

## Kreft og ernæring

**Hvilke tiltak kan vi som sykepleiere iverksette for å sikre tilstrekkelig ernæring for en cancerpasient som har nedsatt matlyst på grunn av bivirkninger av cytostatika?**



*(Privat)*

**Høgskolen i Gjøvik**

**Avdeling for helse,omsorg og sykepleie, mai 2009**

**Antall ord: 10144**



## **SAMMENDRAG**

Eksamen SPL 3901

Kull 06HBSPLH

Gruppe nr. 631

Dato 11.05.2009

---

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

---

### **KREFT OG ERNÆRING:**

*Hvilke tiltak kan vi som sykepleiere iverksette for å sikre tilstrekkelig ernæring for en cancerpasient som har nedsatt matlyst på grunn av bivirkninger av cytostatika?*

### **CANCER AND NOURISHMENT:**

*As a nurse, what kind of effort can we do to make sure that a cancer patient, with reduced appetite caused by chemotherapy, gain enough nourishment?*

---

### **Sammendrag:**

Oppgaven er skrevet i forbindelse med avsluttende eksamen i sykepleie. Vi har først og fremst benyttet oss av litteraturstudie, men også av personlige erfaringer fra hospitering og praksis. Oppgaven tar utgangspunkt i bivirkninger ved cytostatika behandling, og hvordan disse kan påvirke ernæringsstatusen til pasienten. I oppgaven beskriver vi tiltak vi mener kan lindre eller forebygge bivirkningene, og hvordan man kan sikre at pasienten får i seg tilstrekkelig ernæring.

---

### **Nøkkelord:**

Cancer, cytostatika, bivirkninger, ernæring, sykepleier og nedsatt appetitt

## *Innholdsfortegnelse*

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1. BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA .....	2
1.2. PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	2
1.3. AVGRENSNING AV OPPGAVEN .....	3
1.4. DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER I PROBLEMSTILLINGEN .....	3
1.5. OPPGAVENS OPPBYGGING .....	4
<b>2. METODE</b> .....	<b>5</b>
2.1. VALG AV METODE .....	5
2.2. BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEORI .....	5
2.3. KILDEKRIKK .....	7
<b>3. TEORI</b> .....	<b>8</b>
3.1. CYTOSTATIKABEHANDLING .....	8
3.2. BIVIRKNINGER SOM KAN HINDRE TILSTREKKELIG ERNÆRING .....	9
3.2.1. <i>Kvalme og brekninger</i> .....	9
3.2.2. <i>Obstipasjon</i> .....	10
3.2.3. <i>Munnsårhet</i> .....	10
3.2.4. <i>Smaksforandringer</i> .....	11
3.3. FAREN FOR UNDERERNÆRING SOM FØLGE AV BIVIRKNINGER.....	11
3.4. CANCERPASIENTERS BEHOV FOR ALLSIDIG KOST UNDER BEHANDLING .....	12
3.5. KARTLEGGING AV BEHOV FOR SYKEPLEIE – EN DEL AV SYKEPLEIEPROSESSEN .....	13
3.6. TILTAK VI KAN IVERKSETTE FOR Å SIKRE TILSTREKKELIG ERNÆRING .....	15
3.6.1. <i>Tiltak mot kvalme og brekninger</i> .....	15
3.6.2. <i>Tiltak mot obstipasjon</i> .....	18
3.6.3. <i>Tiltak mot munnsårhet</i> .....	19
3.6.4. <i>Tiltak mot smaksforandringer</i> .....	20
3.7. NÆRINGSRIK OG APPETITTØKENDE MAT.....	21
3.8. OPPFØLGING AV TILTAKENE .....	22
3.9. SYKEPLEIERENS MØTE MED PASIENTEN.....	23
<b>4. DRØFTING</b> .....	<b>24</b>
4.1. PASIENTENS OPPLEVELSE AV BIVIRKNINGER .....	24
4.1. KARTLEGGING AV SYKEPLEIEBEHOV .....	25
4.1.1. <i>Dokumentasjon/evaluering</i> .....	26
4.2. UNDERERNÆRING FOREKOMMER OFTE.....	27
4.3. VURDERING AV TILTAKENE .....	29
4.3.1. <i>Tiltak mot kvalme</i> .....	29
4.3.2. <i>Tiltak mot obstipasjon</i> .....	30
4.3.4. <i>Tiltak mot munnsårhet og smaksforandringer</i> .....	31
4.3.5. <i>Oppsummering av tiltak</i> .....	31
4.4. DET “LILLE EKSTRA” FOR PASIENTENS SKYLD.....	32
4.5. VIDERE OPPFØLGING .....	34
4.6. FOREBYGGING PÅ ET TIDLIG STADIUM.....	34
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>36</b>
<b>6. ETTERORD</b> .....	<b>37</b>
6.1. PRODUKTEVALUERING .....	37
6.2. PROSESSEVALUERING.....	37
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>39</b>
<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>41</b>

*”Den som bare setter pasientens mat ved siden av ham og håper at han vil spise etterhvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt.”*

*Florence Nightingale*

## **1. Innledning**

### ***1.1. Begrunnelse for valg av tema***

Vårt mål med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe cancerpasienter til å oppnå tilfredsstillende ernæringstilstand, da dette er viktig både for å bedre livskvalitet og øke motstandskraft ved cytostatika behandling.

Årsaken til at vi valgte å skrive om ernæring, er at vi synes dette er et spennende tema. Vi valgte å koble det opp mot cancer, da det er store utfordringer knyttet til ernæring for denne pasientgruppen, noe vi selv har erfart i tidligere praksisperioder.

Cancerpasienter er en voksende gruppe. I følge Kreftregisterets statistikk ble det påvist 25 943 nye krefttilfeller i Norge i 2007. Dette er en økning på 6 prosent fra 2006, og disse tallene viser at så mange som 1 av 3 vil få kreft i løpet av livet (Sildnes, 2008).

Vi mener det er for lite undervisning om ernæring i dagens sykepleieutdanning og ser på denne oppgaven som en god mulighet til å fylle dette kunnskapshullet. Vi mener det er viktig å lære om gode sykepleiertiltak som kan være med å forebygge og lette plagene hos cancerpasienter under behandling. Under hospitering og gjennom uformelle samtaler fikk vi nye tanker rundt behandling og tiltak, og dette ga oss ny inspirasjon til det videre arbeidet med oppgaven.

### ***1.2. Presentasjon av problemstilling***

*Hvilke tiltak kan vi som sykepleiere iverksette for å sikre tilstrekkelig ernæring for en cancerpasient som har nedsatt matlyst på grunn av bivirkninger av cytostatika?*

### ***1.3. Avgrensning av oppgaven***

Vi tar utgangspunkt i cancerpasienter som er under en lengre kurativ behandling som tar sikte på helbredelse. Tiltakene vi har valgt å gå inn på i oppgaven er imidlertid like aktuelle for alle typer cancerpasienter som gjennomgår cytostatikabehandling, så vi vil derfor ikke gå inn på en spesiell type cancerdiagnose. Vi har valgt å ta for oss de bivirkningene som er direkte knyttet til ernæring, da dette er relevant i forhold til vår problemstilling.

På grunn av begrensninger på tid og omfang av oppgaven, har vi valgt å ikke gå inn på parenteral og enteral ernæring, selv om dette kan være et aktuelt tiltak. Vi vil heller ikke gå inn på pårørendes rolle, selv om vi vet at de er av stor betydning for pasienten. Når det gjelder medikamentelle tiltak vil vi gi eksempler på disse, og en enkel beskrivelse av hvordan de fungerer. Vi har valgt å gi en kort redegjørelse for årsaker til bivirkninger ved cytostatika, og gå nærmere inn på tiltak som kan iversettes for å sikre at pasienten får tilstrekkelig ernæring.

### ***1.4. Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen***

**Cancer:** Brukes om malign svulst og karakteriseres av forstyrrelse i celledelingen. Cancer kommer av det greske ordet for krabbe, og var egentlig en beskrivelse på fremtredende brystkreft, med en sentral knute som sender sine “klør” ut til nærliggende vev (Jacobsen 2006, 21).

**Tilstrekkelig ernæring:** Med ”tilstrekkelig ernæring” mener vi at tilførselen av næringsstoff er stor nok til å dekke kroppens behov, kroppen er i ernæringsmessig balanse (Almås 2001 Bind 1, 505).

**Cytostatikabehandling:** Cytostatika er medisiner som brukes i behandlingen av cancer. Medikamentet ødelegger eller hemmer den ukontrollerte utviklingen av kreftcellen og kalles derfor ofte cellegift (Kreftforeningen, 2008, Cellegift).

### ***1.5. Oppgavens oppbygging***

I kapittel 1 begrunner vi vårt valg av tema, og presentere vår problemstilling og avgrensning av oppgaven. Videre definerer vi sentrale begreper i problemstillingen. I kapittel 2 begrunner vi valg av metode og teori, samt kildekritikk av litteraturen vi har brukt i oppgaven.

I oppgavens teoridel, kapittel 3, har vi skrevet om bivirkninger pasienten kan oppleve under cytostatikabehandling. Her kommer en beskrivelse av de bivirkningene som er relatert til ernæring, og beskrevet hvilke tiltak som kan være aktuelle for å bedre eller opprettholde ernæringsstatusen til en cancerpasient under behandling. Vi vil også gi en oversikt over hvor viktig det er med ernæring under behandling, og gi eksempler på hvordan sykepleiere kan kartlegge ernæringsstatusen til en pasient.

I kapittel 4 har vi drøftet viktige punkter fra teorien. Vi har vurdert om tiltakene vi har beskrevet i kapittel 3 er relevante og gjennomførbare i praksis. Resultatet av drøftingen og svar på problemstillingen er oppsummert i konklusjonen i kapittel 5. Til slutt har vi evaluert produktet og prosessen i kapittel 6.

