulighet til å iverksette målrettede tiltak før underernæring oppstår. Helsedirektoratet anbefaler helsepersonell å vurdere alle pasienter for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig (2010a). Kartlegging av ernæringsmessig risiko gjøres ved bruk av screening- eller kartleggingsverktøy. Screeningsverktøyene Nutritional risk screening 2002 (NRS) og Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) er anbefalt brukt i sykehus. NRS 2002 er spesielt egnet for bruk i sykehus fordi den kartlegger både grad av sykdomsmetabolisme og ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 2010a). Felles for verktøyene er at de skårer pasienten etter ulike kriterier som prosentvis vekttap, KMI-verdi og sykdommens alvorlighetsgrad, for å avdekke en eventuell redusert ernæringsstatus (Sjøen & Thoresen, 2012). Slik jeg ser det kan det bli en utfordring for sykepleiere som jobber i onkologisk poliklinikk å følge opp screening, siden pasienter ikke er inneliggende. Pasienten kommer jevnlig inn for behandling og reiser hjem i etterkant, men sykepleier bør likevel etterstrebe å følge anbefalingene.

Underernæring rammer over halvparten (67%) av pasientene med kreft i hode-halsregionen, og de er ofte underernærte ved diagnosetidspunktet og før oppstart av kurativ behandling (Valentini, Marazzi, Bossola, Micciche, 2012; Stratton, Green & Elia via Stenling & Nortvedt, 2011). Ifølge Helsedirektoratet anbefales det at alle pasienter som befinner seg i en

ernæringsmessig risiko får utarbeidet en individuell ernæringsplan. Denne ernæringsplanen bør inneholde dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, energi- og væskebehov, svelgevansker, tyggeeve, energi- og væskeinntak og også relevante ernæringstiltak og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010a). Sykepleier kan kartlegge pasientens matinntak ved kostsamtale eller kostregistrering. I en kostsamtale intervjues pasienten om sine matvaner og rutiner. Pasienten blir ofte bedt om å beskrive hva og hvor mye de spiser og drikker i løpet av en dag, måltidsrytmen og om eventuelle endringer den siste tiden. Kostregistrering går ut på at sykepleieren nøyaktig registrerer hva pasienten inntar i løpet av en periode. På den måten kan hun vurdere mangler ved kosten og dermed iverksette tiltak knyttet til dette (Sjøen & Thoresen, 2012, s.265; Helsedirektoratet, 2012). Sett i lys av dette kan kostsamtale og kostregistrering sette fokus på og tydeliggjøre pasientens problemer, noe som kan gi en følelse av nederlag og føre til svikt i motivasjonen. Sykepleier må derfor opptre støttende og være forståelsesfull overfor pasienten. For å regne ut pasientens energi- og væskebehov kan en bruke ulike veiledere for utregning av kaloribehov. Tabell 2.1 gir en god veiledning i hvordan en beregner pasientens daglige og anbefalte kaloribehov, og tar i utgangspunkt i ulike pasient- og brukergrupper.

Ernæringsscreening og kartlegging er viktig forebyggende tiltak og kan knyttes tett opp mot Hendersons sykepleietenkning. Henderson hevder at for å kunne bistå og hjelpe mennesket må sykepleieren kjenne pasienten godt. For å kjenne pasienten godt må sykepleieren kontinuerlig observere og kartlegge den sykes situasjon, og iverksette tiltak deretter (1997). Stenling og Nortvedt påpeker at sykepleieren har en avgjørende rolle i kartlegging og vurdering av pasientens ernæringstilstand (2011, s.225). Sykepleieren tilbringer mest tid med pasientene og er derfor i den beste posisjonen til å observere og bli kjent med pasientens matvaner. God sykepleie er ifølge Henderson å møte og hjelpe pasienten der han er, med de helseutfordringene pasienten ikke mestrer på egen hånd. Målet blir å hjelpe pasienten til å bli mest mulig selvstendig og uavhengig av hjelp (Henderson via Mathiesen, 2015, s.127), noe jeg vil komme tilbake til i punkt 5.3. Cancer-relatert kakeksi kan som tidligere beskrevet være en av årsakene til at pasienten går ned i vekt og er underernært. Kakeksi skiller seg fra underernæring da det er mer enn bare vektnedgang grunnet utilstrekkelig næringstilførsel over tid. Ved kakeksi kan pasienten innta tilstrekkelig med kalorier og likevel oppleve vektnedgang, grunnet metabolske forandringer i kroppen som gjør at den ikke klarer å nyttiggjøre seg av den næringen som tilført (Kværner, 2015). I motsetning til underernærte pasienter vil pasienter med dette syndromet ikke respondere på konvensjonell ernæringsbehandling, og behandlingen alene vil ikke kunne