## 2. Metode

### 2.1. Valg av 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, 81)*

For å finne svar på problemstillingen har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode, siden det er skrevet mye litteratur rundt cancer. Vi vil prøve å få en kvalitativ tilnærming, som er opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle, og tar sikte på å formidle forståelse for temaet vi har valgt (Dalland, 2007, 82). En empirisk undersøkelse kunne gitt oss mange gode og personlige betraktninger om hvordan pasientene opplever cytostatikabehandlingen, men denne pasientgruppen er i en sårbar situasjon, og det ble derfor naturlig å velge litteraturstudie. Det er heller ikke lov å bruke pasienter som kilde i en empirisk studie i avsluttende eksamen i sykepleie.

### 2.2. Begrunnelse for valg av teori

Vi har først og fremst benyttet oss av pensumlitteratur, siden dette er regnet som sikre kilder. I tillegg har vi blant annet brukt boken “Tilfeldigvis meg” av Maria Thommesen, hvor forfatteren beskriver hvordan hun selv opplevde cytostatikabehandlingen og hvordan den påvirket hennes ernæringssituasjon. Thommesen er utdannet ernæringsfysiolog og har derfor god kompetanse innen dette fagområdet, noe som kommer tydelig fram i boka. Hun legger mer vekt på ernæring enn hva en vanlig kreftpasient ville gjort. Det var særdeles nyttig å høste av hennes erfaring til oppgaven. Det ga oss et verdifullt innblikk i hvordan det er å være en pasient som sliter med bivirkninger av cytostatika. Fordi vi ikke kan bruke sitater fra pasienter vi møtte under hospiteringspraksisen, har vi valgt å gjengi sitater fra denne boka.



Vi søkte etter forskjellige forskningsartikler som gikk på oppgavens tema, men det var vanskelig å finne noe som omhandlet ernæring og cancer. Vi fant en artikkel som beskrev en undersøkelse av bivirkninger av cytostatikabehandling. Denne var relevant, men fra 1993, noe vi syntes ble for lite oppdatert i forhold til vår oppgave. Valgte derfor en forskningsartikkel, ”The pathophysiology of treatment-related nausea and vomiting in cancer patients : current models” (Shelke, 2004) som beskriver hvorfor pasienter opplever kvalme under behandling. Artikkelen styrker teorien vår, da den understreker viktige punkter vi har funnet i annen litteratur. Artikkelen gir en forståelse av hvorfor det oppstår kvalme hos cancerpasienter. Den sier også noe om hvilke typer kvalme en cancerpasient kan oppleve under behandling og dette er viktig kunnskap for å kunne behandle og lindre kvalme hos en cancerpasient. Når man vet hva som er årsaken til kvalmen, er det lettere å iverksette tiltak.

Vi har vurdert flere ulike teoretikere, som Travelbee og Nightingale, men bestemte oss for å ta utgangspunkt i Virginia Hendersons sykepleieteori. Den går ut på å hjelpe pasienter med gjøremål som de ellers ville klart selv, dersom de hadde hatt ressurser til det. Hendersons sykepleieteori passer derfor godt til vår problemstilling. Essensen i Hendersons teori er å få dekket de grunnleggende behov. Teorien er sammenfattet i 14 punkter (se vedlegg 1) som Henderson mener går på de grunnleggende menneskelige behov, hvorav to av punktene er spesielt relevante for vår oppgave. Dette er punkt nummer 2, ”å spise og drikke tilstrekkelig”, og punkt nummer 3, ”å få fjernet kroppens avfallsstoffer”. Vi valgte Henderson fremfor Travelbee og Nightingale, da de ikke har så konkret fokus på ernæring. Henderson legger stor vekt på å kartlegge pasientens behov for sykepleie, noe vi mener er veldig viktig i forhold til pasientgruppen vi skriver om. Det handler om å kartlegge behov, og deretter iverksette tiltak.

Som innledning til oppgaven hospiterte vi ved Kreftenheten. Hensikten med hospiteringen var å møte pasienter som skulle få cytostatikabehandling, finne ut hvordan de opplevde bivirkninger og hvordan dette påvirket ernæringsstatusen. Vi

ville finne ut hvilke tiltak man kan iverksette for pasienter med nedsatt matlyst, og snakket med kreftsykepleiere som har god kompetanse og erfaringer på dette området. Ellers hadde vi uformelle samtaler med ansatte ved forskjellige instanser, blant andre institusjonskokk og dietteter. Etter disse samtalene fikk vi bredere forståelse av hvilke tiltak som kunne være aktuelle å iverksette. Vi var også med på et kurs som omhandlet behandling av cancerpasienter. Vi har hentet kunnskap fra flere ulike innfallsvinkler, noe som har styrket oppgaven og gitt oss en mer helhetlig forståelse for både pasienten, behandlingen og fagpersonene som er involvert.

### **2.3. Kildekritikk**

Bøker som blir brukt som pensum i høyere utdanning blir sett på som troverdige kilder, fordi de inneholder etablert kunnskap og utprøvde teorier. Mange sider på internett omhandler ernæring, men ikke alle er like troverdige. Et eksempel på dette er internettleksikonet Wikipedia, der alle kan komme med bidrag til faktastoffet som legges ut. Vi har valgt å bruke kildene som er skrevet av autorisert helsepersonell, og har derfor brukt mye litteratur presentert av Kreftforeningen. Kreftforeningen er en landsdekkende organisasjon hvor det jobber fagpersonell som har kunnskap og erfaring om kreft, og vet hvordan denne sykdommen kan påvirke livssituasjonen til de som rammes. Kreftforeningens brosjyrer er ved gjentatte anledninger blitt referert til i pensumlitteraturen vår, spesielt det som omhandler tiltak til enkelte bivirkninger, og kan derfor ses på som sikre kilder.

Vi fant mange artikler som omhandlet ernæring, men de fleste var på grunn av nye behandlingsprinsipper ikke relevante. Vi valgte å bruke en forskningsartikkel av Shelke m.fl fra 2004. Den er relativt ny og vi ser på denne artikkelen som en troverdig kilde, da den er skrevet av helsepersonell og beskriver hvorfor pasienter opplever kvalme under behandling.

Sitatene fra boken til Thommesen, får fram en cancerpasients opplevelse ved cytostatika-behandling. Det er imidlertid viktig å være klar over at boken er hennes personlige refleksjon, og ikke nødvendigvis gjelder for alle cancerpasienter.

### 3. Teori

Ha ti dæ (Kakelinna)

Lefse, lompe, stompe, dompe, snippe, snuppe, honning

Kake, dyppa i sukker og lake.

Skrylla mi er feit og god, ei krommelkake må du smake.

Et meire bite ti!

Geirr Lystrup

#### 3.1. Cytostatikabehandling

Når en pasient skal gjennomgå en lang behandling med cytostatika er det flere bivirkninger som kan påvirke matlysten. For at vi som sykepleiere skal kunne iverksette tiltak som lindrer bivirkninger og sikre tilstrekkelig ernæring, er det nødvendig å ha gode kunnskaper på dette området.

Cytostatika brukes som kreftbehandling. Den blir transportert med blodet ut til celler og vev, hvor den tas det opp i hver enkelt kreftcelle og stanser eller hemmer celledelingen. Når kreftcellene mister evnen til å formere seg ødelegges de, derav kalles dette medikamentet ofte cellegift. Cytostatika påvirker også kroppens normale celler, men disse har evne til å reparere seg selv (Cellegift, 2008).

Cytostatika er en revolusjonerende behandling, særlig for enkelte cancerdiagnoser, og den har bidratt til økt levetid. Det blir gitt forskjellige cytostatika avhengig av cancertype. Målet for behandlingen kan være kurativ, palliativ, adjuvant eller gis for å minske omfanget av en tumor i forkant av kirurgisk behandling. I oppgaven har vi tatt utgangspunkt i pasienter som får kurativ behandling. Behandlingen har som hensikt å helbrede sykdommen, og vil derfor være intens. Bivirkninger kan grense til hva pasientene kan tolerere. Ved kurativ behandling er det spesielt viktig at pasientene får være aktiv med planleggingen. Det er mange ubehagelige bivirkninger, og pasientene bør selv få velge hvilken grad av ubehag de kan tåle.

Graden av bivirkningene må vurderes opp mot et forventet resultat, slik at pasientene kan se fram til å eventuelt bli frisk, selv gjennom den tøffeste behandlingstiden. Bivirkningene er svært individuelle, men felles for alle er at det er en stor påkjenning både psykisk og fysisk. Pasientens allmenntilstand har mye å si for til graden av ubehag, men det er av stor betydning hvilke cytostatika som blir gitt. Årsaken til bivirkningene skyldes at kroppens friske celler også blir påvirket, ikke bare kreftcellene. De friske cellene har imidlertid evne til å reparere seg selv, og bivirkningene vil derfor være forbigående (Almås, 2001, Bind 1, 254-255).

Cytostatikabehandlingen har de siste årene blitt mye bedre, men det er det fortsatt mange som plages med bivirkninger. Cytostatikaproduisert kvalme og brekninger kan bli så plagsomt at enkelte pasienter velger å stoppe den kurative behandlingen, selv om de vet at sykdommen kan forverre seg om de ikke fortsetter (Shelke m.fl., 2004)

### ***3.2. Bivirkninger som kan hindre tilstrekkelig ernæring***

#### ***3.2.1. Kvalme og brekninger***

Den hyppigste bivirkningen ved cytostatikabehandling er kvalme og brekninger. Oppkast er en normal mekanisme kroppen har for å beskytte seg mot giftige stoffer. Når pasienten får cytostatikabehandling, oppfatter kroppen dette som et skadelig materiale, og reagerer ved å kaste opp.