stoppe eller reversere vekttapet (Norsk legemiddelhåndbok, 2016). Dette gjør at sykepleierens forebyggende og behandlende funksjon blir utfordrende. Sykepleier må ha kunnskap om kakeksi og dersom dette er årsaken til pasientens vekttap må videre tverrfaglig utredning iverksettes. Samtidig må det understrekes at tverrfaglig samarbeid er grunnleggende for å kunne yte faglig forsvarlig pleie, og at tverrfaglig bistand må innhentes uavhengig av årsaken til underernæring, jamfør Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet. Lege, klinisk ernæringsfysiolog og tannlege eller tannpleier vil være nødvendige samarbeidspartnere under behandling av ernæringsproblematikk (Jacobsen & Bye, 2015). Imidlertid kan det for pasienten bli mange personer å forholde seg til, og pasienten kan føle at han har mange avtaler som må holdes. Det er viktig at sykepleier viser forståelse for at det kan være krevende for pasienten, som allerede befinner seg i en stressende periode preget av store omveltninger og utfordringer (Dahl, 2016).

5.2 Ernæringsveiledning

Pasientundervisning er ifølge Donald det første steget mot en forbedret ernæringsstatus (2010, s.492). Ved å få opplæring i hvilke bivirkninger som kan forekomme og hvordan kosten kan tilpasses disse, kan det forventes at pasienten blir mer beredt og kan kjenne igjen disse når de oppstår. Henderson beskriver i hennes sykepleieteori at det er en sykepleierens oppgave å assistere, bistå og hjelpe pasienten der de: “ikke har styrke, vilje eller kunnskap”, og understreker med dette at sykepleieren har en viktig undervisende funksjon. Hun skriver at sykepleieren må kunne gi råd og undervisning om vekt, energibehov og andre ernæringsmessige krav, samt veilede pasienten i valg og forberedelse av mat (Henderson, 1997, s.46). Sykepleieren må tidlig i forløpet understreke nødvendigheten av riktig ernæring og hvordan mat kan bidra i tilhelingsprosessen (Donald, 2010, s.492).

Ernæringsveiledning kan ha en gunstig påvirkning på pasientens ernæringsstatus, næringsinntak og behandling. Dette underbygges i litteraturstudien til Stenling og Nortvedt, hvor resultater fra inkluderte studier viser at intervensjonsgruppene som mottok tidlig ernæringsveiledning hadde høyere kaloriinntak og færre underernærte pasienter ved etterkontrollen, sammenlignet med kontrollgruppen (2011). Forfatterne understreker også at kostveiledningen må være individuelt tilpasset og ta utgangspunkt i pasientens ønsker og vaner (Stenling & Nortvedt, 2011, s.226). Tilpasset og pasientsentrert veiledning vil ivareta pasientens autonomi og integritet, og kunne sikre hans brukermedvirkning. Kostveiledning kan

bidra til at pasienten blir mer selvstendig og uavhengig av hjelp. Selvstendighet og uavhengighet er etter Henderson sentrale mål ved sykepleie (1997, s.22). Lignende resultater kommer frem i en italiensk studie. Studien konkluderer med at tilpasset og jevnlig ernæringsveiledning, og inntak av perorale næringssupplementer under behandling kan knyttes til redusert cytostatika- og stråletoksisitet og mild forverring av ernæringsstatus (Valentini, *et al*, 2012). Samtidig understreker en annen italiensk studie at for at ernæringsveiledningen skal ha et positivt utfall må den gis før oppstart, under og etter endt behandling (Paccagnella, *et al*. 2010). En ser at tidlig, tilpasset og jevnlig ernæringsveiledning er gjennomgående i alle tre studiene. Sistnevnte understreker derimot også viktigheten av å fortsette med veiledning etter behandling, fordi pasientene inkludert i studien opplevde bivirkninger opptil seks måneder etter endt behandling. Ottosson, Laurell og Olsson intervjuet 13 overlevende pasienter ni måneder etter strålebehandling, og majoriteten av disse kunne fortelle at de fremdeles opplevde bivirkninger relatert til stråling (2013). På bakgrunn av dette vil det være viktig at sykepleier fortsetter med kostveiledningen selv om pasienten er ferdig med behandling, fordi han fortsatt kan oppleve bivirkninger i en tid etterpå som kan ha en innvirkning på ernæringsstatus. Likevel skriver Paccagnella *et al*. at tidligere forskningsstudier og litteratur hyppig observerer et vekttap på 10 % eller mer hos pasienter med kreft i hode-halsregionen som gjennomgår cytostatika- og strålebehandling. På grunn av et høyt forventet vekttap vil ikke ernæringsveiledning i seg selv være tilstrekkelig for å øke vekten hos denne pasientgruppen. Forskerne anbefaler derfor at fokuset bør være på å opprettholde kroppsvekt framfor vektøkning (2010).