Kvalme styres av to «sentre», kjemoreseptortriggersonen som er lokalisert i bunnen av hjernens fjerde ventrikkel, og brekningssenteret som er lokalisert i den forlengede marg. Reseptorer i mage-tarm-kanalen aktiveres dersom giftige stoffer tas opp i blodbanen, og aktiverer reseptorceller i hjernestammen. Videre går det signaler fra disse cellene til kjemoreseptortriggersonen som utløser kvalmefølelse, eller til brekningssenteret som utløser brekninger og oppkast. Det er individuelt hvor mye aktivering som skal til for å utløse kvalmesymptomer (Hawthorn, 1991).

Når det gjelder kvalme knyttet til cytostatikabehandling, kan det variere når kvalmen oppstår og i hvilken grad den er til plage for pasienten. Det finnes 3 typer kvalme forbundet med cytostatikabehandling. Akutt kvalme som oppstår innen 24 timer etter behandling, forsinket kvalme, som oppstår etter 48-72 timer og forventet kvalme/assosieringskvalme. Sistnevnte kan for eksempel frembringes av noen typer lukter, gjenstander eller situasjoner pasienten har blitt kvalm av før. Derfor oppstår ofte denne typen kvalme når en pasient skal igang med en ny behandlingsrunde (Shelke, 2004).

### ***3.2.2. Obstipasjon***

Obstipasjon er forstoppelse av innholdet i tykktarmen. Årsaken kan være sykdom, behandling eller at kroppen får for lite væske. Nedsatt aktivitetsnivå kan også virke inn. Periodevis lavt inntak av mat og drikke kan medvirke til at pasienten får treg mage, blant annet fordi tarmperistaltikken går langsommere. Vi vet at det er noen typer cytostatika som kan gi tarmatoni, det vil si nedsatt eller opphevet muskelaktivitet i tarmen (Almås, 2001, Bind 1, 270). Mange cancerpasienter bruker dessuten kvalmestillende medikamenter som har obstipasjon som bivirkning (Simonsen, 2005, Bind 2, 194).

### ***3.2.3. Munnsårhet***

Etter oppstart av behandlingen kan munnsårhet oppstå allerede etter 5-6 dager. Dette avhenger av hvor lavt antall hvite blodceller pasienten får som følge av behandlingen. Munnsårheten varer til de hvite blodceller har normalisert seg. Risikoen for å få munnsårhet forsterkes av dårlig allmenntilstand, uttørking, dårlig munnhygiene og bruk av nikotin og alkohol. Mange pasienter opplever at hele munnslimhinnen kan bli som et åpent sår, noe som kan gjøre inntak av mat vanskelig. I noen tilfeller kan sårene bli så alvorlige at behandlingen må utsettes eller seponeres (Almås, 2001, Bind 1, 258).

### **3.2.4 Smaksforandringer**

Pasienter som får cytostatikabehandling kan oppleve smaksforandringer. Dette kan vare fra et par dager til flere uker etter avsluttet kur.

Normalt skiller vi mellom surt, søtt, bittert og salt. Cytostatika kan påvirke smaksløkene og spyttkjertlene på forskjellig vis, og smaksforandringene vil derfor variere både i grad og art (Kostråd til kreftpasienter, 2008, s 17).

En annen faktor som kan forårsake smaksendringer er soppinfeksjoner og oppvekst av bakterier i munnhule og svelg. Disse infeksjonene kan oppstå når immunforsvaret blir redusert på grunn av cytostatika (Almås, 2001, Bind 1, 267-268).

### **3.3. Faren for underernæring som følge av bivirkninger**

*”Det som imidlertid kan være utgjort, er at vi, som nettopp har et ekstra stort behov for næring, samtidig har ekstra vanskelig for å få i oss denne næringen. Vi klarer ikke å spise på grunn av de bivirkningene behandlingen gir. (...) For å holde kroppens motstandskraft oppe, er det derfor både viktig og vanskelig å klare å spise nok mat til å holde vekten oppe. Klarer du å unngå å gå ned i vekt, har du sikret deg et viktig pluss for å ”stå han av” som de sier nordpå. Vekten er i så måte en god ytre indikator på hvor godt kroppen din er rustet til å klare den tøffe behandlingen.”*

*Thommesen (2005, 116)*

For å fungere optimalt trenger man daglig tilførsel av energi og næringsstoffer, og det man spiser skal tilfredstille en rekke fysiologiske behov. Når tilførselen av stoffene er tilpasset forbruket i kroppen, er kroppen i en ernæringsmessig balanse. Dersom tilførselen av stoffene er mindre enn behovet, blir det en ernæringsmessig ubalanse hvor kroppen vil benytte seg av sine energireserver, hovedsaklig fra fettvev og muskeltatur. Mange cancerpasienter får dårlig matlyst og påfølgende vekttnap som følge av behandlingen og/eller bivirkningene, og kan utvikle sekundær kakeksi, som

skyldes underernæring (Almås, 2001, Bind 1, 505). Definisjonen på kakeksi er uttalt avmagring og nedsatt allmenntilstand ved alvorlige sykdommer som kreft (Lappegard, 2006, 44). Enkelte cancertyper kan imidlertid gi primær kakeksi som skyldes selve sykdommen.

Vekttap er en viktig prognostisk faktor av sykdom. Faktisk er det slik at omtrent 25-30 % av cancerpasientene som dør, ikke dør på grunn av en tumorvekst, men som en konsekvens av avmagring. Underernæring svekker allmenntilstanden og øker risikoen for komplikasjoner. Som følge av denne negative innvirkningen blir immunsystemet lettere mottagelig for infeksjoner (Reitan og Schølberg, 2000, 154-155).

### ***3.4. Cancerpasienters behov for allsidig kost under behandling***

*”I dagene etter hver kur, når kvalmen velter opp i kroppen som verst, sier det seg selv at det ikke er mye mat som frister. Uansett hvor mye du måtte vite om hvor viktig det er å spise nok bra mat, uansett hvor ”flink” du prøver å være, vil du komme til å møte utfordringer her.”*

*Thommesen (2005, 116-117)*

Det er ikke bare en enkelt matvare eller matgruppe som inneholder all den ernæringen kroppen trenger. Vi kan dele inn matvarer i 4 grupper:

- Frukt og grønnsaker
- Fisk, kjøtt, egg og nøtter
- Kornprodukter
- Meieriprodukter

Hvis man velger litt fra hver av disse gruppene hver dag, er man sikret et allsidig kosthold (Kostråd til kreftpasienter, 2008, 4).

God ernæringstilstand kan gir bedre motstandskraften under cytostatika-behandling, og er derfor et viktig tiltak for cancerpasienter. Har man riktig kosthold før behandling kan man forebygge et vekttap. Det er i utgangspunktet ikke nødvendig

med spesialdiett for cancerpasienter, men det kan være aktuelt dersom pasienten er i ernæringsmessig ubalanse (Almås, 2001, Bind 1, 264).

Cytostatika vil påvirke både kreftceller, men også noen av kroppens friske celler. Dette vil gi økt behov for energi og protein. Adekvat næringstilførsel vil kunne styrke pasientens immunforsvar og bygge opp nye vevsproteiner. Sultfølelse er kroppens eget varslingsystem om at kroppen må ha mat, men en cancerpasient vil ikke merke sultfølelse i den grad behovet skulle tilsi. Viktigheten av et allsidig kosthold burde være selvsagt når en tar alle disse faktorene til etterretning (Sortland, 2001, 232-234).

### ***3.5. Kartlegging av behov for sykepleie – en del av sykepleieprosessen***

En viktig sykepleieroppgave er kartlegging av pasientens ernæringsstilstand, slik at vi kan danne oss et bilde av pasientens behov. Viktige metoder for dette er kostintervju og antropometriske målinger som blant annet omfatter hudfoldtykkelse, overarmsomkrets og body mass index (BMI). BMI er en formel som indikerer om pasienten har normal vekt i forhold til høyden, men det er viktig å være oppmerksom på at den ikke skiller mellom fett og muskelmasse (Sortland, 2001, 169-174).

Blodprøver kan gi viktig informasjon om pasientens ernæringsstatus dersom parametrene blir tolket riktig, men for pasienter kan sykdommen påvirke og gi feil resultater. Å bruke det kliniske blikket, som er det du ser, føler og kjenner hos en pasient, kan gi viktig informasjon om pasientens ernæringsstilstand. Viktige kliniske observasjoner kan for eksempel være appetittforandringer, vekttap, muskelatrofi og om pasienten har krefter til å utføre dagligdagse gjøremål (Sortland, 2001, 175-176).

Henderson mener at når sykepleieren skal forholde seg til pasientens grunnleggende behov, må utgangspunktet være å oppleve behovene, og dette må ivaretas individuelt fra pasient til pasient. Ved kartlegging av pasientens ernæringsstatus dette et nyttig utgangspunkt:



*”Sykepleieren bør identifisere det personen mangler og tjene som en erstatning for å kunne gjøre han ”komplett”, ”hel” og ”uavhengig”, beregnet ut fra hans tilgjengelige styrke, vilje eller kunnskap for å oppnå god helse .”*

*Henderson (Kristoffersen, 2005 Bind 4, 36)*

For å kartlegge om pasienten har behov for sykepleie kan vi benytte Hendersons sykepleietenkning. Den impliseres slik at det blir en logisk og trinnvis tilnærming til løsningen på pasientens problem. Hun beskriver ikke disse trinnene eksplisitt, men de kan oppsummeres slik:

- **Datasamling:** Sykepleieren identifiserer pasientens behov for sykepleie. Dette gjør pleieren sammen med pasienten. Det er da viktig å ta utgangspunkt i Hendersons 14 punkter om grunnleggende behov.
- **Bedømming:** Vi kartlegger pasientens behov ut i fra våre kunnskaper om hva som er normalt, og om pasienten har ressurser for å klare dette selv.
- **Sykepleiediagnose/pasientproblem:** Vi kartlegger hvorfor behovet for sykepleie har oppstått, og om pasientens ressursvikt skyldes manglende kunnskaper, krefter eller vilje.
- **Tiltak:** Vi sykepleiere skal planlegge og iverksette tiltak som kompenserer for ressursvikten til pasienten. Dette vil resultere i at pasienten får dekket behovene sine (Kristoffersen 2005 bind 4, 36-37).

I tillegg mener vi det er viktig å tilføye evaluering av tiltakene. Det er vesentlig at man hele tiden evaluerer effekten av tiltakene, og her er god dokumentasjon spesielt viktig. Alle som er involvert i behandlingen til pasienten kan da få en innsikt i hvilke tiltak som er i verksatt, og om de har effekt. Dette er en tilnærming av det som kalles sykepleieprosessen. En sentral person i denne sammenhengen er Hildegard Peplau, som var den første som benyttet begrepet sykepleieprosessen. Hun legger vekt på

sykepleier – pasient – relasjonen og hun beskriver at sykepleieprosessen er det som skjer mellom en pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2005, bind 1, 191).

### **3.6. Tiltak vi kan iverksette for å sikre tilstrekkelig ernæring**

*”De fleste som får behandling for kreft sliter med kvalme. Om ikke hele tiden, så i alle fall i perioder. Mange sliter i tillegg med at munnen føles tørr, nesten som sandpapir, eller at alt de spiser smaker metall. Så er det også noen som får problemer med å svelge på grunn av sår og at det gjør vondt.”*

*Thommesen (2005, 116)*

I den perioden pasienten er under cytostatikabehandling, kan det oppstå plager som gjør at pasienten må endre kostholdet. I tillegg kan det bli aktuelt med medikamentell behandling for å lindre disse plagene. Det forutsetter at vi sykepleiere gir god og nøyaktig informasjon om hvilke tiltak som egner seg best i forhold til de ulike plagene.

#### **3.6.1. Tiltak mot kvalme og brekninger**

*”Kvalme og andre bivirkninger kom veltende over meg i bøtter og spann. Ingen liker å være kvalme. Ikke jeg heller. Kvalme er imidlertid en svært vanlig bivirkning ved de fleste typer cellegift. Det er umulig å komme unna. Selv med kvalmestillende tabletter – og noen ganger intravenøst – kommer kvalmen veltende opp. (...) Reaksjonen kommer lenge før cellegiften er gitt, det holder med vissheten om at du skal til pers. Denne mer eller mindre bevisste ”refleksen” er en av grunnene til at det ikke er særlig lurt å spise yndlingsmaten sin rett før eller etter en kur. Sjansen for at du får dårlig magefølelse for det du i utgangspunktet var veldig glad i, er stor dersom du velger å utfordre kvalmetrollet.”*

*Thommesen (2005, 33)*

Kvalme og brekninger har blitt oppgitt som den største bivirkningen ved cytostatikabehandling. Undersøkelser har vist at kvalme og brekninger forekommer

hos 70-80 % av pasientene. Etter at kvalmestillende medikamenter kom på markedet og cytostatikabehandlingen ble forbedret, kom det frem under nye undersøkelser at kvalme fortsatt var den største bivirkningen. Brekninger havnet derimot på 5.plass. Mange pasienter opplever at kvalmen forekommer oftere enn brekninger, selv om det finnes mange gode kvalmestillende medikamenter (Shelke, 2004).

### **Medikamentelle tiltak**

Den medikamentelle behandlingen går ut på å hemme eller blokkere reseptorer som sender signaler til kvalmesenteret. Medikamentet som brukes i slike situasjoner er kvalmestillende midler. Det finnes ulike kvalmestillende medikamenter, men de vanligste som er brukt ved cytostatikautløst kvalme er Zofran og Afipran. (Simonsen, 2005, Bind 2 , 194-195)

Kvalmestillende medikament bør gis i forkant av cytostatika behandling, for å forebygge kvalme. Det er viktig at man dokumenterer virkningen og vurderer om medikamentet gir en tilfredsstillende effekt. Har det liten effekt må man kontakte lege slik at pasienten kan få et annet kvalmestillende medikament. For noen cytostatika-kurer anbefales det at pasienten fortsetter med kvalmestillende medikamenter i 2 - 5 dager etter kuren (Almås, 2001, Bind 1, 257).

Kvalmestillende medikamenter som blir brukt for å lindre akutt kvalme og brekninger forårsaket av cytostatika, har liten effekt på assosiasjonskvalme og brekninger (Shelke, 2004).

**Ikke-medikamentelle tiltak**

Når man skal lindre kvalme hos pasienten er det viktig å være klar over at det er individuelt hva som utløser kvalme og hva som virker kvalmedempende. Det som gir økt matlyst hos en pasient kan virke motsatt på en annen. Hvis kvalmen er assosiasjonsbetinget, må man finne ut hva det er som utløser kvalmen. Dersom pasienten blir kvalm ved synet av et intravenøs-stativ eller annet medisinsk utstyr, kan man dekke det til. Noen kan bli kvalme av spesielle lukter som parfyme, røyklukt eller matos. Det er vår oppgave som sykepleiere, i den grad det er mulig, å skjerme pasienten fra det som utløser kvalme (Almås, 2001, Bind 1, 256).

Kvalme vil for de aller fleste føre til nedsatt appetitt. Dersom pasienten er kvalm, kan dette forverres dersom han har tom mage. Noe som kan virke lindrende er noe så enkelt som å spise en kjeks før man står opp. Noen matvarer er mer anbefalt enn andre for å unngå kvalme, og dette er mat med lite fettinnhold som frukt, grønnsaker og magert kjøtt som kylling og fisk. Det er ikke realistisk at en pasient som har nedsatt appetitt skal spise mye ved hvert måltid, men litt mat er bedre enn ingenting. Derfor kan det være nyttig å ha små og hyppige måltider, som er mest mulig næringstett (Almås, 2001, Bind 1, 269).

Man skal aldri tilby favorittmat dersom pasienten er kvalm. Denne maten vil med stor sannsynlighet by pasienten i mot resten av livet siden det kan være lett at han assosierer dette med cytostatikabehandlingen og kvalme generelt. For de som er oppegående kan et godt tiltak for å øke appetitten være en tur ut i frisk luft (Almås, 2001, Bind 1, 269).

Om pasienten i perioder er plaget med mye kvalme og oppkast, er det desto viktigere at han får i seg nok væske for å unngå dehydrering. Han bør få i seg ca 2 liter med væske i løpet av dagen. Pasienten kan drikke det han har lyst på, men helst bare litt om gangen slik at han ikke blir oppblåst. Kalde drikker er friske og kan virke lindrende (Kostråd til kreftpasienter, 2008, 9).

### ***3.6.2. Tiltak mot obstipasjon***

#### **Medikamentelle tiltak**

Dersom pasienten sliter med obstipasjon bør han prøve Laksantia, som er avførende midler. Disse midlene fører til lokal stimulering som øker tarmens motilitet eller sekresjon, eller det bløtgjør tarminnholdet. Man bør imidlertid vise forsiktighet ved bruk av laksantia hos denne pasientgruppen, da disse midlene krever økt væskeinntak, noe som kan være en utfordring. Pasienten bør derfor rådføre seg med lege før han benytter seg av Laksantia. Uten tilstrekkelig væske risikeres forverring av problemet. Hvis man velger å starte opp med Laksantia, er det viktig at vi som sykepleiere er flinke til å følge opp behandlingen for å vurdere effekten (Simonsen, 2005, Bind 2 , 196-198).

#### **Ikke-medikamentelle tiltak**

Ved å gi god informasjon kan pasienten i stor grad forebygge obstipasjonsproblemer, og det gir pasienten et bedre utgangspunkt for å komme gjennom behandlingen uten stort ubehag. Pasienten må passe på at han har regelmessige toalettvaner og sørge for daglig mosjon så lenge tilstanden tilater det. Man skal helst unngå søtmeik som kan virke tilstoppende, men derimot drikke sure melkeprodukter som inneholder naturlige bakterier som er bra for fordøyelsen. Det anbefales å drikke minst 2 liter væske om dagen, for å forebygge obstipasjon. Fiberrik kost stimulerer aktiviteten i tykktarmen, og inneholder viktige vitaminer og mineraler. Eksempler på fiberrik mat er knekkebrød, grovt brød, frukt, grønnsaker eller tørkede frukter. For cancerpasienter med nedsatt appetitt, kan det imidlertid være ugunstig med mye fiber, da væskeinntaket må økes. Dette kan være en utfordring for denne pasientgruppen, som kanskje allerede sliter med å få i seg nok væske (Almås, 2001, Bind 1, 270).

### **3.6.3. Tiltak mot munnsårhet**

#### **Medikamentelle tiltak**

Det finnes en blanding som kalles “düsseldorfblanding” som mange pasienter har hatt god effekt av. Pasienten kan bruke blandingen til å skylle eller gurgle munnen, og opp til 4-6 ganger i døgnet, for eksempel etter måltid, for å skylle bort matrester. Blandingens består av 500 ml sterilt vann, 6 g Natron, 24 ml Mycostatin og 30 ml Corsodyl munnskylle-væske 2mg/ml. For best mulig virkning, bør en vente minst 20 minutter før en spiser etter en slik behandling (Almås, 2001, Bind 1, 262).

Pasienter som er plaget av mye smerter og sårhet i munnen, kan bruke en blanding av Paracetamol mikstur, Xylocain viscøs og kremfløte til å skylle munnen med. Xylocain virker bedøvende, så pasienten må passe på å ikke spise umiddelbart etter behandlingen. Man kan også bruke Xylocain spray i munnhulen en time før en spiser, for å lindre sårhet (Sortland, 2001, 238).