Undervisningen kan føre til økt forståelse og dermed økt etterlevelse av ernæringsråd og tips (se avsnitt 2.7.1). Likevel kan det tenkes at det kan bli for mye informasjon for pasienten. Etter å ha vært i praksis på ØNH-avdeling og arbeidet tett med denne pasientgruppen har jeg ofte hørt fra pasienter at de glemmer hva som blir sagt. Undervisningen må derfor foregå i pasientens tempo, og sykepleier må bruke et språk som pasienten forstår. Helsepersonell kan grunnet globalisering og innvandring møte på pasienter med annen kulturbakgrunn og morsmål. Om pasienten ikke snakker norsk, kan dette vanskeliggjøre både kommunikasjon og veiledning. Slik jeg ser det kan språkbarrierer og liten forståelse føre til redusert etterlevelse fra pasientens side. I slike tilfeller må sykepleier innhente nødvendige ressurser, eksempelvis tolk, ved behov (Eide & Eide, 2014, s. 86).

5.3 Energi- og næringstett kost og berikning

Pasienter med vanskeligheter med å innta tilstrekkelig ernæring vil ha behov for en energi- og næringstett kost. Sentrale prinsipper ved denne kosten er å øke fett- og proteininnholdet og servere pasienten fem-seks mindre måltider, framfor tre store måltider om dagen. Sykepleier kan enkelt øke energiinnholdet i pasientens kost ved å bytte ut lette produkter med fetere matvarer, slik som helfete pålegg, majones og ha et tykkere lag med margarin på brødsiver. Videre kan en berike supper og gryter med rapsolje, fløte, smør og helmelk (Sjøen & Thoresen, 2012). Andre næringstette og proteinrike matvarer er seterrømme, crème fraîche, cottage cheese og egg (Kreftforeningen, 2016b). Bruk av næringstilsetninger eller ernæringspulver er andre måter sykepleier kan øke energiinnholdet i pasientens måltider og drikker. Det finnes mange ulike typer tilsetninger på markedet. Calshake, Resource Meritene, Nutrison Powder, Protifar og Skandishake er de som blir mest brukt i Norge. Tilsetningene har ulike bruksområder, men brukes oftest som supplement til mat og drikke for å øke energi- og næringstilførselen (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 282). Pasientens måltider i løpet av en dag kan eksempelvis være en liten porsjon havregrøt eller -suppe laget på H-melk til frokost, eggerøre med laks til lunsj, berikede gratenger eller gryter til middag, og smoothie eller annen næringsdrikk og frukt og nøtter mellom måltidene.

Utfordringen ved dette blir å servere mange måltider til en person som allerede har liten appetitt og dårlig matlyst. Å servere mange måltider som pasienten ikke klarer å spise kan i verste fall virke mot sin hensikt, og medføre at pasienten blir mer lei av mat. Sykepleierens oppmuntring kan i stedet oppfattes som slitsom masing om mat. En svensk studie intervjuet 13 pasienter med kreft i hode- og halsregionen om deres erfaringer med mat etter gjennomgått strålebehandling. Her kommer det frem at pasientene opplevde at et måltid tok lenger tid enn før, fordi de måtte tygge mer grundig og forsiktig grunnet svelgeproblemer. Deltakerne fortalte også at de etter hvert måltid måtte rense munnen for matrester, noe som førte til flere aktiviteter knyttet til måltidet (Ottosson, Laurell & Olsson, 2013). At pasienten får servert fem eller seks måltider og i tillegg bruker lenger tid på måltidet kan føre til at de opplever at de kontinuerlig spiser eller får servert mat fra helsepersonell. For å ivareta pasientens autonomi og integritet er det grunnleggende å respektere pasienten dersom han ikke ønsker å spise. Sykepleier, og helsepersonell forøvrig, må av den grunn være fleksible og kunne servere måltidene utenom fastsatte tider. Pasienter bør få tilbud om mat på kvelden eller på natten om han ikke sover.