#### **Ikke-medikamentelle tiltak**

Det er viktig at maten er av myk konsistens, siden grov og tørr mat kan irritere slimhinnene. Man bør være forsiktig med krydder, men gjerne bruke kanel eller muskat som ikke er så sterkt. Supper og ferdigmat har ofte et høyt saltinnhold som kan irritere slimhinnene, og det kan derfor være lurt å unngå disse varene. Varm mat kan irritere munnhulen og svelget, så for mange kan kald mat være lindrende, som for eksempel iskrem, isbiter og avkjølt mat. Noen vil også finne lindring av geleringskost og supper. Man kan da gjerne spise kalde supper.

Grønnsakene kan gjerne kokes litt lenger slik at de får en bløtere konsistens, og man kan dele maten i mindre biter. Hvis ikke dette har effekt kan maten moses med en stavmikser for å gi maten enda bløtere konsistens. Mange pasienter klarer å spise kokt laks, fiskesuppe eller kjøttkaker siden disse matvarene har en bløtere konsistens enn annet kjøtt. Ellers kan det være lindrende å drikke litt fløte i løpet av dagen. Fløten virker smørende på slimhinnen, og dessuten får pasienten i seg viktige proteiner (Sortland, 2001, 238).

God munnhygiene er et nødvendig og godt tiltak for pasienter med munnsårhet som bivirkning av cytostatika. Når det har oppstått munnsårhet kan det være lindrende å rengjøre munnhulen med en myk tannbørste og bruke munnskyllevann uten alkohol. Skyllevannet kan for eksempel være NaCl 9 mg/ml, 1 g Natron i et glass vann eller 5-10 ml hydrogenperoksid 3% i 100-150 ml vann. Som smøring etter rengjøring kan man bruke glyserol og vann av lik mengde (Almås, 2001, Bind 1, 258).

### ***3.6.4 Tiltak mot smaksforandringer***

#### **Medikamentelle tiltak**

Hvis smaksforandringene skyldes en soppinfeksjon i munnhulen og svelget, kan man bruke Mycostatin som er et medikament som behandler sopp. Dette medikamentet gis peroralt (Simonsen, 2004, 114).

Skyldes smaksforandringen oppvekst av bakterier, kan man bruke midler som inneholder Klorhexidin til å skylle munnen med. Midlene finnes som skyllevæske og gel. Dette er et bredspektret antiseptikum som reduserer både bakterier og sopp. Disse midlene skal ikke kombineres sammen med tannkrem, fordi effekten av desinfeksjonsmiddelet reduseres av såpeblandingen fra tannkremmen (Kristoffersen, 2005, Bind 2, 263).

#### **Ikke-medikamentelle tiltak**

Vi kan ikke behandle smaksforandringene som oppstår, men vi forsøke å lindre plagene til pasienten. Informasjon og veiledning kan bidra til at pasienten blir mer bevisst på hvilke tiltak som kan redusere ubehag av smaksforandringene og dermed bidra til at pasienten får i seg tilstrekkelig ernæring. Hvis smaksløkene har blitt påvirket må en for eksempel ha mer sukker for å kjenne den søte smaken, og likedan med salt. Smaksforandringer kan også gi aversjon mot enkelte matvarer. Det er da viktig å unngå de matvarene som pasienten ikke har lyst på, og som han til vanlig liker veldig godt. Pasienter kan oppleve at proteinrik mat smaker bittert eller

metallisk, mens søt mat kan smake harskt. Et godt tiltak mot smaksforandringer er å skylle munnen med saltvann eller vann med litt sitron før måltidet.

Det er viktig at pasienten spiser det han har lyst på og som ikke gir ubehag. Man kan bytte ut rødt kjøtt med for eksempel fisk eller kylling, som er gode proteinrike matvarer. Egg eller ost kan være lett å spise, og det sikrer også at pasienten får tilstrekkelig tilførsel av proteiner. Ved å bruke krydder kan man få en god effekt for smaksopplevelsen, men dette avhenger av hva pasienten selv liker. Krydder som salt, mynte, hvitløk og basilikum kan gi appetittvekkende opplevelse. Det kan også være nyttig å bruke marinader og sauser som gir ekstra smakstilsetning (Sortland, 2001, 236-237).

### ***3.7. Næringsrik og appetittøkende mat***

Næringstett mat betyr liten mengde mat som inneholder mange kalorier og næringsstoffer. For å gjøre maten mer næringsrik kan man tilsette ekstra fløte i supper, eller tilsette berikningspulver i mat og drikker for å gi ekstra næring. En spiseskje med rapsolje kan gi ekstra kalorier. Når man beriker mat med disse ingrediensene må man være klar over at det kan bli i mektigste laget for noen pasienter, så alt med måte. I tillegg kan det ha positiv effekt at maten ser fristende ut. Dette kan man gjøre ved å pynte smørbrødet med tomat og agurk, og pasienten kan gjerne få drikke i stettglass med en appelsinskrive på kanten. Dette er lite ressurskrevende tiltak som kan ha stor betydning for å øke appetitten til pasienten.

Om pasienten synes det er vanskelig å få i seg mat, kan næringsdrikker være et alternativ. Det finnes både melkebaserte og saftbaserte næringsdrikker, som man kan kjøpe på apoteket. Næringsinnholdet i disse varierer utifra hvilken type man velger. Om pasienten ikke liker disse kan man lage hjemmelagde milkshaker eller smoothies.



For pasienter som ønsker det bør det tilrettelegges for at de kan spise sammen med andre. Dette kan gjøres uavhengig av om pasienten er hjemme eller på sykehus. Man skal ikke undervurdere det sosiale rundt måltidet, for det kan faktisk være det som skal til for at pasienten får økt matlyst (Almås, 2001, Bind 1, 269).

### ***3.8. Oppfølging av tiltakene***

For at vi sykepleiere skal vite om tiltakene vi har iverksatt har effekt på pasientens ernæringsstatus, må vi kartlegge ernæringstilstanden til pasienten. Det vil være aktuelt å benytte seg av de samme undersøkelsene som har blitt framstilt under kapittel 3.5. Skjemaer som kan benyttes i denne sammenheng er måling av drikke og diurese, og skjemaer som beskriver hvilken mengde mat og innhold pasienten får i seg. Føringen av skjemaene kan pasienten i stor grad gjøre selv, mens vi sykepleiere vurderer informasjonen for å kartlegge ernæringsstatusen til pasienten.

Det er også viktig å veie pasienten regelmessig. Ved cancersykdommer bør pasienten bli veid ukentlig. En pasient som er under cytostatikabehandling blir veid når han ankommer avdelingen. Dette er en fast prosedyre på slike avdelinger. Vekten til en pasient kan gi viktig informasjon om forholdet mellom tilførsel og forbruk av næringsstoffer. Det er derfor viktig at man har veid pasienten før behandlingen starter, slik at senere veiinger kan sammenlignes med den (Almås, 2001, Bind 1, 517).

Som vi har nevnt tidligere i oppgaven kan det være aktuelt med blodprøver for å kartlegge ernæringsstatusen. Dette er det legen som må ta stilling til. Observasjoner av pasienten gir verdifull informasjon. Ved å være oppmerksom på hvordan pasienten er, og hvordan han påvirkes av ulike tiltak, kan vi vurdere om pasienten får i seg tilstrekkelig ernæring og om tiltakene har fungert tilfredsstillende. For eksempel kan observasjon av hudfold gi viktig informasjon om pasientens væskeforhold. En dehydrert pasient vil få oppstående hudfolder når man klemmer på huden.

### ***3.9. Sykepleierens møte med pasienten***

*”(..) Verken på Førde, Diakonhjemmets sykehus eller Ullevål fikk jeg noen spesielle kostråd. Det nærmeste de kommer rådgivning på mat og ernæring, er en henvisning til forskjellig brosjyremateriell. Var det fordi det med maten, ernæringen og vekten ikke regnes som viktig? Eller var det fordi det ikke var noen som visste hva som kan være bra? Eller var det fordi jeg virket så pigg at de ikke syntes jeg trengte det? Uansett, det var ikke mye å hente av kostforslag og informasjon som hadde styrking av eget forsvarssystem som mål.”*

*Thommesen (2005, 118*

I vurderingene av hva slags tiltak som skal iverksettes må en som sykepleier aldri glemme å kommunisere med pasienten, slik at vedkommende føler seg inkludert i avgjørelser som tas. Henderson understreker at pasienten kjenner seg selv og sine egne behov best. Det er derfor viktig å få pasienten til å være en aktiv og ansvarlig deltaker i den sykepleien han mottar (Kristoffersen, 2005, bind 4, 35-36). Pasienten har krav på å få informasjon om hvordan situasjonen er, hva som skal gjøres og hvorfor. Vi som sykepleiere må tilpasse denne informasjonen slik at den er forståelig for pasienten. For å gi pasienten trygghet er det viktig at vi sykepleiere gir god informasjon om hvilke bivirkninger pasienten kan forvente, hva han selv kan gjøre for å unngå eller lindre plagene, og presisere at han kan komme til oss hvis det skulle bli for ille. Det er særdeles viktig at vi gir spesielt mye oppmerksomhet og veiledning til pasienter som har økt energiomsetning og proteinbehov, kombinert med dårlig matlyst (Almås 2001 Bind 1, 517).

## 4. Drøfting

Som vi har beskrevet i flere deler av denne oppgaven, er det en særdeles viktig oppgave for oss som sykepleiere å gi informasjon, og gode råd til pasientene. Det å få kunnskap om hva behandlingen går ut på og hvilke bivirkninger som kan forventes, gir pasienten en følelse av å ha kontroll over situasjonen og kan faktisk forebygge uheldige psykiske reaksjoner når bivirkningene dukker opp.