5.4 Næringsdrikker

Etter Ernæringstrappen (vedlegg 7.1) er næringsdrikker siste trinn før sonde- og intravenøsbehandling. Likevel vil det i noen tilfeller være hensiktsmessig å starte på dette trinnet, dersom pasienten har vansker med å få i seg mat eller har redusert matlyst (Helsedirektoratet, 2012b). Ernæringsdrikker kan for mange være lettere å innta enn mat som må tygges, og kan være en enkel måte å supplere kostholdet på. Det finnes et stort utvalg av industrifremstilte næringsdrikker. Næringsdrikkene kommer i ulike smaker og variasjoner: juicebasert, yoghurtbasert, tilpasset diabetikere og andre spesielle behov slik som økt protein- eller fiberinnhold (Sjøen & Thoresen, 2012). Drikkene deles ofte i fullverdige og ikke-fullverdige næringsdrikker. De fullverdige næringsdrikkene inneholder alle næringsstoffer og vil kunne erstatte et måltid (Kreftforeningen, 2015). Ernæringsveiledning, i tillegg til inntak av næringsdrikker, viser en gunstig effekt på ernæringsstatus, ifølge studie utført av Valentini *et al.* (2012). Lignende resultater kommer frem i Stenling og Nortvedts studie. Inkludert forskning i denne studien viser at ernæringsveiledning sammen med inntak av næringsdrikker økte kaloriinntaket under behandling sammenlignet med kontrollgruppe uten intervensjonen (Ravasco *et al.* Via Stenling & Nortvedt, 2011). Siden næringsdrikkene finnes i ulike variasjoner er det nødvendig at sykepleier vurderer om pasienten har spesielle ernæringsbehov som må dekkes ved valg av type drikke (Sjøen & Thoresen, 2012). Av egen klinisk erfaring har pasienter ofte uttrykt at visse typer næringsdrikker ikke er gode og smaker kunstig eller førte til ubehagelig slim. Sykepleier må derfor aktivt inkludere pasienten og ta hensyn til hans preferanser og ønsker ved valg av type drikke. Det kan også tenkes at pasienten syntes at næringsdrikker er en kjedelig måltidserstatning som kan bli ensformig i lengden. En plastikkflaske med sugerør kan for noen være lite appetittvekkende, og ved servering må hun forsøke å gjøre næringsdrikkene fristende, for eksempel ved å servere i ordentlig glass med isbiter og en skive appelsin. Sykepleier bør også være påpasselig og sørge for at næringsdrikkene ikke stjeler matlysten fra de vanlige måltidene.

5.5 Tiltak rettet direkte mot bivirkningene

Stenling og Nortvedt skriver i sin studie at tilpasset ernæringsveiledning vil bidra til å redusere plager relatert til behandling (2011). Tilpasset kostveiledning og undervisning om bivirkningene vil være et gjennomgående tiltak i behandlingen.

5.5.1 Oral mukositt og svelgeproblemer

Oral mukositt rammer opp til 80% av pasienter med kreft i hode- og halsregionen og utgjør derfor et stort problem for denne pasientgruppen. Igangsetting av tiltak og veiledning rettet mot oral mukositt vil være en sentral oppgave for sykepleier, imidlertid må det poengteres at betennelsestilstanden ikke kan unngås, men kun reduseres og lindres. Undervisning i munnstell og hvordan pasienten skal tilpasse kosten etter tilstanden vil være grunnleggende for å lindre plagene. Da tilstanden er smertefull bør pasienten få tilstrekkelig smertelindring, og særlig til måltider og ved munnstell vil smertelindring være viktig (Siggerud, 2017). Kostholdet bør bestå av mild og bløt mat, og han bør unngå syrlig og sterk mat. Samtidig kan en tenke seg at pasienter fra kulturer med mye sterk og krydret mat kan oppleve at det er utfordrende å gå bort fra egne vante matvaner. Enkelte pasienter opplever at å drikke litt fløte før et måltid smører og lindrer munnhule og slimhinner (Sjøen & Thoresen, 2012, s.371). En god munnhygiene vil kunne begrense plagene, men noen pasienter kan kanskje syntes at selve munnstellet er smertefullt eller at tannkremen er for sterk, og kan kvie seg for disse aktivitetene. Sykepleie må oppfordre pasienten til å bruke ekstra myk tannbørste og mild tannkrem, og understreke viktigheten av munnstell. I en tyrkisk studie undersøkes effekten av å ha jevnlig veiledning og oppfølging, og en protokoll for munnhygiene. Det ble observert at pasientene i intervensjonsgruppen opplevde mindre smerter relatert til mukositt og hadde lavere forekomst av underernæring enn kontrollgruppen (Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014). Dette kan tilsi at sykepleier bør prioritere jevnlig oppfølging og følge en standardisert veileder for mukositt ved observasjon av munnhule.