### *4.1. Pasientens opplevelse av bivirkninger*

Fra litteraturen vet vi at mange pasienter ønsker å avslutte en kurativ behandling fordi bivirkningene blir så plagsomme at de ikke takler det lenger (Shelke, 2004). Dette viser tydelig hvor plagsomme bivirkningene kan være, når de velger å avslutte en behandling som kan gjøre dem friske igjen. Kanskje opplever disse pasientene dårlig oppfølging i forhold til bivirkningene? Kanskje har de fått for dårlig informasjon om hva man kan gjøre for å forebygge bivirkninger selv? Kanskje kan det være at pasienten har dårlig ernæringsstatus som gjør at han får så sterke bivirkninger? Dette er viktige spørsmål som vi må kartlegge.

Under hospiteringen på Kreftenheten opplevde vi at det var noen pasienter som fikk enerom fordi de var plaget med mange bivirkninger. Det er logisk at det er bedre for en pasient som er veldig plaget med kvalme og brekninger, å få være på et eget rom. Dette skjermer også de andre pasientene.

Det er ikke alle cancerpasienter som får bivirkninger av cytostatika, men det er likevel viktig at informasjonen blir gitt. Vi har erfart at det finnes pasienter som ikke plages med bivirkninger i det hele tatt, selv om de har vært gjennom harde cytostatikakurer på 12 behandlinger. Det viser hvordan disse plagene kan variere fra pasient til pasient. Vi merket oss også at disse pasientene ikke hadde hatt noe vekttap gjennom behandlingen, og vi mener at dette kan være en faktor til at de slapp bivirkninger. Under arbeidet med denne oppgaven har vi fått bekreftet det vi mente

om at ernæringsstilstanden har mye å si for motstandskraften til pasienten, og videre har betydning for hvor godt en pasient kan tåle cytostatikabehandling (Sortland, 2001, 232-234).

#### ***4.1. Kartlegging av sykepleiebehov***

Før man iverksetter tiltak er det viktig at man kartlegger årsaken til problemet. Med bakgrunn i det Henderson og Peplau skriver om sykepleierprosessen, ser vi at dette er vesentlig for å kunne sette i gang relevante tiltak. Ved å ha kunnskap om sykepleierprosessen og anvendelsen av denne, kan man sikre god sykepleie for pasienten.

Hendersons sykepleietenkning impliserer en logisk tilnærming til en løsning av pasientens problem, som går på datasamling, bedømming, pasientproblem og tiltak (Kristoffersen, 2005, bind 4, 36-37). Vi mener at dette er en god metode for å avdekke om pasienten har behov for sykepleie. Henderson mener at gjennom datasamlingen skal man kartlegge pasientens behov for sykepleie. Deretter skal man bedømme disse behovene ved hjelp av kunnskaper, slik at man kan finne ut om pasienten har ressurser til å kunne dekke det enkelte behov selv. Hvis man har avdekket et sykepleiebehov hos en pasient, må man finne ut hva årsaken til problemet er. Hvis pasienten ikke har ressurser til å klare dette selv, er det i følge Henderson sykepleietenkning, vår oppgave som sykepleiere å iverksette tiltak der vi assisterer pasienten (Kristoffersen, 2005, bind 4, s 36).

Om pasienten ikke klarer å dekke sine grunnleggende behov selv, på grunn av svikt i krefter, kunnskap eller vilje, blir vår sykepleiefunksjon forebyggende og helsefremmende (Kristoffersen, 2005, bind 4, 35). Vi arbeider forebyggende for at pasienten skal unngå ubehag i forhold til bivirkningene som kan oppstå under behandling. Som omtalt i kapittel 3.9 er det en viktig del av forebyggingen å gi råd og veiledning før behandlingen starter. Ut i fra vår kunnskap og erfaring som vi har fått gjennom praksis, hospitering og jobb, vet vi at ikke alle bivirkninger kan

forebygges. En viktig del vil derfor være helsefremmende arbeid der vi lindrer ubehagene som har oppstått. Å ha en samtale med pasienten før behandlingen starter er et viktig utgangspunkt. Da vi hadde hospitering på kreftenheten kunne vi se at pasienten hadde samtaler med både lege og sykepleiere før de startet behandlingen. Vi opplevde da at pasienten fikk mulighet til å fortelle om han hadde hatt noen plager så langt. Hadde han plager, fikk han videre råd om hvordan dette kunne behandles eller lindres. Vi mener dette er en god måte å ivareta pasienten på, og vi kunne se at pasienten følte seg trygg i denne situasjonen. Vi merket oss at det ble benyttet målrettet kommunikasjon for å avdekke om pasientene opplevde bivirkninger. Vi mener at en god sykepleier bør ha evnen til å kunne kommunisere med pasientene på denne måten.

#### ***4.1.1. Dokumentasjon/evaluering***

Når man som sykepleier har iverksatt et tiltak, er det en viktig forutsetning med videre evaluering for at vi skal klare å behandle pasienten på best mulig måte. Som nevnt i kapittel 3.5 er dette en del av sykepleieprosessen og det må bygges på et godt samarbeid mellom flere instanser.

Gjennom tidligere erfaringer vet vi at det er mange som sluntrer unna evalueringen. Det å skrive at pasienten har "spist bra", og "spiser bedre" i dag, sier ingenting om hvor mye mat pasienten egentlig har fått i seg og hvordan pasientens ernærings situasjon har vært tidligere. For at man skal kunne vurdere om pasienten har spist tilstrekkelig, er det en forutsetning at man har kjennskap til hvor mye pasienten vanligvis pleier å spise. Vi mener at det er nødvendig med kostholdregistrering for denne pasientgruppen. Man får da et objektivt bilde av hvor mye næring pasienten faktisk har fått i seg. Ut i fra dette kan vi også vurdere om pasienten har fått i seg tilstrekkelig ernæring i forhold til behovet. Det blir svært vanskelig å kunne evaluere virkningen av tiltaket, dersom det ikke er noen som dokumenterer effekten av det.

## ***4.2. Underernæring forekommer ofte***

Som beskrevet i kapittel 3.3 er det mange cancerpasienter som dør på grunn av avmagring, og ikke av selve sykdommen (Reitan og Schølberg, 2000, 154-155). På grunn av dette ser vi at det er nødvendig og svært viktig at vi som sykepleiere blir flinkere til å ta ernæringen på alvor tidlig i sykdomsforløpet, i stedet for å vente til man kan se en avmagring hos pasienten. Vi har gjennom hospiteringen erfart at så fort en pasient får påvist cancer, skal man tenke ernæring. Vi har kanskje lett for å ville "se det an" før vi innfører tiltak, men ved cancer mener vi det er vesentlig å gripe fatt i pasientens ernæringsstilstand umiddelbart etter at diagnosen er kjent. Spesielt viktig er det når pasienten skal ha cytostatikabehandling, noe vi vet er forbundet med ernæringsmessige utfordringer.

Vi har inntrykk av at det i praksis ikke er nok fokus på å forebygge vekttap, som oppstår når pasienten har nedsatt matlyst. Vi som sykepleiere har kanskje lett for å fokusere på andre sider av diagnosen, som for eksempel smertelindring. Vi mener at pasientens ernæringsstilstand ofte blir glemt, og at dette ofte skyldes for lite kunnskap om hvor viktig ernæringen er.

Cancerpasienter er ikke blant de pasientene som maser mest om mat, og som omtalt i kapittel 3.4 vil ikke en cancerpasient merke sultfølelsen i den grad behovet skulle tilsi. Pasienten merker ikke det økte behovet for næringsstoffer, og vil dermed heller ikke merke at han får i seg for lite næring (Sortland 2001, 232-234). Derfor er det desto viktigere at vi sykepleiere er bevisste på symptomer på underernæring, slik at det kan gjøres raske tiltak.

Ved hospiteringen på Kreftenheten observerte vi at pasientene ble tilbydd mat under behandling. Vi merket oss at det var stor forskjell på når pasientene ønsket å spise. Noen ville ha mat straks behandlingen startet, mens andre måtte vente en halv time før de kunne innta mat. Dette er med på å demonstrere hvor individuelle behov pasientene i denne gruppen har.

Som det ble beskrevet i kapittel 3.4 blir det vanligvis ikke anbefalt noen spesiell diett for cancerpasienter, men i noen tilfeller kan det bli nødvendig (Almås, 2001, Bind 1, 264). Vi mener at det er nødvendig i de tilfellene der pasienten er mye plaget med bivirkninger som gjør at det vanskelig å få i seg tilstrekkelig ernæring.

Gjennom hospitering og tidligere praksiserfaring har vi merket oss at det ikke er noen form for ”kreftmat” på ulike institusjoner på lik linje med “diamat” for diabetespasienter. Gjennom å bruke betegnelsen “diamat” vet vi hva slags mat pasienten skal holde seg unna, og informasjonen vedrørende dette blir ført opp i kardex slik alle som er involvert i behandling av denne pasienten kan gå inn og lese denne nyttige informasjonen. Dette mener vi hadde ført til større bevissthet for denne pasientgruppen, og bidratt til at alle som jobber på institusjoner hadde fått kunnskap om dette. Gjennom arbeidet med denne oppgaven ser vi at en tilsvarende prosedyre kunne vært nyttig for å sette kosthold for cancerpasienter i fokus ved ulike institusjoner.

Det vi sier i problemstillingen vår om å få i seg “tilstrekkelig ernæring”, beskriver Thommesen som vanskelig. Thommesen skriver om hvor viktig det er å holde vekten oppe under behandlingen, men at det er vanskelig å spise nok mat for å klare å holde vekten oppe (Thommesen, 2005, 116). Dette viser at det er viktig at vi som sykepleiere gir pasientene kunnskap om hvordan man kan få i seg tilstrekkelig ernæring uten at det blir for store plager for pasienten.

Thommesen sier også at hun opplevde at ernæring ikke var så viktig for behandlingen. Hun hadde mange bivirkninger, men fikk ikke noe informasjon om hva hun kunne gjøre for å lindre disse plagene slik at hun fikk i seg næring igjen. Hun forteller at de ikke kunne se at hun var for tynn eller for tykk, så de gikk ut i fra at hun ikke hadde problemer med ernæringen (Thommesen, 2005, 118). Dette er en viktig tankevekker for oss sykepleiere. Det er ikke alltid man kan se plager med det blotte øyet, men gjennom en dialog kan pasienten komme fram med hvilke plager han eventuelt har. Man ser også hvor stor betydning det har at vi sykepleiere har gode kunnskaper, og at vi kan iverksette tiltak som ikke bare rettes mot selve

diagnosen, men også mot plagene rundt sykdommen. I denne sammenhengen gjelder det gode kunnskaper om ernæring, og vi mener at dette bør vektlegges mer i utdanningen vår, slik at vi kan være med på å forebygge underernæring.

### ***4.3. Vurdering av tiltakene***

#### ***4.3.1. Tiltak mot kvalme***

Som nevnt flere steder i denne oppgaven er kvalme en av de hyppigste bivirkningene ved cytostatikabehandling, og kanskje den bivirkningen pasienter frykter mest (Hawthorn, 1991). Med utgangspunkt i det Thommesen skriver om egne erfaringer, samt kunnskap vi har fått gjennom uformelle samtaler og litteratur, ser vi at tiltakene vi har vektlagt er relevante i forhold til problemene som pasientene opplever. Thommesen skriver at for hennes del så dukket kvalmen opp til tross for kvalmestillende medikamenter, og hun beskriver kvalmen mer eller mindre som en refleks (Thommesen, 2005, 33). Det kan være en utfordring for oss sykepleiere å behandle slike plager. Da vi hospiterte på Kreftenheten fortalte mange av pasientene at de hadde tatt kvalmestillende om morgenen før de kom til avdelingen. I tillegg var det mange pasienter som fikk kvalmestillende under behandling. Av de pasientene vi møtte var det mange som fikk god lindring av dette, og hadde derfor ikke så mye ubehag under og etter behandling.

Kvalme er fortsatt den bivirkningen som er mest plagsom, mens undersøkelser viser at brekninger har gått ned til 5. plass fra å ligge på topp som en av de verste bivirkningene (Shelke, 2004). Dette viser at kvalmestillende medikamenter har god effekt på brekninger, men kanskje ikke fungerer optimalt på kvalme. Om pasienten blir akutt kvalm av behandlingen er det viktig at vi forebygger med kvalmestillende medikamenter slik at pasienten kanskje slipper å få oppkast i tillegg. Hvis pasienten opplever å få forsinket kvalme, er det et godt tiltak å få pasienten til å bruke kvalmestillende medikamenter 2-5 dager etter behandling. Dette kan ta vekk den verste kvalmefølelsen.



Som beskrevet i kapittel 3.6.1 så virker ikke kvalmestillende medikamenter tilfredsstillende på assosiasjonkvalme (Shelke m.fl., 2004). Det er derfor ikke lett for oss sykepleiere å forebygge denne type kvalme. Vi må derfor være oppmerksomme på at det er noen pasienter kan være plaget av denne typen bivirkninger, og forsøke å kartlegge sammen med pasienten hva det er som gjør pasienten kvalm, og skjerme han for disse faktorene så langt det er mulig.

#### ***4.3.2. Tiltak mot obstipasjon***

I kapittel 3.6.2 står det om tiltak mot obstipasjon, men disse kan både være vanskelige å gjennomføre og ha negativ virkning når pasienten sliter med nedsatt appetitt. For at en pasient skal unngå obstipasjon har vi forslått at han kan prøve Laksantia og fiberrik mat (Simonsen, 2005, Bind 2 , 196-198). En forutsetning ved Laksantia og fiberrik mat, er at væskeinntaket økes, noe som kan være en utfordring for cancerpasienter som kanskje sliter med kvalme og munnsårhet fra før (Almås, 2001, Bind 1, 270). Det er derfor viktig å foreta ta en nøye vurdering av om det er mulig for pasienten å få i seg ca 2 liter væske daglig. Hvis ikke kan tiltakene kanskje gjøre vondt verre.

Under hospiteringen på Kreftenheten møtte vi en pasient som var veldig plaget med obstipasjon. Det tok også veldig lang tid før det ble kartlagt at han faktisk hadde denne plagen. Vi opplevde at pasienten syntes at det var flaut å snakke om dette problemet, og vi fikk følelsen av at han ikke var klar over at det faktisk var en normal bivirkning som følge av cytostaikabehandling. Pasienten brukte kvalmestillende medikamenter, og visste heller ikke at en bivirkning av disse kan være obstipasjon. Kanskje hadde ikke denne pasienten fått informasjon om at dette var en normal bivirkning? Eller kanskje han hadde fått dårlig oppfølging, slik at han ikke turte å snakke om slike plager?

#### ***4.3.4. Tiltak mot munnsårhet og smaksforandringer***

Som beskrevet i kapittel 3.6.3 er det veldig vanskelig å forebygge munnsårhet. Og når det gjelder smaksforandringer er det heller ikke noe vi kan gjøre for å forebygge denne bivirkningen. Nok en gang er det viktig at vi som sykepleiere gir pasienten nødvendig informasjon om dette. Hvis plagene skulle oppstå, så er i det minste pasienten forberedt på det og kan gi beskjed med en gang han begynner å merke symptomer. Det kan da iverksettes tiltak som kan forhindre at plagene forverres og blir et stort problem. Aktuelle tiltak kan for eksempel være munnskylling og rens av munnhulen (Almås, 2001 Bind 1, 258).

Smaksforandringer er kanskje ikke smertefullt på samme måte som de andre bivirkningene, men det kan være veldig ubehagelig. Når maten ikke smaker som før, blir det logisk nok vanskelig for en pasient å få i seg tilstrekkelig ernæring. Det er viktig å kartlegge om smaksforandringene skyldes en soppinfeksjon eller bakteriebelegg, da dette kan behandles. Skyldes smaksforandringene påvirkning av smaksløkene, må man bare vente til bivirkningen går over av seg selv.

#### ***4.3.5. Oppsummering av tiltak***

Det som er det mest utfordrende når det gjelder å finne effektive og helst lindrende tiltak, er hvis pasienten sliter med flere av bivirkningene samtidig. Mange av kostholdsrådene motsier hverandre. Har du munnsårhet skal du for eksempel holde deg unna det som er sterkt krydret, og ikke drikke noe som er syrlig. Men når man har smaksforandringer bør man bruke mye krydder, og gjerne skylle munnen med vann med sitron i. Man bør innta mye væske for å forebygge obstipasjon, men det kan bli vanskelig hvis man er plaget med kvalme eller sår munn.

Disse faktorene gjør at det nesten er umulig å finne tiltak som lindrer disse plagene samtidig. Det blir en ond sirkel hvor vi behandle ett problem, men kan forårsake at det oppstår andre plager i stedet. Det er derfor viktig å tenke helhetlig og vurdere tiltakene i forhold til hverandre for å se om disse kan komme i "konflikt". Vi mener

at tiltakene bør rettes mot det *pasienten* opplever som et problem, og ikke det vi mener kan være problem.

#### ***4.4. Det “lille ekstra” for pasientens skyld***

Mange av tiltakene som vi har presentert i denne oppgaven er lite ressurskrevende, og vi har erfart at de er gjennomførbare selv i en travel hverdag. Det er enkle tiltak som alt personell rundt pasienten bør ha kunnskap om når de serverer mat eller veileder pasienten om kosthold. Det bør selvfølgelig nevnes at mange er flinke til å følge opp disse tiltakene, men at det jevnt over bør bli mer fokus på ernæring generelt.

Dette er en pasientgruppe som har et stort behov for riktig ernæring, og det bør derfor ikke være overlatt til tilfeldighetene hva vi serverer pasienten. Vi må på et kunnskapsmessig grunnlag vurdere om det vi gir pasienten er gunstig i forhold til å sikre tilstrekkelig ernæring, selv om det kan være en utfordring med pasienter med nedsatt appetitt. Et tiltak er å berike maten, som beskrevet i kapittel 3.7 og gjøre den mer næringstett. Hvis man for eksempel lager havregrøt kokt på vann, utgjør det 70 kalorier. Hvis man derimot koker grøten på melk/fløte og tilsetter en spiseskje med rapsolje utgjør havregrøten 400 kalorier.

Gjennom hospitering og tidligere praksis har vi erfart at et enkelt tiltak som å pynte maten kan ha god effekt for å vekke matlysten til pasienten. En pasient vi møtte under praksis hadde i flere dager spist lite av det som ble satt inn til henne, men da hun fikk et pent pyntet fruktfat og næringdrikke servert i stettglass, spiste og drakk hun opp alt. Dette er et av mange eksempler vi har fra lignende praksis-situasjoner. Vi mener at slike tiltak har stor betydning og krever så lite ressurser at det kan gjøres hver dag, men dessverre har vi erfart at det ofte blir fullstendig bortprioritert.

Vi opplever stadig at pasienter sier at det er ingenting som frister av mat. Da er det viktig at vi foreslår matvarer som kan virke tiltalende. En vanskelig balansegang er å

kunne komme med disse forslagene uten å mase. Vi har kunnskap om hva pasienten bør spise, men det er ikke dermed sagt at vi klarer å få pasienten med på dette. Noen ganger kan det derfor være like greit å servere pasienten litt «plukkmat» som for eksempel frukt, kjeks og annen lett mat.