Dersom pasienten har vanskeligheter med å svelge er det sentralt at sykepleier velger mat med riktig konsistens og næringsinnhold. Hva som er riktig konsistens vil være individuelt for den enkelte, og pasienten må prøve seg fram. Sykepleier må oppfordre ham til å tygge ordentlig, og gjerne drikke til hver matbit. Det kan være aktuelt med findelt eller geleringskost med mye saus for å lette tygging og svelging. Ved geleringskost blir maten bearbeidet slik at den blir tykk og får en glatt konsistens, som vil gjøre det enklere for pasienten å kontrollere svelgprosessen (Sjøen & Thoresen, 2012; Bye, 2017). På den ene siden er myk, most eller flytende mat er enklere for pasienten å svelge, men på den annen side kan maten bli mindre fristende. Pasienten kan miste både appetitt og motivasjon dersom maten er most. *“Jeg spiser med øynene også”* sa en pasient en gang da jeg tilbød findelt mat. Til tross for smertene og vanskene ønsket vedkommende å forsøke å spise normal kost, siden den findelte maten ikke var

appetittvekkende. En annen pasient fortalte at det var som å spise barnemat. Nytter ikke findelt eller geleringskost, vil flytende kost være nødvendig. Det kan imidlertid være utfordrende å dekke næringsbehovet med flytende kost. Sykepleier må derfor øke næringsinnholdet ved å berike matrettene (se avsnitt 5.2.3) (Bye, 2017, s.214).

5.5.2 Munntørrehet

Mange pasienter beskriver denne tilstanden som en av de verste bivirkningene relatert til behandling i hode- og halsregionen. Matlysten og smaksopplevelsen endres og reduseres ved munntørrehet, og seigt spytt gjør det vanskelig for pasienten å svelge. Som nevnt innledningsvis kan ernæringsproblematikk medføre store sosiale utfordringer. Pasienter i McLaughlin & Mahons studie forteller at de ikke lenger nøt å spise på restaurant eller klarer å spise foran fremmede, fordi de føler seg iøynefallende. De opplever ofte problemer med hosting og brekninger, og må ha mye drikke til måltidet (2014). Lignende beskrivelser fremkommer i Ottoson *et al.* sin studie, hvor pasienter forteller om mye usikkerhet rundt måltider utenfor hjemmet. Pasientene beskriver at de unngår å spise hos venner eller på restaurant, da det er en risiko for at de ikke klarer å spise maten som blir servert eller ikke klarer å spise like fort som andre rundt bordet (2013). Disse utfordringene kan føre til at pasienten føler seg til bry og heller ønsker å holde seg hjemme, noe som også poengteres i begge studiene (McLaughlin & Mahon, 2014; Ottosson et al. 2013). Basert på dette må helsepersonell være klar over at det finnes flere aspekter ved mat og måltider og ha fokus på disse, for å sikre pasientens behov for helhetlig omsorg, jamfør yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3.

I likhet med oral mukositt vil munnstell være nødvendig ved munntørrehet for å forhindre infeksjon og karies. Regelmessig skylling av munnen med fysiologisk saltvann (NaCl 9mg/ml) vil bidra med å rense og fukte munnen. Videre kan pasienten også bruke reseptbelagte munnskyllemidler som har en lokal smertelindrende effekt. Sykepleier må oppmuntre pasienten til å drikke rikelig med væske for å skylle ut avfallsstoffer, og redusere og lindre munntørreheten. I tillegg vil rikelig med drikke ha en slimløsende effekt (Bye, 2017; Siggerud, 2017). Det kan tenkes at vann kan bli kjedelig i lengden, og det kan være lurt å variere med annen kaloriholdig drikke, eksempelvis saft, næringsdrikk, melk. Dette vil også øke pasientens kaloriinntak hvis han er i ernæringsmessig risiko. Samtidig kan for mye sukkerholdig drikke øke risikoen for utvikling av karies. Sykepleier bør oppfordre pasienten til å skylle munnen med fluor to ganger daglig eller etter hvert måltid for å forebygge karies. Isbiter, usøtet drops og sukkerfri

tyggegummi vil øke spyttsekresjonen. Pasienten bør motiveres til å drikke mye til måltidene og myk og fuktig mat slik som grøt, fiskeboller, egg, potetmos, puddinger og matretter med ekstra saus vil fukte munnen og være enklere å svelge (Siggerud, 2017; Kreftforeningen, 2016).

5.5.3 Endrede smaksopplevelser

“Jeg innbiller meg at jeg før smakte flotte fargebilder, og nå er det sort-hvitt bilder”

Utsagnet fra en tidligere kreftpasient kan gi en beskrivelse på hvordan smaksopplevelsene endres ved kjemoterapi og strålebehandling. Sykepleier må veilede pasienten i hvordan han kan tilpasse kosten etter smaksforandringene. Hun bør gi råd om hvordan han kan smaksette med nytt eller annet krydder, eller foreslå alternativer til matvarer som ikke smaker likt som tidligere. På den annen side vil dette være nytteløst om pasienten er helt uten smakssans. Smaksendringene er individuelle og det finnes derfor ikke standard kostråd for disse forandringene (Sortland, 2015). Noen pasienter behøver mye salt i maten, mens andre har behov for mindre. Andre pasienter kan syntes at søtsaker ikke lenger er søte, eller at de blir altfor søte. Sykepleier må kartlegge hvordan smaksforandringene oppleves og krydre maten deretter, eller la pasienten krydre maten selv. Pasienten må være forsiktig med krydder av maten dersom han har oral mukositt, fordi krydder mat kan forverre plagene. Ofte uttrykker pasienter at rødt kjøtt smaker annerledes. Da kan sykepleier eksempelvis foreslå fjærkre eller fisk som alternativ (Sjøen & Thoresen, 2012). Forskning viser at smaksforandringer og få matalternativer endrer pasientens opplevelse av mat og spising. For pasientene ble betydningen av måltidene betraktelig redusert og de hadde mistet gleden av mat. Pasientene følte at de måtte spise kun for å få i seg energi og næringsstoffer (Ottosson, *et al*, 2013). Ved redusert smakssans må sykepleier forsøke å appellere til andre sanseorganer, slik som luktesansen eller synet. For eksempel kan dandering av maten kan øke pasientens matlyst (Lorentsen & Grov, 2016, s.420).

5.5.4 Kvalme og oppkast

Som tidligere nevnt er det mange årsaker til at en pasient opplever kvalme. Utredning av årsaken blir derfor nødvendig for å kunne gi behandling til pasienter plaget med dette. Behandling med kvalmestillende vil være grunnleggende ved kvalme, men i enkelte tilfeller vil ikke dette heller være tilstrekkelig. Små tiltak og endringer kan bidra med å dempe kvalmen. Sykepleier kan oppmuntre pasienten til å spise små måltider og unngå fet og tungtfordøyelig

mat. Salt mat slik som salt kjeks, peanøtter og buljong har vist seg å kunne dempe kvalmen. Om han reagerer på lukter kan sykepleieren servere kald mat og lufte rommet jevnlig. Det vil være lite hensiktsmessig å presse en pasient som er kvalm eller kaster opp til å spise, men det vil likevel være viktig at han spiser litt til alle måltider fordi han kan bli kvalm av å være sulten. Det er anbefalt å drikke klare væsker slik som isvann, Farris, iste eller saft ved kvalme (Bye, 2017; Sjøen & Thoresen, 2012). En pasient fortalte at han pleide å drikke klare væsker og skylle munnen etter hvert måltid. På den måten renses han munnen for “gammel” matsmak og uttrykket at det var en fin måte å avrunde måltidet. Stramme klær, spesielt klær som strammer over magen, bør unngås, og han bør ligge med hevet sengeende etter måltider (Sjøen & Thoresen, 2012, s.370).

Betinget kvalme (se avsnitt 2.5.4) er relativt vanlig hos pasienter som gjennomgår kjemoterapi. Under behandlingsperioden bør han unngå favorittmat, og den bør være mest mulig nøytral i både utseende og lukt. Kvalme kan kobles til alt fra mat til personer, utstyr og omgivelser (Sjøen & Thoresen, 2012, s.369). Sett i lys av dette vil det være utfordrende for sykepleier å forebygge og behandle denne typen kvalme.