Å benytte seg av kompetansen til annet helsepersonell kan være en god måte å øke vår kunnskap på. Dietetiker og institusjonskokker innehar stor kunnskap om ulike dietter og hvilken mat som er gunstig for våre pasienter. Et tettere tverrfaglig arbeid med disse vil komme pasientene til gode. Vi mener at vi som sykepleiere kan ha lett for å se begrensninger, men ikke løsninger. I samtale med avdelingsleder for kjøkkenet på hospiteringssted fikk vi vite at dersom det var en pasient hadde spesielle behov i forhold til mat, så var det bare å ringe, de kunne ordne det meste. Vi er langt fra flinke nok til å tenke alternative løsninger, spørre andre til råds og formidle kontakt med andre yrkesgrupper som har spisskompetanse på slike områder.

Vi har inntrykk av at det sosiale rundt måltidet ofte blir glemt. Vår erfaring fra praksis er at pasienten spiser bedre dersom han har selskap ved måltider. Det er hyggeliger å spise sammen med andre og pasienten glemmer kanskje å kjenne på bivirkningen han sliter med. Det er derfor et godt tiltak å tilrettelegge for at pasienter kan spise sammen, dersom de ønsker det.

Noe som ikke kan presiseres ofte nok er hvor viktig det er med god informasjon for å få pasienten til å forstå hensikten bak tiltakene. Likevel kan vi fra Thommesens sitater lese at til tross for gode kunnskaper kan det kan være en utfordring for pasienten få i seg mat (Thommesen, 2005, 116-117). Dette viser at det ikke alltid er nok å gi god informasjon, men desto viktigere at det lille pasienten får i seg er næringstett mat.

#### ***4.5. Videre oppfølging***

Det er viktig å kartlegge effekten av hvert enkelt tiltak underveis og etter behandlingen, fordi dette er med på å redusere faren for underernæring. Selv om vi har iverksatt tiltak som skal bedre næringsinntaket til en pasient, er det ikke sikkert at alle får utbytte av tiltakene. Og det er ihvertfall ikke sikkert at vedkommende får dekket sitt ernæringsbehov å en tilfredsstillende måte.

Som nevnt i tidligere i denne oppgaven, er det viktig at vi kartlegger og dokumenterer om pasienten får i seg tilstrekkelig ernæring ved hjelp av våre tiltak. Ved å bruke observasjoner og veiing av pasienten, samt sørge for at det blir fulgt kostskjema, gir dette grunnlag for å kunne vurdere effekten (Sortland, 2001, 169-174). Pasienten kan også benytte seg av ulike skjemaer som han fyller ut selv, og som vi kan basere våre vurderinger på. Hvis vi klarer å stille opp for pasienten ved hjelp av disse metodene, gir det et helhetlig behandlingstilbud, og det fører til at pasienten føler seg godt ivaretatt. Hvis vi oppdager at pasienten fortsatt er i ernæringsmessig ubalanse, er det viktig å finne ut hva som er årsaken og om vi kan hjelpe pasienten med dette. I slike tilfeller kan det bli aktuelt med parenteral og enteral ernæring. Hvis vi føler at vi ikke strekker til og kan gi pasienten det han trenger, kan vi formidle kontakt med andre yrkesgrupper som har bedre kompetanse på området for videre vurderinger.

#### ***4.6. Forebygging på et tidlig stadium***

Det er viktig at vi som sykepleiere har gode kunnskaper om hvordan vi på best mulig måte kan lindre og behandle bivirkninger hos denne gruppen pasienter og dermed bidra til å forebygge underernæring. Vi mener det er viktig å vektlegge informasjon. Ved å gi pasienten god informasjon og kunnskap om hva som er normale bivirkninger ved cytostatika, kan disse bli lettere å mestre for pasienten. En vesentlig sykepleieroppgave er å bevisstgjøre pasienten på hvor viktig ernæring er for å styrke immunforsvaret, og unngå sterke plager ved bivirkninger. Vi kan tilby mat og foreslå

tiltak for å bedre pasientens ernæringsstatus, men vi kan ikke tvinge han til å spise. Likevel mener vi det vil være lettere for pasienten å få i seg ernæring når han er bevisst på hvor viktig det er å ha en god ernæringstilstand.

Et annet moment vi anser som viktig er forebygging. Det er mindre belastende for pasienten om vi hindrer at problemene oppstår i utgangspunktet, og sparer pasienten for unødvendige plager. Vi kan nok ikke alltid forstå hvor plagsomt det kan være med bivirkningene, men gjennom en god dialog med pasienten må vi gjøre alt for å sette oss inn i hans situasjon og vise at vi forstår ham.

## 5. Konklusjon

Målet med oppgaven var å finne ut hvilke tiltak vi som sykepleiere kan iverksette for å sikre tilstrekkelig ernæring for en cancerpasient med nedsatt matlyst på grunn av bivirkninger av cytostatikabehandling. For å finne svar på dette måtte vi sette oss inn i de vanligste bivirkningene som rammer denne pasientgruppen. Vi mener det er en forutsetning å kartlegge hva som er årsaken til at bivirkningen oppstår, og en forutsetning for å kunne vurdere hvilke tiltak som er best egnet for å gi lindring. Vi har av den grunn trukket fram sykepleierprosessen som et viktig moment i oppgaven.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi funnet ut at det er en utfordring å sikre tilstrekkelig ernæring til cancerpasienter. Det krever gode kunnskaper av oss som sykepleiere, og en god del engasjement. Vi mener det er for lite fokus på ernæring i forhold til denne pasientgruppen, både under studiet og i arbeidslivet. Vi tror at svært mange pasienter kunne vært spart for mange unødvendige plager dersom helsepersonalet hadde hatt større kunnskap og bevissthet, slik at de kunne vært tidligere ute med å forebygge for underernæring.

Vi mener at «kreftmat» burde være en egen kjent diett på sykehus og andre institusjoner som behandler cancerpasienter. Dette ville vært et stort skritt videre for å sikre at cancerpasientens spesielle behov for ernæring blitt mer ivaretatt. I tillegg har vi i denne oppgaven vist at små, ressursbillige tiltak kan være svært effektive når de blir innlemmet i den daglige rutinen.

## **6. Etterord**

### ***6.1. Produktevaluering***

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven erfart at ernæring for cancerpasienter er et stort og vanskelig tema. Alle pasienter er ulike og har individuelle behov, og det er derfor vanskelig å komme med et fasitsvar på hvordan man kan sikre ernæringstilstanden til alle disse pasientene. Vi mener at tiltakene vi har presentert i oppgaven er fagelig begrunnet, og vi har selv erfart at mange av tiltakene fungerer i praksis.

Det har vært en utfordring å avgrense omfanget på oppgaven. Etterhvert som vi har fått mer kunnskap vi om emnet, har vi sett flere interessante aspekter vi kunne tenkt oss å ha med i oppgaven.

### ***6.2. Prosessevaluering***

Vi startet tidlig å diskutere hvilket tema vi skulle skrive om på avsluttende eksamen i sykepleie. Begge var interessert i ernæring, og vi fant ut at vi ville vinkle det inn på cancerpasienter. Vi har i tidligere praksisperioder møtt mange pasienter med cancer, og har sett at ernæring kan bli en utfordring når de gjennomgår behandling. Vi ville derfor lære mer om hvordan vi kunne hjelpe disse pasientene. Underveis i prosessen så vi at det kunne vært en fordel om vi hadde fordypet oss i færre tiltak, men da ville vi fått et mindre helhetlig bilde av utfordringene vi som sykepleiere har i forhold til cancerpasienter og ernæring. I utgangspunktet hadde tenkt å bruke case, med en bestemt canserdiagnose. Men for å nå flest mulig pasienter med våre tiltak valgte vi å gå bort i fra denne. Vi erfarte at det var greit å bare være to på gruppe. Det har vært lettere å holde oversikt og vi har samarbeidet godt.



***”Din mat er din medisin”***

*Hippokrates*

## Litteraturliste

Almås, Hallbjørg, (2001), *Klinisk Sykepleie bind 1 & 2*. Oslo: Gyldendal

Dalland, Olav. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (1993) 4. utgave 2007.

\* Hawthorn, Jan PhD (1991), *Kvalme og brekninger ved kjemoterapi og stråleterapi*, Glaxo Holdings plc (4 sider)

Jacobsen, Dag; m.fl, (2001), *Sykdomslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\* Kreftforeningen 2008, *Cellegift*, Haslum Grafisk AS (4 sider)

\* Kreftforeningen, *Kostråd til kreftpasienter* (2008), Nordby Grafisk AS (s.3-47)

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli- Anne Skaug, *Grunnleggende sykepleie*. (2005). Bind 1 & 4 Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Lappegard, Øystein (2006), *Medisinsk ordbok*, Lunde Forlag (s.44)

\* Reitan, Anne M og Tore Schølberg (2000) *Kreftsykepleie, pasient-utfordringen-behandling*, Akribe, (s.154-156)

Simonsen, Terje, Jarle Aarbakke og Roy Lysaa, *Illustrert Farmakologi* (2005), Bind 2, 2.utgave, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Sortland Kjersti, (2001), *Ernæring, mer enn mat og drikke*. Fagbokforlaget Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Thommesen, Maria (2005) *Tilfeldigvis meg*, N.W Damm & Søn AS (s. 9-148)

**Internettkilder**

\* Sildnes, Børge (2008) *2007-tallene: Én av tre får kreft i løpet av livet*

URL:(<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/2007-tallene-er-klare/>)

26/3-09

\* Shelke, Abhay R, Karen M Mustian og Gary R. Morrow (2004)

*The pathophysiology of treatment-related nausea*

*and vomiting in cancer patients : current models, URL:*

([http://www.ijpp.com/vol48\\_3/vol48\\_no3\\_rev\\_art.pdf](http://www.ijpp.com/vol48_3/vol48_no3_rev_art.pdf)) 5/5-09 (14 sider)

## Vedlegg 1

### Virginia Hendersons 14 punker

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, står og med å skifte stilling
5. Å sove og hvile
6. Å velge passende klær og sko, og kle av og på seg
7. Å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
8. Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
11. Å praktisere sin egen 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