Å hjelpe pasienten med bivirkninger og måltidene slik at han kan få dekket sitt energi- og næringsbehov vil være i tråd med Hendersons sykepleietenkning. Henderson beskriver at sykepleier skal hjelpe pasienten med de aktiviteter han til vanlig utfører uten assistanse og med deres daglige rutiner og levemønster (1997, s.25). Ernæring vil være en aktivitet pasienten til vanlig hadde utført uten hjelp fra andre, men grunnet sykdom må sykepleier assistere han i dette området slik at han mest mulig kan opprettholde både ernæringsstatus og sine daglige rutiner. Dersom pasientens ernæringsstatus økes eller bevares på et tilfredsstillende nivå vil dette bidra til hevet livskvalitet, blant annet fordi hans funksjonsnivå opprettholdes (Sjøen & Thoresen, 2012, s.365).

6. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra med å forebygge underernæring hos pasienter med hode- og halskreft, som opplever bivirkninger av kurativ behandling. Ivaretagelse av pasientens ernæringsbehov er en viktig oppgave for sykepleier, noe Henderson også påpeker i hennes sykepleieteori.

I ernæringsarbeidet vil sykepleier ha en fremtreden forebyggende, undervisende og behandlende funksjon. Sykepleier må vurdere pasientens ernæringsmessige risiko ved ernæringscreening og kartlegging. Med utgangspunkt i informasjonen sykepleieren innhenter i denne fasen, kan hun iverksette relevante tiltak og bidra med å forhindre ytterligere forverrelser av ernæringsstatus.

Forskning viser at ernæringsveiledning kan ha en gunstig effekt på ernæringsstatus og symptomer, og gi bedre behandlingstoleranse. Kostveiledningen må gis før, etter og jevnlig gjennom behandlingsperioden. Den må i tillegg være tilpasset den enkelte pasients behov, preferanser og vaner. Veiledning kombinert med næringsdrikker har vist seg å ha en positiv innvirkning i pasientens ernæringsstatus. Samtidig poengteres det at et mer realistisk mål for pasienten vil være å opprettholde vekt framfor vektøkning, og det er derfor nødvendig at sykepleier tar dette i betraktning i ernæringsbehandlingen. Kakeksi vil utfordre sykepleierens forebyggende og behandlende funksjon, da kakektiske pasienter kan oppleve vekttap til tross for et tilstrekkelig næringsinntak og ikke respondere på konvensjonell ernæringsbehandling.

Bivirkninger relatert til cytostatika – og strålebehandling kan endre pasientens forhold til mat og måltider. En ser at ulike tiltak slik som energi- og næringstett kost og næringssupplementer ikke alltid er like lett å gjennomføre, til tross for at disse anbefales i litteraturen. For å sikre helhetlig omsorg er det nødvendig at sykepleier har fokus og kunnskap om måltidets ulike aspekter, og hvordan ernæringsproblematikk kan medføre store sosiale utfordringer for pasienten.

Tidlig kartlegging og bruk av screeningverktøy, ernæringsveiledning, energirik kost og næringsdrikker, sammen med tiltak direkte rettet mot bivirkningene, kan bidra til ivaretagelse av pasientens ernæringsbehov og forebygge underernæring.

Referanseliste

- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2. Grunnleggende behov* (s.191-242). Oslo: Gyldendal Akademisk forlag AS.
- Amdal, C. D. & Bjordal, K. (2017). Kreft i øre-, nese og halsregionen. I A. M, Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling* (s. 538-549). 4.utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I E. Bach- Gansmo, S. Ørn (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-149). Oslo: Gyldendal Akademisk forlag AS.
- Blåreseptforskriften. (2007). *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler* m.v av 28 juni 2007. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-06-28-814>
- Brinchmann. (2016). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bye, A. (2017). Ernæring. I A. M, Reitan & T.Kr. Scjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling* (s.198-221). 4.utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Donald, P. J. (2010). *The difficult case of head and neck cancer surgery*. New York: Thieme
- Eide, H & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag AS.

Ernæringstrappen – modell for prioritering av ernæringstiltak. [Bilde]. (2012). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

Evensen, J. F. Via Oncolex. (2015). Kreft i hode-halsregionen. Hentet fra:

URL: <http://oncolex.no/Hodehals>

Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd m.v* av 28 Februar 1997 nr. 5. Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#KAPITTEL_51

Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. Geneva: International Council of Nurses.

Helsedirektoratet. (2010a). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av Underernæring*. Hentet fra:

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

Helsedirektoratet. (2012b). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid I helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

Helsedirektoratet. (2017c). *Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1287/Sykdomsrelatert%20underern%C3%A6ring%20%20Utfordringer%20muligheter%20og%20anbefalinger%20IS-0611.pdf>

Helsedirektoratet. (2017d). *Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf>

Helsedirektoratet. (2017e). *Helsepersonelloven*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/lover/helsepersonelloven>

Kartin, P.T., Tasci, S., Soyuer, S. & Elmali, F. (2014) Effect of an Oral Mucositis Protocol on Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiation Therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 18(6). 118-125.
Doi:10.1188/14.CJON.E118-E125.

Kreftforeningen. (2015, 16 april). Ernæringsprodukter fra apotek: Kostråd til pasienter. [Videoklipp]. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/kosthold-og-kreft/problemer-med-a-spise/>

Kreftforeningen. (2018). *Hode- og halskreft*. Hentet fra:

URL: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/hode-og-halskreft/>

Kreftlex. (2018a). Generelt om cellegift i forbindelse med kreftbehandling. Hentet fra:

URL:<http://kreftlex.no/Hodehals-munnhulekreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Hva-er-cellegiftbehandling?lg=ks&CancerType=Hodehals%20Munnhule&containsFaq=False>

Kreftlex. (2018b). Om strålebehandling av kreft i hode- og halsområdet. Hentet fra:

URL:<http://kreftlex.no/KSPROSEDYRERFASE1/STRALEBEHANDLING/HodeHals/StralebehandlingHodeHals?lg=procedure>

Kreftlex. (2018c). Strålebehandling ved kreft i munnhule. Hentet fra:

URL:<http://kreftlex.no/Hodehalsmunnhulekreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Stralebehandling/New-ksProcedureChapter>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2016). Hva er sykepleie? I N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A, Skaug. *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleie – fag og funksjon* (s.15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk forlag AS

- Kværner, A.S. (2015). *Ernæring, viktig del av kreftbehandling*. Hentet fra:
<https://www.bramat.no/kosthold/helse/2024-ernaering-en-viktig-del-av-kreftbehandling>
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud., R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s.397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathiesen, J. (2015). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1.* (s.) Oslo: Cappelen Damm AS.
- McLaughlin, L. & Mahon, S.M. (2014). Taste Dysfunction and Eating Behaviors in Survivors of Head and Neck Cancer Treatment. *Medsurg Nursing*. 23(3). 165-170.
Mangler DOI.
- Nakken, E.S. (2017). Generell onkologi. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. (s. 347-368). 4. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. (2014). *Tørr munn*. Hentet fra:
URL: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/rad-til-kreftpasienter/torr-munn/>
- Norsk Legemiddelhåndbok (2016). *Kakeksi*. Hentet fra:
URL: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/?frid=Tk-21-palliativ-679>
- Norsk Sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribe AS.

- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I J. Eriksen. (Red.), *Livskvalitet. Forskning om det gode liv* (s. 15-47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ottosson, S., Laurell, G. & Olsson, C. (2013). The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 22(7/8). 1034-1043. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12151>
- Paccagnella, A., Morello, M., Da Mosto, M.C., Baruffi, C., Marcon, M.L., Gava, A. . . . Marchiori, C. (2010). Early nutritional intervention improves treatment tolerance and outcomes in head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy. *Support Care Cancer*. 18. 837-845. Doi: 10.1007/s00520-009-0717-0
- Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M, Reitan & T. Kr. Schjølberg. (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling* (s. 33-47). 4. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Siggerud, M. A. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i øre-, nese og halsregionen. I A. M, Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – handling*. (s.551- 560). 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Sjøen, R. J & Thorsen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*.
- Sortland, K. (2015). Kosthold og ernæringsmessige behov ved ulike sykdomstilstander. I *Ernæring – Mer enn mat og drikke*. (s.191-236). 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Spigset, O. & Slørdal, L. (2016). Bivirkninger. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

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

URL: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/737262.pdf>

Store norske leksikon. (2015). *Kontrollgruppe*. Hentet fra:

URL: <https://snl.no/kontrollgruppe>

Stubberud, D-G., Kondrup, J. & Almås, H., (2016). Ernæring ved sykdom. I D.-G.

Stubberud., R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* 2 (s.17-48). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS

Thidemann, I-J (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Valentini, V., Marazzi, F., Bossola, M., Micciché, F., Nardone, L., Balducci, M., . . .

Martorana, G.E. (2012). Nutritional counselling and oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 25. 201-208. doi:10.1111/j.1365-277X.2011.01220.x

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1

Ernæringstrappen av Helsedirektoratet (2010)



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak