

BACHELOROPPGAVE:

TITTEL:

Uten mat og drikke duger helten ikke...

KANDIDATNUMMER: 712

Antall ord: 9310

Dato: 06. mai 2011

SAMMENDRAG AV BACHELOROPPGAVEN

Tittel:	Hvordan kan kreftsykdom og behandling påvirke pasientens ernæringsstatus, og hvilke tiltak kan iverksettes for å unngå ufrivillig vekttap?	Dato: 06.05.11
Deltaker(e)/kandidatnr:	Liezl Elisabeth E. Tollefsrud	
	Maren Bergum Løken	
	Kandidatnummer 712	
Veileder(e):	Sigrid Wangensteen	
Evt. oppdragsgiver:	Høgskolen i Gjøvik	
Nøkkelord (3-5 stk)	Kreft. Ernæring. Behandling. Eldre.	
Antall ord: 9310	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bacheloroppgaven er en litteraturstudie og handler om det viktige temaet kreft og ernæring. Vi har fokusert på kreftpasienter under behandling og hvilke faktorer som kan virke inn på pasientenes ernæringsstatus. I tillegg tar vi for oss de forskjellige tiltakene som kan iverksettes for å unngå eller forebygge mot ytterligere eller ufrivillig vekttap. Både de medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltakene blir presentert.</p>		

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title:		Date: 06.05.11
How can cancer disease and treatment affect a patients		
nutritional status, and what measures can be done to avoid		
involuntary weightloss?		
Participants/ Candidate number*:		
Liezl Elisabeth E. Tollefsrud		
Maren Bergum Løken		
Candidatenummer: 712		
Supervisor(s)		
Sigrid Wangensteen		
Employer:		
Høgskolen i Gjøvik		
Keywords		
(3-5) Cancer. Nutrition. Treatment. Adults.		
Number of words: 9310	Number of appendix: 1	Availability: Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>The bachelor thesis is a literature study and act on the important topic of cancer and nutrition. We have focused on cancer patients during treatment and the factors that can affect patients' nutritional status. In addition, we look at the various measures that can be taken to avoid or prevent further or involuntary weight loss. Both pharmacological and non-pharmacological measures are presented.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Fremgangsmåte	6
1.4 Begrensninger	6
1.5 Oppgavens oppbygging	7
1.6 Begrepsavklaring	7
2.0 Metodedel	9
2.1 Valg av metode	9
2.2 Søk i databaser	9
2.3 Begrunnelse for valg av litteratur og kildekritikk	9
3.0 Teoridel	11
3.1. Sykepleieteoretiker	11
3.2 Generelt om kreft	12
3.2.1 Hvordan oppstår kreft?	12
3.5. Behandling	13
3.5.1 Cytostatika, cellegift:	13
3.5.2 Strålebehandling:	13
3.5.3 Medikamenter:	14
3.3 Generell ernæring	14
3.3.1 De ulike næringsstoffene:	14
3.3.2 Ernæring hos kreftpasienter:	15
3.4 Bivirkninger av sykdommen og/eller behandling	16
3.4.1 Kvalme, brekninger og oppkast:	16
3.4.2 Munntørrehet og andre munn- og svelgplager:	17
3.4.3 Smaksforandringer:	18
3.4.4 Malign obstruksjon av mage-tarm-kanalen:	18
3.4.5 Kakeksi:	19
3.4.6 Obstipasjon og diarè:	19
3.4.7 Dyspepsi:	20
3.6 Folketrygdeloven og rettigheter	20
3.6.1 Refusjon:	20
4.0 Drøftedel	22
4.1 Hva slags næringsbehov har de eldre?	22
4.2 Hva gjør kreft med de eldres energibehov?	22

4.3. Hvordan spiller bivirkninger fra kreftsykdommen og behandlingen inn på pasientens næringsinntak og hvilke tiltak kan iverksettes gjennom kosten?	23
4.4 Hvilke tiltak kan i verksettes for å unngå ufrivillig vekttap?	28
4.4.1 Har pasientens omgivelser noen innvirkning på næringsinntaket?	29
5.0 Konklusjon	33
6.0 Etterord	34
7.0 Litteraturliste	35
Vedlegg 1	37

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Temaet vi har valgt er blitt aktuelt i dag og tiden fremover. Kreft og ernæring er stadig noe man ser utfordringer ved under kreftbehandling, og vi har derfor et ønske om å bedre vår kunnskap på dette området.

I følge Kreftforeningen ble det registrert 26121 personer med kreft i 2008, og det er forventet at antall krefttilfeller vil øke med 30 % frem til 2020 (Kreftforeningen 2011). Kreft regnes som den vanligste dødsårsaken i Norge, etter hjerte- og karsykdommer. Av alle dødsfall skyldes 20 % kreft, og ca. 10 000 personer dør av sykdommen i Norge hvert år (Jacobsen m.fl 2001). Forekomsten er stadig økende, og man regner med at hver tredje person i Norge vil få en kreftsykdom på et tidspunkt i løpet av livet (Almås 2001). Alle krefttilfeller som blir registrert, skal rapporteres til Kreftregisteret. På denne måten kan man ha oversikt over kreftmønsteret og registrere endringer. Dette er av viktighet for helsemyndighetens arbeid mot å bekjempe denne alvorlige folkesykdommen (Jacobsen m.fl 2001).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Den endelige problemstillingen ble;

”Hvordan kan kreftsykdom og behandling påvirke pasientens ernæringsstatus, og hvilke tiltak kan iverksettes for å unngå ufrivillig vekttap?”

1.3 Fremgangsmåte

For å belyse problemstillingen har vi valgt Virginia Henderson som sykepleierteoretiker. Hennes teori mener vi passer godt for hvordan vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten til å dekke grunnleggende behov. Resten av litteraturen vi har valgt sier noe om hva som kan påvirke pasientens appetitt og ernæringsinntak. I tillegg har vi valgt å ha med noe generell litteratur om kreftsykdom og ernæring og underernæring.

1.4 Begrensninger

I følge skolens retningslinjer har vi en begrensning på 8 uker og 9500 ord. Vi har valgt å ta utgangspunkt i ernæring hos kreftpasienter som er under behandling. Kreftbehandlingen er stråling og cellegift, og i tillegg noe palliativ behandling. Vi tenker at pasientgruppen befinner seg i en fase der behandlingen er kommet i gang, men ikke nærmer seg livets slutfase. Vi har tatt utgangspunkt i eldre, enslige, hjemmeboende kreftpasienter, det vil si over 65 år. De

hjemmeboende pasientene bor i enebolig og ikke i bokollektiv. Grunnen til at vi har valgt pasienter i hjemmesykepleie i stedet for sykehus er fordi det ofte er i hjemmet problemene med ernæringen oppstår. Vi har valgt å ikke skille mellom kjønn eller ulike krefttyper. Vi ønsker heller å bruke eksempler fra forskjellige krefttyper fortløpende i teksten. Vi har valgt å ikke gå i dybden på de viktige temaene som kommunikasjon og samhandling, etikk, pårørende og lover, heller ikke psykiatri. Vi har heller ikke tatt i betraktning pasienter med en kulturell bakgrunn. Behandling i sykehus og pleieplan som et verktøy i behandling blir også kun nevnt i kortet trekk.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i innledning, metode-, teori- og drøftedel. Deretter kommer konklusjon, etterord og litteraturliste. Vi har valgt å skille mellom teori og drøfting, for å holde orden i oppgaven. Vi har valgt å bruke både avsnitt og underoverskrifter i både teori- og drøftedel. Artikkelen vi bruker blir presentert først i drøftedelen. I oppgavens drøftedel har vi valgt å ha med to bilder for å illustrere temaet vi omtaler. I tillegg har vi med ett vedlegg som viser et kostregistreringsskjema.

1.6 Begrepsavklaring

Autonomi: Pasientens rett til å delta i beslutninger (Brinchmann 2005).

Relasjon: ”En god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillitt, trygghet, og en opplevelse av troverdighet og tilknytning” (Røkenes og Hanssen 2006, s. 22).

Empati: ”innebærer innlevelse og innfølelse. Det betyr å leve seg inn i en annens indre subjektive opplevelser både innholdsmessig og affektivt” (Røkenes og Hanssen 2006, s. 159).

Ernæringsstatus: ”Forholdet mellom kroppens behov for energi og næringsstoffer og den faktiske tilførselen gjennom kosten, vurdert i forhold til høyde/vekt, helsetilstand og innhold av stoffer i blod og vev” (Store norske leksikon 2011).

Underernæring: Ved underernæring er energi- og næringsstoffinntaket så lavt at man går ned i vekt. Det oppstår en ubalanse i energi, proteiner eller andre næringsstoffer som fører til skadelige effekter på kroppsmasse, kroppssammensetning, funksjoner og klinisk utbytte (Sortland, 2007).

Emesis: Betyr å kaste opp, og er et samlebegrep for kvalme, brekninger og oppkast (Kreftforeningen 2008).

Motilitet: ”Bevegelse, evnen til å bevege seg” (Store Norske Leksikon 2011).

Sondeernæring: ”Ernæring gitt direkte til magesekk eller tarm via sonde” (Helsedirektoratet 2009, s. 39).

PEG – sonde: Perkutan endoskopisk gastrostomi. En åpning fra ventrikkelen og ut på abdomen hvor en gummislange er sydd fast som ernæring blir satt inn gjennom (Almås 2001).

Nasogastrisk sonde: ”Ernæringssonde for sondeernæring via nese, spiserør og til magesekk” (Helsedirektoratet 2009, s. 38).

BMI: Body mass index, også kalt KMI – kroppsmasse indeks = kilo/m^2 (Helsedirektoratet 2009).

2.0 Metodedel

2.1 Valg av metode

Tranøy definerer metode som en:

”... fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være samme, gyldige eller holdbare” (Dalland 2007, s. 81-82).

Vi har valgt å skrive en litteraturstudie fremfor en empirisk studie. Vi følte vi fant svar på problemstillingen ved å benytte oss av litteratur.

Oppgaven er skrevet etter skolens retningslinjer, og baseres på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, der i blant en forskningsartikkel.

En fordel med å bruke en litteraturstudie er at man kan benytte seg av fagstoff andre har fordypet seg i og vi kan tilføye med egne erfaringer.

2.2 Søk i databaser

Vi har gjort søk i databaser, ovid medline, for å finne aktuelle artikler vi kan bruke.

Søkeordene vi har brukt er cancer, nutrition, treatment og adults. Cancer alene gav 195077 treff, nutrition 20150 treff. Disse to sammen gav 1507 treff. Treatment alene gav 557706 treff, disse tre sammen gav 374 treff. Adults alene gav 62648 treff. Ved å kombinere alle fire søkeordene gav det 17 treff den 06.04.11. Dette resulterte i en aktuell artikkel som vi har valgt å presentere i drøftedelen.

2.3 Begrunnelse for valg av litteratur og kildekritikk

Vi har valgt å bruke både primær- og sekundærkilder. Primærkilder vil si at det er forfatteren selv som presenterer eget forskningsarbeid. Sekundærkilder vil si at stoffet blir presentert av en annen enn forfatteren selv.

I innledningen under punktet begrepsavklaringer har vi brukt nettsiden Store norske leksikon. Vi fant ingen årstall på denne siden, men ser likevel på den som en troverdig side.

I teoridelen har vi valgt å bruke både pensum- og selvvalgt litteratur. Artikkelen som presenteres i drøftedelen er en primærkilde, og selvvalgt litteratur. Vi synes denne artikkelen sier ganske konkret om det vi leter etter i forhold til problemstillingen. Studien er liten og den omfatter kun en liten del av en stor pasientgruppe. Forskerne konkluderer selv med at studien gjerne kan gjentas med et større antall deltagere.

Vi har valgt flere bøker i fra pensumlista. Vi tenker at pensumlitteratur er pålitelige kilde, men vi er oppmerksomme på at det kan ha blitt utgitt nyere utgaver av bøkene vi har brukt. Stoffet vi har brukt føler vi er svært konkret for oppgaven.

Vi har valgt å bruke nettsider fra blant annet Kreftregisteret, Helsedirektoratet, Lovdata og Folkehelseinstituttet. Vi anser disse nettstedene som pålitelige kilder. I tillegg har vi sammenlignet noe av litteraturen vi har funnet her med pensumlitteraturen. Hefter utgitt av Kreftforeningen har vi også benyttet oss av. Dette er en allmenn kjent organisasjon som anses som seriøs og pålitelig. Vi har erfart at det er mange som benytter seg av Kreftforeningens tilbud.

3.0 Teoridel

3.1. Sykepleieteoretiker

Virginia Henderson fattet interesse for sykepleie under første verdenskrig, hvor hun ønsket å hjelpe syke og skadde soldater. Hun var ferdig utdannet sykepleier i 1921, og studerte videre klinisk sykepleie fra 1930-1948 (Kristoffersen m.fl. 2005a).

Henderson utviklet senere en sykepleierteori som kompenserer for mangler og svakheter hun selv erfarte under sin grunnutdanning. Henderson nevner i sin teori at et menneske har visse grunnleggende behov, og livsmønsteret kjennetegner hvordan vedkommende ivaretar disse behovene på. De grunnleggende behovene blir framstilt som 14 punkter i Hendersons teori (Kristoffersen m.fl. 2005a). De som er mest vesentlig for vår oppgave av de 14 punktene, er punkt nr.2; ”Å spise og drikke tilstrekkelig” (Kristoffersen m.fl. 2005a, s.36) og punkt nr.14; ”Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling” (Kristoffersen m.fl. 2005a, s.36).

Når en person mangler nødvendige ressurser for å kunne utføre nødvendige gjøremål selv i forbindelse med å dekke grunnleggende behov, kan vedkommende ha behov for sykepleie. Det er da en svikt i pasientens ressurser, og kan være i form av mangel på kunnskap, krefter eller vilje. En ressurssvikt forekommer ikke bare ved sykdom, men også hos friske mennesker som ikke makter å utføre nødvendige gjøremål for å bevare helsa. I den forbindelse har sykepleieren en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon (Kristoffersen m.fl. 2005a).

Henderson definerer at sykepleierens særegne funksjon er ”å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelig krefter, vilje og kunnskaper” (Kristoffersen m.fl. 2005a, s.35). Sykepleieren skal med andre ord assistere eller hjelpe pasienten med å utføre gjøremål, som pasienten selv ville ha utført om han hadde hatt tilstrekkelig ressurser til det. Når pasienten mottar sykepleie, er fokuset at pasienten skal gjenvinne sin selvstendighet så fort som mulig (Kristoffersen m.fl. 2005a).

Ulike behov oppfattes og ivaretas forskjellig fra person til person, og pasienten er den personen som kjenner kroppen sin best. Henderson sier at utgangspunktet for sykepleie er derfor at pasienten skal få individualiserte pleie- og omsorgstjenester. Det er derfor av viktighet at sykepleieren skaffer seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og på hvilken måte disse kan tilfredsstilles best mulig. Sykepleieren skal ha pasienten i fokus

under sykepleien, og pasienten skal ha en aktiv og ansvarlig rolle i helsetjenestene vedkommende mottar (Kristoffersen m.fl. 2005a).

Hendersons sykepleietenkning innebærer en trinnvis og logisk tilnærming til pasientproblemene. Det innebærer at sykepleieren må foreta en datasamling ut fra de 14 grunnleggende behovene. Deretter skal sykepleieren bedømme pasientens behov for sykepleie, og formulere et pasientproblem med fokus på om pasientens ressursvikt er mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Deretter skal det iverksettes tiltak hvor sykepleieren kompenserer for pasientens ressursvikt (Kristoffersen m.fl. 2005a).

3.2 Generelt om kreft

De vanligste kreftformene som forekommer hos kvinner er brystkreft og endetarmskreft. Hos menn er det hyppigst med prostatakreft og lungekreft (Jacobsen m.fl. 2001).

Kreftsykdommer forekommer som regel hos mennesker mellom 60-80 år, og blir derfor sett på som en alderssykdom (Almås 2001). Årsakene til at kreft oppstår er fortsatt ukjente, men en forklaring kan være en økning i befolkningen og økt levealder blant befolkningen, altså den såkalte "eldrebølgen" (Jacobsen m.fl. 2001).

3.2.1 Hvordan oppstår kreft?

En menneskekropp består av flere milliarder celler. Hele tiden produseres det nye celler som skal erstatte gamle celler i kroppen (Kreftregisteret 2011). Utsiftingen skjer gjennom celledeling, og arvematerialet i cellene må da kopieres for å danne to celler som er lik morcellen. De nye cellene bidrar i repareringen av skader (Folkehelseinstituttet 2006).

Av og til kan det hende at celler blir skadet under celledelingen. Disse cellene er da unormale og inneholder feil i genmaterialet. Kroppen forsvarer seg vanligvis med å ødelegge og eliminere disse cellene. Derimot hvis det gjenstår unormale celler i kroppen, kan disse cellen utvikle seg til å bli kreftceller som videre kan utvikle seg til en kreftsvulst. For å få en fullt utviklet kreftsvulst, må cellens genmateriale gjennomgå gjerne fire til seks mutasjoner.

Kreftceller og utvikling av kreftsvulster kan forekomme i alle deler av kroppen (Kreftregisteret 2011).

Tiden fra da en unormal celle blir produsert til en kreftsvulst er utviklet, kan variere fra person til person. Av og til kan det ta opptil 20 år før svulsten er stor nok til å bli oppdaget, andre ganger kan utviklingen skje rimelig raskt. I noen tilfeller utvikles det datterceller andre steder i kroppen enn der de oppsto, gjerne hvis kreftcellene blir transportert med blod- eller

lymfesystemet. Kreft som har spredning, metastaser, har dårligere prognose enn ved en liten, lokalisert kreftsvulst (Kreftregisteret 2011).

Det finnes både godartede og ondartede svulster. Ondartede svulster blir betegnet som maligne tumorer, og består av kreftceller. Disse cellene har verken kapsel eller jevn, synlig grense, og vokser inn i normalt vev enten enkeltvis eller som ”fingerlignende” utvekster (Kreftregisteret 2011). Godartede svulster betegnes som benigne tumorer, og svulstdannelse kan av og til skyldes at enkelte celler deler seg fortere enn normalt på et bestemt sted i kroppen. Forskjellen fra maligne og benigne tumorer er at benigne oftest har en jevn avgrensning eller kapsel mellom normale og unormale celler. Benigne kreftceller er som regel bare litt annerledes fra morcellene, og sprer seg ikke til andre deler av kroppen (Kreftregisteret 2011).

3.5. Behandling

3.5.1 Cytostatika, cellegift:

”Cytostatikabehandling angriper i første rekke celler som er i rask vekst. En forutsetning for at behandlingen skal ha effekt, er at svulstvev reagerer kraftigere enn normalt vev” (Jacobsen m.fl. 2001, s. 30). Det finnes mange forskjellige typer cytostatika, og de forskjellige har bedre effekt på enkelte typer kreft enn andre (Nordeng og Spigset 2007). Ca. 1-2 uker etter en behandling, kan man begynne å se utslag på blodprøver. Etter behandling faller blant annet ofte granulocytter som fører til at pasienten er mer tilgjengelig for infeksjoner, og det kan bli en livstruende situasjon ved feber. Vanlige bivirkning som kan oppstå er hårfall og kvalme. Kvalmen kan ofte være den største plagen for mange til tross for flere medikamenter mot dette (Jacobsen m.fl. 2001).

3.5.2 Strålebehandling:

”Strålebehandling gis som mange små enkeltdoser (oftest 10-30). Hver behandling tar noen få minutter og er helt smertefri” (Jacobsen m.fl. 2001, s. 29). Bivirkningene kan være både akutte og langsiktige, noe som avhenger av dose og hva slags organ som blir behandlet. De akutte oppstår helst de første 2-3 ukene, mens de langsiktige varierer etter dosen som gis. Dersom man behandles i øre-nese-hals-regionen vil pasienten kunne oppleve sårhet i slimhinner, hud og spiserør. Om man behandles i mage-tarm-regionen kan man oppleve kvalme og diarè (Jacobsen m.fl. 2001).

3.5.3 Medikamenter:

Under smertestillende, analgetika, har vi tre forskjellige typer; ikke-opioider, opioider og andre legemidler (Nordeng og Spigset 2007). Ved kreftbehandling begynner man ofte med ikke-opioider og øker til opioider ettersom behovet øker. ”Opioider er en fellesbetegnelse på alle smertestillende midler som har samme virkningsmekaniske som morfin” (Nordeng og Spigset 2007, s. 405). I smertetrappen ser man at trinn 1 består av NSAID-preparat eller paracetamol, videre til trinn 2 beholder man fortsatt trinn 1, men man tilsetter et svakt opioid, og i trinn 3 tilsettes et sterk opioid. Et eksempel på et svakt opioid er kodein og et sterkt opioid er morfin (Nordeng og Spigset 2007). Bivirkninger av NSAID-preparater kan være dyspepsi, kvalme, oppkast, mageblødning, perforasjon, obstruksjon, med mer (Nordeng og Spigset 2007). De viktigste og vanligste bivirkningene er kvalme, brekninger obstipasjon, respirasjonshemming og avhengighet (Nordeng og Spigset 2007).

3.3 Generell ernæring

Celler trenger ernæringsstoffer for å kunne fungere (Almås 2001) og kroppen tilføres de nødvendige næringsstoffene gjennom alt et menneske spiser og drikker (Sortland 2007).

En viktig forutsetning for å kunne ha en god ernæringsstatus er at næringsstoffer inntas i tilstrekkelige mengder og at balansen mellom dem er riktig (Kristoffersen m.fl. 2005b).

3.3.1 De ulike næringsstoffene:

Karbohydrater bør utgjøre 55-60 % av den totale energien. Karbohydrater kan deles inn i de som er fordøyelige hos mennesker og de som er ufordøyelige, for eksempel kostfiber. Den viktigste energikilden vi har er de fordøyelige karbohydratene (Kristoffersen m.fl. 2005b).

Fett er vår nest største energikilde, og er også det mest energitette næringsstoffet. Ulike fettstoffer har ulike funksjoner i kroppen. Essensielle fettsyrer er fettsyrer som ikke dannes naturlig i kroppen og må tilføres gjennom kosten. Fett bør ikke overstige 30 % av den totale energien (Kristoffersen m.fl. 2005b).

Proteiner bør utgjøre 10-15 % av den totale energien. Proteiner er kroppens byggesteiner, men er også viktig for normal cellevekst og andre viktige kroppsfunksjoner. Et protein er bygd opp av aminosyrer, hvor noen av aminosyrene er essensielle, altså livsviktige. De essensielle fettsyrene må tilføres gjennom kosten (Kristoffersen m.fl. 2005b).

Et livsviktig næringsstoff som tilføres gjennom kosten er vitaminer. Vitaminer kan være enten fettløselige eller vannløselige. De fettløselige vitaminene må tilføres gjennom fett i kosten.

Når man lider av vitaminmangel blir man lett trett og slapp, og vitaminmangel over et lengre tidsrom kan føre til alvorlige mangelsykdommer (Kristoffersen m.fl. 2005b).

Mineraler og sporstoffer er grunnstoffer kroppen også har behov for. Disse stoffene kan tilføres daglig gjennom kosten. Eksempler på viktige grunnstoffer er kalium, jern og kalsium (Kristoffersen m.fl. 2005b).

3.3.2 Ernæring hos kreftpasienter:

Mange forbinder kreftpasienter med ekstremt magre, bleke og kraftløse. Dette bildet stemmer ikke alltid overens med pasienten, men hos mange pasienter er dette bildet dekkende.

Pasienter med framskreden sykdom har ofte problemer med vekttap. Selv om symptomer kan komme sent i sykdomsforløpet, vil det uansett på ett eller annet tidspunkt ha konsekvenser for ernærings situasjonen. Det rettes i dag oppmerksomhet mot kostholdet til kreftpasienter i en tidlig fase av sykdommen, ofte allerede når pasienten har fått diagnostisert sykdommen (Almås 2001).

Et riktig kosthold i forkant av behandling spiller en stor rolle i forebyggingen av vekttap. En god ernæringsstilstand styrker motstandskraften og forbedrer livskvaliteten. Ved å sette sammen et kosthold etter Statens ernæringsråds retningslinjer, sikres pasienten et kosthold med tilstrekkelig mengder av de næringsstoffene han har behov for. I dag arbeider man målrettet med ernæringsplaner hos kreftpasienter. Å forberede pasienten på et eventuelt vekttap i et tidlig stadium av sykdommen, øker pasientens kunnskap om hvordan han kan hjelpes til å få i seg tilstrekkelig næring. En ernæringsplan, eller kostplan, bør inneholde blant annet tiltak mot hvordan pasienten kan få nødvendige mengder av næringsstoffene han har behov for og tiltak mot å lindre ubehag som hemmer næringsinntak. Selv om pasienten allerede har gjennomgått et vekttap, er det viktig å ha fokus på hvordan man forhindrer et ytterligere vekttap (Almås 2001).

Hos voksne mennesker kan det være vanskelig å endre på kostholdet. For en kreftsyk pasient med ernæringsproblemer skal kunne endre på kostholdet sitt, må han selv innse nødvendigheten av endringen. I forbindelse med dette har sykepleieren en viktig oppgave i å utarbeide en individuell kostplan basert på pasientens behov og hans spise- og kostvaner. Et anbefalt råd for pasienten som har vansker med å tilta seg næring, er små og hyppige måltider. Det kan være nødvendig med opptil seks måltider i løpet av døgnet, og disse måltidene bidrar også til å redusere appetittløsheten. Kosten bør inneholde mye proteiner, og bør dekke pasientens energibehov (Almås 2001).

Ernæringsstatusen i forkant av og mellom behandlinger er avgjørende for hvordan en pasient tåler videre behandling og hvor rask rehabiliteringen er. I denne fasen er samarbeidet mellom helseprofesjonene viktig, og sykepleieren har et ansvar for å informere og veilede pasienten og hans pårørende om kosthold. I kostveiledningen er det viktig at fokuset er at pasienten skal få i seg nok mat, i stedet for det friske mennesker kaller riktig mat. Kliniske forandringer danner grunnlaget for helhetsbildet av pasientens ernærings situasjon, og bør derfor framkomme i planer og rapporter. Det kan være observasjoner om blant annet appetittforandringer og vekttap. Sykepleieren må også vurdere om pasienten har mulighet til selv å kunne dekke ernæringsbehovet etter han er utskrevet. Planer og rapporter skal inneholde tiltak for å bedre pasientens ernæringsstatus og effekten av disse tiltakene. Regelmessig vektkontroll bør være en sentral del av arbeidet med pasientens ernæringsproblemer. Ernærings situasjonen til en kreftpasient bør vies oppmerksomhet, uansett hvilket stadie sykdommen befinner seg i. Det er derfor av viktighet at det opparbeides et godt samarbeid både i og utenfor institusjonen (Almås 2001).

Hos en kreftsyk pasient kan ernæringsstatusen bli så dårlig at sykepleieren må føre kontroll over det daglige inntaket av fast og flytende føde. Kostregistrering og drikkeliste kan da være noen av de metodene som brukes for å registrere pasientens ernæringsinntak i løpet av ett døgn. Ved å bruke disse metodene får både pasienten og sykepleieren en oversikt, og kan raskere iverksette tiltak om ernærings situasjonen forverres ytterligere (Almås 2001).

Hvis økt næringsinntak ikke viser seg å gi effekt på ernæringsstatusen, kan det næringsdrikker være et viktig alternativ supplement. Ernæringsdrikker kan deles inn i fullverdige- og tilskuddsdrikker. En fullverdig ernæringsdrikk inneholder alle de næringsstoffene som kroppen trenger, mens tilskuddsdrikke er ment som et tillegg til vanlig kost (Nutricia 2010).

3.4 Bivirkninger av sykdommen og/eller behandling

Det er mange faktorer som har innvirkning på ernæringen hos en kreftpasient, spesielt fordøyelsesplager kan bli et hinder for matinntaket.

3.4.1 Kvalme, brekninger og oppkast:

Ved kreftdiagnosen har man ofte en del tilleggsplager som fører til nedsatt appetitt. En veldig vanlig bivirkning både av sykdommen og behandlingen pasienten får, er kvalme og oppkast (Kreftforeningen 2008a). Både kvalme, brekninger og oppkast kan opptre individuelt eller kombinert av hverandre. Man kan skille mellom 4 ulike typer kvalme. Den første er akutt kvalme som opptre under 24 timer etter cellegift eller av annen behandling. Kronisk kvalme

er sykdomsindusert, forårsaket av en kronisk forgiftning. Forsinket kvalme oppstår over 24 timer etter cellegift. Den siste er forventet kvalme som er forårsaket av psykologiske faktorer. Symptomer på kvalme er blekhet, kaldsvette, rask puls og økt spyttsekresjon. Ved kvalme reduseres motiliteten og syresekresjonen i ventrikkelen, samt reversert peristaltikk i duodenum er tegn på at fordøyelsen har stanset opp. Etter en episode med emesis kan noen få influensasymptomer før det igjen kommer en ny episode med emesis. Dersom dette ikke behandles kan det fortsette en lengre tid. Emesis over lengre tid kan føre til anoreksi og underernæring som kommer i tillegg til den katabole tilstanden kreften allerede har forårsaket. Dersom man mister et væsketap på 5-10 % av kroppsvekten kan det være livstruende. Stort tap av for eksempel natrium, kalium og klor kan også komme av oppkast. Det kan få store konsekvenser for elektrolyttbalansen dersom dette bare erstattes med vann. Et annet problem med emesis forårsaket av behandling kan føre til at pasienten ikke ønsker å gjenta behandlingen eller til dårlig oppfølging av behandlingsplanen. Dette er også en viktig grunn til å prøve å behandle årsaken som fører til emesis. Årsakene kan være mange bl.a. direkte eller indirekte tumorrelaterte, bivirkninger av medikamenter, abdominale eller psykiske og sensoriske faktorer. Å behandle disse årsakene går på å fjerne dem, eller påvirke og kontrollere dem. Dersom en pasient for eksempel skal begynne med en behandling som ofte medfører emesis kan han få forebyggende antiemetikabehandling. Da kan tilstanden vurderes underveis, justeres og optimaliseres. Det finnes mange forskjellige antiemetika og de virker inn på forskjellige reseptorer og alle har ikke effekt på alle faktorer. Noen kjente preparater som blir brukt er Afipran, Stemetil og Zofran (Kreftforeningen 2008a).

3.4.2 Munntørrhet og andre munn- og svelgplager:

Plager i munn og svelg kan føre til problemer med pasientens ernæring, samt en rekke andre problemer (Kreftforeningen 2008a). Mange kreftpasienter vil på ett eller annet tidspunkt oppleve munntørrhet eller infeksjoner i munn eller svelg. Pga. nedsatt immunforsvar eller forstyrrelser i munnhulens bakterieflora kan dette oppstå. Munntørrhet er et problem som fort kan overses dersom pasienten ikke uttrykker ubehaget selv. Årsaker til at munntørrhet oppstår kan være medikamentbruk, dehydrering, pusting med munnen, redusert tygging, stråling direkte mot munnen eller spyttkjertler, med mer. Ved munntørrhet kan smaksfølelsen forandres og appetitten kan påvirkes. Både dette og vondsmak kan være med på å føre til nedsatt matinntak. Det finnes mange tiltak man kan iverksette mot munntørrhet, men spyttkjertlene kan ikke ha sluttet å produsere hvis spyttstimulerende midler skal ha noen virkning. Noen av disse tiltakene kan være; tyggegummi, spesielt av typen som inneholder

flour som er bra mot karies, sugetabletter og ikke minst kost. Innen kosten bør man styre unna mye sukker, mat og drikke bør heller være søtet med kunstig søtningsmidler. Anbefalt drikke er sportsdrikker, mineralvann eller frukt-te (Kreftforeningen 2008a). Før pasienten skal spise kan han få en blanding med paracetmikstur og fløte, dette kan lindre munnsårheten (Almås 2001).

Det finnes forskjellige infeksjoner man kan få i munnen, men den vanligste hos kreftpasienter er oral candidose (Kreftforeningen 2008a). Candidose har mange utløsende faktorer og noen av dem er dårlig munnhygiene, nedsatt immunforsvar som følge av kreftbehandling, endret ernæringsstatus, m.m. Akutt pseudomembranes candidose bringer med seg belegg og slimhinnen er veldig rød under dette belegget. En atrofisk type har ikke belegg, men en svært rød og smertefull slimhinne vil være til stedet. Soppinfeksjoner behandler man med antimykotika. Denne behandlingen varer ofte 10-14 dager, men hos plagede pasienter kan man tilby langtidsbehandling (Kreftforeningen 2008a).

Både for munntørrehet og sopp er det svært viktig med munnstell. Det hjelper til med å forebygge mot infeksjoner og andre plager. Når dette er noe pasienten ikke klarer selv er det viktig å informere både før og underveis i stellet og gjøre det så behagelig som mulig for pasienten (Kreftforeningen 2008a).

3.4.3 Smaksforandringer:

Appetitten kan bli påvirket av smaksforandringer (Almås 2001). Dette kan oppstå på grunn av selve kreftsykdommen eller som en bivirkning av behandlingen pasienten får. På grunn av nedsatt immunforsvar er kroppen utsatt for infeksjoner, som for eksempel sopp eller andre bakterier i munn og svelg. Dette er også årsaker til at smaksforandringer kan oppstå. Proteinrik mat kan være lettere å innta dersom den serveres kald. Eksempler på slik kost er bl.a. fisk, omeletter, skinke- og eggсалater. Selvlagde næringsdrikker med egg er også et godt alternativ (Almås 2001).

3.4.4 Malign obstruksjon av mage-tarm-kanalen:

En obstruksjon vil si en hindring og kan bl.a. skyldes svulster i for eksempel munn, svelg og spiserør (Kreftforeningen 2008a). Dette er noe som kan føre direkte til spiseproblemer. De første problemene med spisingen ses ved inntak av fast føde, og senere flytende. Når pasienten ikke får i seg tilstrekkelig med næringsstoffer kan han få tilskudd som næringsdrikker, sonde-mat og beriket flytende. Dersom pasienten ikke klarer å svelge lenger kan det bli nødvendig med ernæringssonde som er en slange som går inn gjennom nesen og

ned i magesekken. Denne kan pasienten få sondeemat i gjennom. Et annet alternativ som i noen tilfeller kan være mindre traumatisk for pasienten er PEG, perkutan endoskopisk gastrostomi (Kreftforeningen 2008a).

3.4.5 Kakeksi:

Kakeksi betyr dårlig allmenntilstand, dårlig helse og ernæring (Kreftforeningen 2008a). Man har blant annet anorexi under det kakektiske bildet. Dette er en tilstand som forekommer hos ca 85-90 % hos kreftpasientene. Kreft i bukspyttkjertelen, spiserøret, magesekken eller lungene er de tilstandene der pasientene er mest utsatt for kakeksi. Dersom man mister mange kilo på kort tid, kan det vise til kortvarig leveutsikter (Kreftforeningen 2008a). Det er det mest opplevde symptomet og det kan være det første tegnet på en malign sykdomsprosess. Kraftløshet kan være en årsak til ernæringsproblemer (Almås 2001).

3.4.6 Obstipasjon og diarè:

Ved obstipasjon forekommer sjeldne, svært smertefulle avføringer (Kreftforeningen 2008a). Ved alvorlig forstoppelse kan det oppstå forstoppelsesdiarè. Ved denne diagnosen går flytende avføring forbi den sperrende klumpen i rektum. For å stille diagnosen må man undersøke tidspunktet for den siste avføringen, antall avføringer de siste 14 dagene, knipsmerter og uvelhet, oppblåsthet, mengde og utseende, og om man har hatt diarè til tross for forstoppelse. Hos kreftpasienter er det vanlig med forstoppelse, spesielt om man behandles med opioider. Det finnes også andre årsaker for obstipasjon hos de som er kreftsyke, bl.a. nedsatt aktivitet, redusert væske- og matinntak. For å behandle obstipasjon kan man bruke et laksantium, for eksempel laksantia, for å mykne avføringen, i tillegg til forebyggende tiltak bl.a. gjennom kost. Å drikke rikelig, spise fiberrik mat og tørkede frukter kan hjelpe mot obstipasjon. Man bør også unngå bl.a. løff, kaker, ris, egg, søt melk, m.m. For å ha oversikt over avføringen og mønsteret kan man skrive ned når og hvordan. Selv om man spiser lite bør det ikke gå mer enn tre dager mellom avføringene (Kreftforeningen 2008a).

Ved diarè oppstår løse avføringer, mer enn tre per 24 timer. Både kronisk og akutt diarè kan forekomme. Under behandling, spesielt der pasienten får opioider, er det mer vanlig med obstipasjon, men diarè kan oppstå som en bivirkning av annen behandling. Dersom en pasient behandles med laksantia kan også diarè komme som følge av overdosering av dette. Diarè kan også ha flere årsaker, blant annet alvorlig underernæring, antibiotikabehandling og strålebehandling mot mageregionen. Dersom man ikke kan påvirke årsaken til at diarè oppstår må man begynne med behandling for symptomene. Loperamid, kjent som bl.a. Imodium, er et

peristaltikkhemmende legemiddel, som kan brukes mot både akutt og kronisk diarè. Et annet viktig råd under behandling går på kosthold. Det er viktig med rikelig væske som kan være te, mineralvann med sukker, blåbærssaft og sportsdrikker. Retter som virker festende på avføringen kan ha en positiv effekt, for eksempel gulrotsuppe eller risavkok (Kreftforeningen 2008a).

3.4.7 Dyspepsi:

Dyspepsi kan også ha innvirkning på pasientens appetitt og matinntak (Kreftforeningen 2008a). Dyspepsi beskriver flere forskjellige plager i mage-tarm- kanalen. Disse kan bestå av hals- og brystbrann, sure oppstøt, smerter i mellomgulvet, uvelhet, kvalme og oppkast. Dyspepsi kan ha flere årsaker, bl.a. non-ulcer dyspepsi uten at det kan påvises organisk årsak eller dyspepsi ved langt kommet cancer som igjen kan ha flere årsaker (Kreftforeningen 2008a).

3.6 Folketrygdeloven og rettigheter

3.6.1 Refusjon:

Pasienter som gjennomgår kreftbehandling kan komme i situasjoner der de har behov for dyre medikamenter og hjelpemidler. Dersom det skal være mulig å få et medikament på blå resept må det være et langvarig behov, mer enn 3 måneder, og en kronisk lidelse som anses å vare lenger enn 2 år (Kreftforeningen 2009). En refusjonsliste avgjør om legemidlet kan skrives direkte til blå resept (Blåreseptforskriften 2007). Dersom det skrives ut blå resept trenger pasienten bare å betale egenandel (Kreftforeningen 2009). Folketrygdeloven § 5-14 sier noe om dekning av legemidler, medisinsk utstyr, næringsmidler, vitaminpreparater, med mer, ved kroniske og alvorlige sykdommer.

” § 5-14. *Viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m.*

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til

- a) viktige legemidler
- b) spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell.

Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet har behov for langvarig bruk av legemidlet, det medisinske utstyret eller forbruksmateriellet.

Legemidlet, det medisinske utstyret og forbruksmateriellet må være forskrevet av lege til bruk utenom sykehus.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen” (Folketrygdeloven 1997, § 5-14).

§ 5-22 sier noe om at trygden kan bidra til dekning dersom det ikke er noen annen paragraf under folketrygdeloven eller noen annen lov som dekker utgiftene (Folketrygdeloven 1997).

I tillegg sier blåreseptforskriften (2007) § 2 noe om forhåndsgodkjent refusjon, og § 6 noe om hvem det kan ytes stønad til ved behov for næringsmidler. § 6 punkt 4 i denne forskriften sier at kreftpasienter er blant de som kan få stønad til bruk av næringsmidler dersom det skulle være behov for det.

4.0 Drøftedel

I følge Henderson er det grunnleggende behov som et menneske skal dekke, blant annet å spise og drikke tilstrekkelig. Som sykepleier er det vår oppgave å bidra til at pasienten får dekket sine grunnleggende behov (Kristoffersen m.fl 2005a). Hos en eldre kreftpasient med ernæringsproblemer, kan svikten være utløst av manglende kunnskaper, manglende vilje og krefter. Uansett årsak, har vi som sykepleiere et ansvar for å hjelpe pasienten med å dekke de grunnleggende behovene (Kristoffersen m.fl 2005a). Hendersons sykepleierteori bygger på prinsippene; å kartlegge pasientsituasjon, vurdere behovet for sykepleie, formulere mål og iverksette tiltak (Kristoffersen m.fl 2005a). I forhold til pasientens ernæringsproblem, kan det utarbeides en pleieplan. En pleieplan er et verktøy i dokumentasjonen, og er bygd opp på samme prinsipper som Hendersons sykepleieteori. Den skal beskrive pasientens problem, behov, diagnose, mål og tiltak (Kristoffersen m.fl 2005a).

4.1 Hva slags næringsbehov har de eldre?

30 kcal per kilo kroppsvekt, som vil si 120 kilojoule, per døgn er en huskeregel for hvor stort energibehov et menneske har (Kristoffersen m.fl. 2005b). Derimot hos en eldre person, som antagelig er i mindre aktivitet i løpet av dagen, er det et lavere energibehov.

Muskelmassen reduseres med alderen og hvis man sammenligner en person på 30 år og en på 80 år ser man at energibehovet er 25 % lavere hos den eldste. Et gjennomsnittelig behov er ca. 25 kcal per kilo kroppsvekt per døgn for eldre (Sortland 2007). Et lavere matinntak, spesielt med tanke på de eldre, gjør viktigheten stor med tanke på sammensetningen av kosten. Proteiner bør dekke 15-20 % av energibehovet, fett bør dekke 35 % og karbohydrater 40-45 % (Kristoffersen m.fl. 2005b). Behovet for vitaminer trenger ikke å forandre seg mye, men fordi omsetningen av vitamin D i kroppen er dårligere hos eldre bør de få tilskudd av det, for eksempel 5 ml tran daglig (Sortland 2007).

4.2 Hva gjør kreft med de eldres energibehov?

De eldre pasientene som lider av kreft har et større behov for proteiner da en tumor i vekst har et høyt proteinbehov (Sortland 2007). Kroppens behov for energi øker også når en pasient behandles for kreft. Dersom den eldre kreftpasienten har for lav proteintilførsel kan det føre til tap av kroppsprotein som igjen tærer på muskler og vev. Hos kreftpasienter kan man se flere kroppslige forandringer som kan skyldes selve sykdommen, men forandringer som ødemer, muskelsvekkelse og endringer i hår og hud kan også skyldes protein og energimangel (Sortland 2007).

4.3. Hvordan spiller bivirkninger fra kreftsykdommen og behandlingen inn på pasientens næringsinntak og hvilke tiltak kan iverksettes gjennom kosten?

Det er mange bivirkninger som kan spille inn på pasientens matlyst og næringsinntak, spesielt fordøyelsesplager som oppstår i denne situasjonen (Kreftforeningen 2008a). De fleste bivirkningene som er relevante for oppgaven vår, påvirker til nedsatt næringsinntak.

For oss som sykepleiere vil det være lettere å iverksette tiltak dersom sykepleieren har god kommunikasjon og relasjon til pasienten. For at kreftpasientene skal forstå viktigheten av næringsinntaket er det viktig at vi som sykepleiere informerer godt. Svært kort tid etter diagnostisering bør pasienten informeres om krefttypen og hva den innebærer, samt behandling, bivirkninger og smerte. Informasjonen må tilrettelegges slik at pasienten forstår hva den går ut på, det må være tilstrekkelig informasjon og etter pasientens ønske. Når informasjonen gis, kan det være en fordel å ha en av pasientens pårørende til stede, hvis pasienten ønsker dette selv. Det er viktig at man som helsepersonell til en hver tid overholder taushetsplikten og ivaretar pasientens opplysninger (Helsepersonelloven 1999). Om pårørende skal være til stede når informasjonen blir gitt, avhenger av hva pasienten selv vil. Et prinsipp som stadig skal være i fokus, er pasientens autonomi. Dette vil si pasientens selvbestemmelse over eget liv. Når pasienten blir syk, kan autonomien overlates til pårørende på vegne av pasienten, og blir dermed kalt vikarierende autonomi (Hummelvoll 2004).

Pasientrettighetsloven (1999) § 3-3 sier noe om informasjon til pasientens nærmeste pårørende. For mange pasienter kan kreftsykdom oppleves som en krisesituasjon, og det kan være vanskelig å ta til seg informasjon som blir gitt (Almås 2001). Pårørende kan da være en ressurs, og videreføre informasjon til pasienten når han er mottakelig for det. Dersom pasienten ikke mottar informasjon kan det tenkes at han kan føle seg overkjørt, usikker og redd. Hvis man har fått beskjed om at man er syk, men ikke fått noe informasjon om sykdommen tror vi det kan føre til usikkerhet og en rekke spørsmål, både hos pasienten og hans pårørende. I praksis har vi sett at pasienter ofte spør pleier om ting de lurer på etter en legetime, noe Almås (2001) også sier. Det kan være mange som ikke tør å spørre direkte, til tross for at de ikke forstår hva som blir sagt. I mange tilfeller kan pleieren ta seg bedre tid, og forklare slik at pasienten forstår. Det trenger ikke nødvendigvis å være slik, mange leger tar seg god tid og informerer godt. En utfordring med hjemmesykepleien er at det er mange ansatte og pasienten møter dermed mange tjenesteytere i sitt eget hjem. Av den grunn kan det skje at samme informasjon gis gjentatte ganger, ikke gis i det hele tatt eller at det gis informasjon som ikke stemmer over ens (Almås 2001). Det er viktig med kommunikasjon og

dokumentasjon på arbeidssstedet både for å ha oversikt over hva som er gjort tidligere og for å unngå forvirring hos pasienten. Informasjonen som blir gitt kan være avgjørende for valg og bestemmelser pasienten tar i forhold til sin nye livssituasjon (Almås 2001). Bivirkninger som fører til endret utseende, andre påvirkningsfaktorer og smerter er det viktig å informere om.

Mange kreftpasienter kan ha angst for smerter, og de kan være redd for å miste sitt eget selvbilde, både fysisk og psykisk. Det er heller ikke helt uvanlig å ha angst for det ukjente. Hvordan et menneske reagerer på en kreftdiagnose, er forskjellig fra person til person (Almås 2001). Depresjon i slik livssituasjon kan oppstå, både på grunn av informasjon om diagnose samt på grunn av usikkerhet (Sortland 2007). Psykiske påvirkninger kan føre til dårlig matlyst hos kreftpasienter.

Det kan være lettere å samarbeide med pasienten dersom man klarer å skape en relasjon. En god relasjon kan føre til trygghet, respekt og tillitt (Røkenes og Hanssen 2006). Som følge av at man som fagperson ikke har skapt noen god relasjon til pasienten kan kommentarer fra oss som helsepersonell oppfattes på en negativ måte. Hadde det imidlertid vært opparbeidet en god relasjon kunne samme kommentar vært oppfattet på en annen måte (Røkenes og Hanssen 2006). Hvordan man presenterer seg overfor en pasient har også stor betydning. Både tydelig tale, fast håndtrykk, passende kledning, samt empati og forståelse er faktorer som kan ha betydning for utviklingen av en eventuell god relasjon (Røkenes og Hanssen 2006).

Smith, med flere (2008), gjennomførte i 2006/2007 en liten studie blant 66 kreftpasienter under stråle- og/eller cellegiftbehandling. Studien gikk ut på å kartlegge hvilke faktorer som påvirket pasientenes næringsinntak, og studien viste også hvor mange som gikk ufrivillig ned i vekt på grunn av dette. Studien hadde et kriterium om at deltakerne måtte være over 18 år, men tabeller viser at de fleste deltakerne var rundt 60. Artikkelen inneholder tre tabeller som enkelt viser en oversikt over pasientenes opplevelser. Av alle pasientene som deltok, kunne de krysse av på flere svaralternativer ut i fra hva som passet for dem.

Ut fra rapporter ved studien som er gitt av deltakerne, ser vi at 74 % opplevde dårlig matlyst (Smith m.fl. 2008). Grunnen til dette kan ha mange årsaker. Studien viser at flere pasienter har problemer med kvalme og oppkast. I følge Kreftforeningen (2008a) er emesis en vanlig bivirkning ved kreftsykdom.

Kvalme kan føre til at det blir mangel på inntak av føde. Dersom man ikke er i ro eller unngår mat med sterk lukt kan dette i enkelte tilfeller utløse oppkast (Reitan og Schjølberg 2000).

Hvis man som sykepleier ikke iverksetter tiltak, ikke-medikamentelle eller medikamentelle, kan det føre til dehydrering og underernæring (Kristoffersen m.fl. 2005b).

Kvalmestillende medikamenter kan gis for å forebygge kvalme eller for å lindre. Effekten og preparatet bør dokumenteres. Fra egne erfaringer har vi sett at pasienter blir kvalme når de står opp om morgenen. Et tiltak kan være at pasienten får kvalmestillende mens han fortsatt er liggende. Dette fordi det kan være vanskeligere å behandle kvalmen dersom den allerede har oppstått (Nordeng og Spigset 2007). For noen pasienter kan det i motsetning være effektivt å ta kvalmestillende 60-30 minutter før måltidet (Kreftforeningen 2008b). Det må tas med i betraktningen at effekten vil være individuell. Det kan i tillegg være nødvendig å skifte preparat eller forandre doser dersom det ikke gir ønsket effekt (Almås 2001).

Ikke-medikamentelle tiltak ser vi som sykepleier også på som viktig. Noen av disse tiltakene kan være rikelig væskeinntak, nøytral kald mat, temperert mat uten lukt eller suge på isbiter. Det kan også være en fordel for kreftpasienter å spise syrlig mat, blant annet sur agurk, frisk frukt, yoghurt og syrlig drops. Det kan også ha en positiv effekt å spise sakte, flere måltider om dagen og å spise litt før pasienten står opp om morgenen (Kreftforeningen 2008b).

I studien (Smith m.fl. 2008) kan man se at 15 av 34 pasienter rapporterer problemer med svelging og smerter i munnhulen. Flere kreftpasienter rammes av munntørrhet og plager i munn og svelg og dette kan være med på å forandre næringsinntaket (Kreftforeningen 2008a).

I forkant av måltider kan det virke positivt på matinntaket hvis pasienten pusser tennene. Ellers kan det være behagelig for pasienten dersom han drikker farris, buljong eller sportsdrikk. Vann med sitron kan drikkes dersom pasienten ikke er sår i munnen (Sortland 2007). Som sykepleier er det viktig å passe på at pasienten har drikke tilgjengelig hele døgnet, og i tillegg informere om matvarer som kan gjøre spisingen lettere ved munntørrhet. Et eksempel kan være å bytte ut brødiskiva med grøt.

Dersom man ikke undersøker munn og svelg hos pasienten kan det oppstå plager som candidose (Kreftforeningen 2008a). Hvis tilstanden ikke dokumenteres tilstrekkelig kan det være vanskelig å følge med på senere forandringer. Hos alle kreftpasienter bør man undersøke munnhulen, slimhinner, hvordan tungen ser ut, tenner og tannkjøtt (Kreftforeningen 2008a).

Munnplager kan være svært smertefullt og føre til redusert næringsinntak (Kreftforeningen 2008a). Det er viktig å utføre munnstell for å lindre og forebygge munnplagene. Dersom dette ikke blir gjort kan det samle seg store mengder belegg, som følge av blant annet candidose, i

munnhulen. Det kan være en fordel å drikke fløte flere ganger daglig da det smører slimhinnen og tilfører proteiner (Sortland 2007). Vi har observert bruk av paracetamolmikstur, blandet med fløte, i praksis, og sett at dette har hatt effekt i tilfeller med munnplager. Det finnes også lokalanestetikum man kan spraye inn i munnen som kan lindre sårheten (Sortland 2007). Det kan være til hjelp for pasienten dersom man moser maten, og gir den i små porsjoner (Reitan og Schjølberg 2000). Kjøtt, fisk og grønnsaker kan moses og dette er mat som ofte tåles bra, spesielt i romtemperatur (Sortland 2007).

Det kan være en ulempe at kreftpasienter spiser sterke eller syrlige matretter, og drikker for eksempel juice, alkohol eller kullsyreholdige drikker fordi det kan føre til irriterte slimhinner (Sortland 2007).

Smiths studie (2008) viser at 53 % av pasientene rapporterte smaksforandringer, noe som kan oppstå både på grunn av sykdommen og behandlingen. Smaksforandringer fører til at forventningen til maten også vil forandre seg (Almås 2001). Graden av smaksforandringer er individuell. Noen kan for eksempel synes te smaker bedre enn kaffe, ris bedre enn poteter. Krydder eller sauser kan gjøre smaken mer spennende (Sortland 2007).

Hvis pasienten har en matrett som han liker godt og dette plutselig får en annen smak, kan det føre til at han ikke liker denne matretten lenger, og dermed bør han unngå å spise favorittretten, spesielt så lenge behandlingen pågår (Sortland 2007). Ofte når det er snakk om kreft og andre underernærte pasienter sies det at det ikke er så farlig hva pasienten spiser bare de spiser noe (Almås 2001).

Som nevnt tidligere kan det brukes paracetamolmikstur for å lindre munnplager (Almås 2001). Til fordel fjerner ikke dette smaken på maten, noe som lokalanestetikum kan gjøre (Almås 2001).

Dersom pasienten lider av smaksforandringer og får i seg lite næring, bør sykepleieren være kreativ; Velge mat som pasienten selv ønsker, velge proteinrike matvarer, velge fargerik mat og bruke marinader, urter og krydder. Det kan i tillegg være positivt om maten lukter godt og serveres i romtemperatur (Kreftforeningen 2008b). Både helsepersonell og pasienter kan lage proteinrik næringsdrikke med egg. Et eksempel er 4 egg, 4 spiseskjeer sukker, ½ dl melk og 1 dl fløte som vispes godt og tilsettes saften til fire pressede appelsiner (Kreftforeningen 2008b).

I følge Smiths studie (2008) hadde flere pasienter aversjoner mot kjøtt eller fisk, sterkt krydret og/eller frityrstekt mat. Hvis sykepleieren ikke tar hensyn til pasientens smaksopplevelser, kan det føre til at han får en bitter eller metallisk smak i munnen. Det fører heller ikke til noe positivt å krydre maten dersom pasienten er helt uten smakssans (Reitan og Schjølberg 2000).

Studien (Smith m.fl. 2008) viser også at 11 av 34 pasienter rapporterte problemer med diaré og magesmerter. Obstipasjon kan være en vanlig bivirkning av medikamentbruk, for eksempel ved bruk av opioider som morfin (Kreftforeningen 2008a). I praksis har vi sett i flere tilfeller at avføringsmiddel ikke blir brukt på riktig måte. Mange pasienter tar kun avføringsmiddel når de merker tegn til obstipasjon, og tar av den grunn dobbel dose, noe som da kan føre til løs avføring. Når dette skjer slutter pasientene igjen med avføringsmidlet, og etter en stund oppstår nye tegn til obstipasjon. Det er viktig at vi som sykepleiere informerer og veileder pasienten (Pasientrettighetsloven 1999). Dette gjelder for eksempel om riktig bruk og konsekvenser av avføringsmiddel.

Dersom kreftpasienten ikke benytter seg av avføringsmiddel mot obstipasjon, finnes flere tiltak sykepleieren kan iverksette, blant annet gjennom fysisk aktivitet og kosthold (Kreftforeningen 2008b) (Sortland 2007). På en annen side kan det være vanskelig for kreftpasienter å være i fysisk aktivitet. For mange betyr fysisk aktivitet å trene, men det trenger ikke nødvendigvis å være trening. Fysisk aktivitet har ikke forventet treningseffekt, altså at det ikke er forventet for eksempel bedret kondisjon. Med andre ord så kan fysisk aktivitet bestå av enkle øvelser og dagligdagse gjøremål (Hummelvoll 2004). Det kan være mulig å oppnå ønsket effekt med fysisk aktivitet med tanke på fordøyelsen, selv om pasienten kun utfører enkle bevegelser sittende i en stol. Nedsatt fysisk aktivitet er ugunstig for fordøyelsen, og kreftpasienten bør derfor prøve å bevege seg litt hver dag (Sortland 2007).

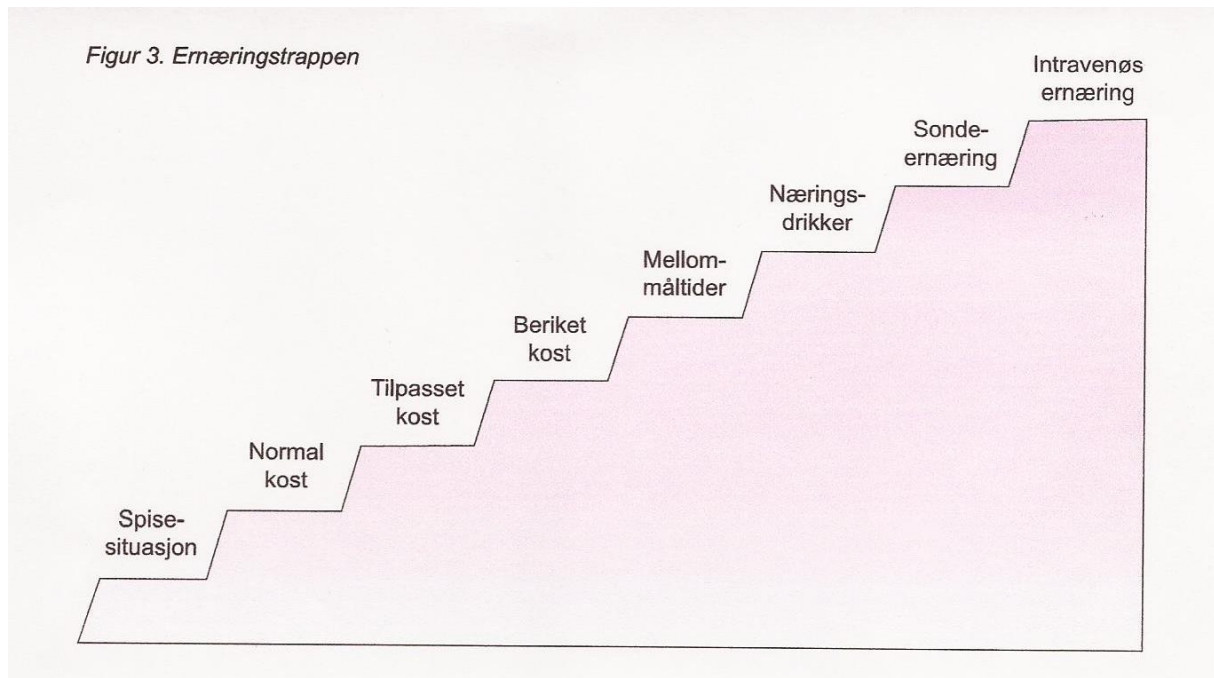
Da det som regel oppstår magesmerter ved obstipasjon, forandres matinntaket og pasienten kan få dårlig matlyst (Almås 2001). Eksempler på tiltak ved obstipasjon er blant annet mye væske, fiberrikt kosthold, sure melkeprodukter, kli og svissekompost. I tillegg har Biola- og Kultura - melk en positiv effekt på fordøyelsen (Sortland 2007). Som studenter har vi erfart at for eksempel Biola blir brukt på gastrokirurgiske avdelinger hvor mange pasienter har diaré som følge av for eksempel antibiotikabruk.

På en annen side hvis pasienten er plaget med diaré, bør han unngå mat og drikke som inneholder mye laktose. Biola Naturell, lettyoghurt, mørk melkesjokolade og hvite oster er eksempler på matvarer som ikke inneholder fullt så mye laktose (Kreftforeningen 2008b)

(Sortland 2007). I tillegg til enkelte matvarer kan sorbitol fra tyggegummi og pastiller forsterke diaré (Sortland 2007). Sortland (2007) rapporterer videre at blant annet kullsyrefri Farris og eplemost er drikker kroppen tåler bedre ved diaré, noe vi også har erfart. Det er viktig at pasienten husker å drikke for å erstatte væsketapet kroppen får ved diaré. Diaré kan føre til feil- og underernæring, spesielt dersom det pågår over tid (Sortland 2007). Det er viktig at vi som sykepleiere informerer om at å drikke mye er viktig etter episoder med diaré. Klare væsker er viktig fordi mage-tarm-systemet må hvile (Sortland 2007). På en annen side vil det ha negativ effekt dersom pasienten spiser mye til hvert måltid når han plages med diaré. Hvis pasienten spiser mye søt eller sterk mat kan han få luftplager (Sortland 2007).

4.4 Hvilke tiltak kan i verksettes for å unngå ufrivillig vekttap?

I Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2009) vises det en ernæringstrapp som sier at tiltak som settes i gang bør iverksettes i prioritert rekkefølge. Trappen begynner nederst på tilrettelegging av spisesituasjon, og deretter tre trinn med tiltak direkte i forhold til kosten. Videre to trinn med mellommåltider og næringsdrikke, og til slutt to trinn med tiltak som sonde- og intravenøs ernæring (Helsedirektoratet 2009).



(Helsedirektoratet 2009, s.19)

Denne trappen kan fungere som en pekepinn for hvordan man som sykepleier kan gå frem for å unngå underernæring hos kreftpasienten, men man kan se at det er nødvendig å hoppe over

noen trinn i enkelte tilfeller (Helsedirektoratet 2009). Det positive med å kunne bruke en slik figur som en mal, kan være at det er lettere å holde oversikt over hvilke tiltak man har prøvd og hvilke man har igjen å prøve.

Underernæring kan være et vanlig problem hos enslige eldre (Sortland 2007). Blant flere kroniske lidelser kan man se at pasienter er i risikogruppen for underernæring, deriblant kreftpasienter (Helsedirektoratet 2009). Den eldre bør ha en BMI mellom 24 og 29, dette fordi muskelmasse og høyde reduseres etter passert 50-60 år (Kristoffersen m.fl. 2005b).

4.4.1 Har pasientens omgivelser noen innvirkning på næringsinntaket?

Pasientens rutiner og vaner kan variere, og for oss som sykepleiere er det viktig at vi samler inn data om pasientens antall måltider han er vant med fra tidligere (Sortland 2007). Det kan være vanskelig for pasienter som ikke har pleid å spise opptil 6 ganger daglig å forandre på sine gamle vaner. Det er viktig at pasienten ser viktigheten av dette selv for å klare å endre det (Almås 2001).

I selve måltidssituasjonen er det viktig at det ligger til rette for pasienten. Plassen pasienten skal spise bør være ryddet, luftet og pyntet med for eksempel lys og blomster. Dette kan føre til en skjerpet appetitt (Sortland 2007). Dersom det ligger urinflasker synlig og det lukter avføring eller innestengt frister det ikke å sette seg og spise. For enkelte pasienter kan det være positivt med selskap (Sortland 2007). Hjemmesykepleien kan hjelpe pasienten med tilberedning av maten og samtidig sitte sammen med han under måltidet. Et annet alternativ er å avtale at pårørende kan gjøre det samme noen dager i uken. Fysisk og psykisk redusering kan forhindres ved måltidsfellesskap (Helsedirektoratet 2009). Det er allikevel viktig å huske at det er enkelte som ønsker å spise alene (Sortland 2007). Hvordan maten blir servert kan også ha stor innvirkning. At servicet er helt rent og maten ser delikat ut er viktig (Kristoffersen m.fl. 2005b). Porsjonene bør være små, men gjerne pyntet og fargerike. Maten bør moses eller skjæres opp mens pasienten er til stede (Kristoffersen m. fl. 2005b), da den kan se uappetittlig ut dersom den serveres ferdig most. Ofte ser man som sykepleier at eldre enslige ikke lager seg middagsmåltider, spesielt enkemenn kan være blant disse (Kristoffersen m.fl. 2005b). En grunn kan være at de mangler kunnskap om matlaging (Kristoffersen m.fl. 2005b). Et bra tiltak kan man se der kommuner tilbyr matutkjøring til pasienter i distriktet. Dette kan også være et godt tilbud til eldre, enslige kreftpasienter. Matutkjøring kan føre til at pasienter har middag hver dag og de får et variert kosthold. I forhold til andre måltider, som frokost eller kvelds, bør pasienten ha mulighet til å smøre sin egen mat, hvis han orker og kan det (Sortland 2007). Hvis vi som sykepleiere gjør dette for pasienten ivaretar vi ikke

pasientens ressurser. Almås (2001) sier at det kan være nødvendig med opptil 6 måltider for en kreftpasient per dag. Det kan være godt å innarbeide en rutine på antall måltider og tidspunkt. Fordi mange kreftpasienter fort kan føle metthet er det en fordel om man fordeler måltider og at det ikke går mer enn 3 timer mellom måltidene (Kreftforeningen 2008 b). Et eksempel kan være Kreftforeningens (2008b) forslag til fordelig av måltider; frokost klokke 8-9, mellommåltid klokka 10-11, lunsj klokka 13, mellommåltid klokka 15, middag klokka 17-18, kveldsmat klokka 21. I fra det siste til det første måltidet bør det ikke gå mer enn 12 timer (Sortland 2007).

Som mellommåltider kan næringsdrikker være et godt alternativ. Fra egne erfaringer har vi sett at næringsdrikker ofte blir brukt, også hos pasienter som bor hjemme. Det finnes forskjellige varianter næringsdrikke. Det finnes også flere fabrikanter, men vi har mest erfaring med næringsdrikker fra Nutricia. Man kan velge mellom melkebasert, som har en melkekonsistens, men som ikke behøver å inneholde laktose. I tillegg får man konsistenser som yoghurt og krem. En annen variant er den juicebasert, som har en juice/saft konsistens (Nutricia 2010). Vår erfaring er at pasienter foretrekker den juicebaserte varianten, da den melkebaserte kan føles kvalmende på grunn av dens smaker og konsistens. Det er også flere som ønsker å tilsette litt vann i den juicebaserte fordi den kan være sterk i smak. Det er viktig å understreke at den juicebaserte varianten kun er et tilskudd, og doseringen er 1-3 flasker per dag, i tillegg til mat. Det finnes flere næringsdrikker som er fullverdige, og doseringen av disse er 5-7 flasker per dag (Nutricia 2010). På en annen side kan det være vanskelig for mange pasienter å drikke så mye. Dersom pasienten klarer å innta noe føde kan det være et bedre alternativ med tilskuddsvarianten. Sykepleieren eller pasienten selv kan også lage egne næringsdrikker, for eksempel blande 2 dl biola blåbærdrikk, 1 banan, 2 dl frosne blåbær, 1 ts honning som blandes i hurtigmikser (Kreftforeningen 2008b).

*(Privat bilde)*

Næringsdrikker man får kjøpt på apoteket er dyrt, og koster fra 30 kr per 200 ml til 150 kr per liter. For mange pasienter kan dette være avgjørende for om de ønsker å benytte seg av denne alternative næringstilførselen. Folketrygdloven (1997) § 5-14 sier noe om dekning av utgifter ved kronisk og alvorlig sykdom. Dersom man får innvilget søknaden om stønad vil man slippe noen av de store utgiftene. Pasientens økonomiske situasjon kan derfor ha mindre betydning og det kan være med på å føre til at flere pasienter benytter seg av næringsdrikker.

Vi tror at det i mange tilfeller kan det være viktig å føre drikkeliste og/eller kostregistrering. På denne måten kan både pasienten og sykepleiere lett holde oversikt over pasientens inntak (Helsedirektoratet 2009). Vi har oftest sett at disse tiltakene blir brukt i spesialisthelsetjenesten, men vi tror dette kan være mulig å gjennomføre i hjemmet dersom pasienten deltar. For at det skal hensiktsmessig med registreringen, er det viktig at alt inntak dokumenteres (Helsedirektoratet 2009). På en annen side kan slike registreringer føre til at pasienten føler seg overvåket når alt han spiser og drikker må dokumenteres. Samtidig er det lettere å iverksette tiltak når sykepleier ser hvor det svikter.

Når pasienter er på sykehus kan det også være lettere å holde oversikt over vekten. I følge Elvbakken (1993) sies det at vektregistreringer blir brukt lite i hjemmesykepleien, men vi tenker at det vil være et bra tiltak at man veier pasienten regelmessig i hjemmet. Vi har erfart at det blir utført veiinger oftere på sykehus enn i hjemmesykepleien. Det kan være vanskelig for noen pasienter å stå på en badevekt, men det kan til fordel skaffes sittevekter. Pasienten bør veies på morgenen, helst med like mye klær og på samme vekt hver gang (Reitan og Schjøllberg 2000). Før hver behandling pasienten er inne til eller en gang i uka kan være gode

rutiner for veiing. For at dette tiltaket skal ha noen betydning er det viktig å føre opp hver måling slik at sykepleieren kan se hvor mange kilo og når i behandlingen pasienten går ned i vekt.

Hvis pasientens næringsinntak blir veldig lavt og ikke lenger tilfredsstillende, kan det iverksettes sondeernæring, for eksempel PEG-sonde eller nasogastrisk sonde (Helsedirektoratet 2009). For hjemmeboende pasienter foretrekker vi PEG-sonde da den ikke er synlig for alle og enhver, slik som nasogastrisk sonde (Almås 2001). Erfaringsmessig har vi sett mest bruk av sondeernæring på sykehus.

5.0 Konklusjon

Vår problemstilling for oppgaven er:

”Hvordan kan kreftsykdom og behandling påvirke pasientens ernæringsstatus, og hvilke tiltak kan iverksettes for å unngå ufrivillig vekttap?”

Litteratur sier oss at kreftpasienter ofte får en forandret ernæringsstatus. Dette kan underbygges med studien (Smith m.fl. 2008) vi har benyttet oss av gjennom arbeidet. Resultatdelen i studien sier at 41 % av deltakerne gikk ufrivillig ned i vekt, uavhengig av type behandling, altså stråling eller cellegift.

Etter arbeidet med denne oppgaven har vi funnet ut at selve sykdommen og behandlingen kan ha innvirkning på pasientens ernæringsstatus. En kreftsykdom, også under behandling, bringer med seg innvirkende og individuelle plager. Det kan være vanskelig å skille om plagene kommer fra kreftsykdommen eller behandlingen. Flere av de vanligste plagene som rammer kreftpasientene kan lokaliseres i fordøyelsessystemet og har av den grunn negativ innvirkning på pasientens næringsinntak. I tillegg kan man se at andre viktige faktorer som smaksforandringer, kan ha stor betydning for matinntaket. Felles for plagene er nedsatt appetitt og som videre kan føre til redusert næringsinntak. Uten å ha gått i dybden har vi sett at psykiske faktorer også kan spille inn.

Vi har gjennom oppgaven sett at det er viktig å iverksette forebyggende tiltak for å unngå ufrivillig eller et ytterligere vekttap. Ut ifra de forskjellige plagene som kan ramme pasienten kan det iverksettes viktige tiltak, blant annet gjennom kosten. De ikke-medikamentelle tiltakene er viktig. Tiltakene er hovedsakelig rettet mot å tilrettelegge pasientens omgivelser i måltidssituasjoner. I tillegg finnes det medikamentelle tiltak som kan iverksettes for å lindre kreftpasientens plager, noe som igjen kan føre til bedret næringsinntak.

I arbeidet for å unngå eller forebygge ytterligere vekttap kan det være til hjelp å benytte seg av pleieplan. Den belyser problemområder pasienten har, mål for arbeidet, samt tiltak som iverksettes for å oppnå målet.

6.0 Etterord

Arbeidet med oppgaven har gått bra. Vi har valgt tema ut fra problemstillinger man ofte møter i yrkessammenheng, og følte at vi hadde behov for å tilegne oss mer kunnskap på dette området. For å finne fram til den endelige problemstillingen, hadde vi flere forslag hver og ut fra disse endte vi opp med en kombinasjon av alle. Vi var begge enige om hva teoridelen skulle inneholde, selv om vi har måttet bearbeide den for å holde oss innenfor ordbegrensningen. Drøftedelen har blitt bearbeidet opptil flere ganger, men føler vi har oppnådd det vi ønsket med problemstillingen. Vi føler vi har fått belyst problemstillingen godt.

På en annen side er det mange viktige temaer som spiller inn ved en kreftsykdom, og som vi kunne gått mer i dybden på. Vi kunne lagt mer vekt på blant annet psykiske påvirkninger og pårørende.

Samarbeidet har også fungert bra. Vi ser helt tydelig fordelene ved å være to, i stedet for en større gruppe eller bare en. Til tross for forskjellige synspunkter, har vi kommet fram til felles meninger.

En utfordring ved å være flere personer ved en slik oppgave, er at vi har alle forskjellige måter å uttrykke oss på, både det gjelder skrivemetode og drøfting. Men vi føler vi har klart å komme fram til et felles produkt, med tanke på både skrivemetode og drøfting, som vi begge er fornøyd med.

Dersom vi skulle ha skrevet oppgaven på nytt, ville vi ha benyttet oss av tilbakemelding på drøfting relativt tidligere i prosessen enn det vi gjorde på denne oppgaven. Vi satt tidsfrister for når ulike deler av oppgaven skulle være ferdig, og har klart å holde denne tidsrammen godt. Men allikevel kunne vi ha disponert tiden enda bedre, spesielt med tanke på drøftedelen.

Fra skolens side er vi fornøyd med veiledningen vi har mottatt, både fra veileder og bibliotek.

7.0 Litteraturliste

Almås, Hallbjørg (2001), *Klinisk sykepleie*, 3 utgave, 1 opplag 2001. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Blåreseptforskriften (2007) *Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. paragraf 2 og 6* [Online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20070628-0814.html&emne=blåresept*&& (06.05.2011)

Brinchmann, Berit Støre (2005), *Etikk i sykepleien*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2007), *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo: Gyldendal Akademiske forlag

Elvbakken, Kari Tove, m.fl. (1993), *Mat Alderdom og Eldreomsorg*, Kommuneforlaget AS

*Folkehelseinstituttet (2006) *Kreft - faktaark*, [Online] URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:58461::1:5647:41:::0:0 (06.04.2011)

Folketrygdeloven (1997), *Lov om folketrygd*, paragraf 5-14 og 5-22 [Online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19970228-019.html> (31.03.2011)

*Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, Oslo: Trykksakekspedisjonen

Helsepersonelloven (1999), *Lov om helsepersonell*, paragraf 21 [Online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#21> (28.04.2011)

Hummelvoll, Jan Kåre (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*, 6. utgave, 2. opplag 2006. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, Dag m.fl. (2001), *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Kreftforeningen (2008a), *Kreft og fordøyelsesplager*, 5. opplag: 10 000 eks juni 2008, Oslo: Kreftforeningen

*Kreftforeningen (2008b) *Kostråd til kreftpasienter*, 3. opplagg: 20 000 eks. oktober 2008.

Oslo: Kreftforeningen

*Kreftforeningen (2009), *Rettigheter for pasienter og pårørende*, 30 000 eks. juni 2009, Oslo:

Kreftforeningeb

*Kreftregisteret, *Hva er kreft*, [Online] URL:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Hva-er-kreft/> (13.04.2011)

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005a) *Grunnleggende sykepleie – bind 4*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005b) *Grunnleggende sykepleie – bind 2*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nordeng, Hedvig og Olav Spigset (2007), *Legemidler og bruken av dem*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Nutricia (2010), *Næringsdrikker - for deg som ikke spiser nok*, Oslo

Pasientrettighetsloven (1999), *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 3-3 [Online] Lovdata.

URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#3-3> (28.04.2011)

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg (red.) (2000), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe forlag AS

Røkenes, Odd Harald, Per-Halvard Hanssen, 2006, 3.opplag 2009, *Bære eller breste*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

*Smith, JL m.fl (2008), Factors contributing to weight loss, nutrition-related concerns and advice received by adults undergoing cancer treatment, I: *Advanced in Medical Science*, 53(2): 198-204.

Sortland, Kjersti (2007) *Ernæring – mer enn mat og drikke*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Store norske leksikon (2011), [Online] URL: <http://www.snø.no/> (27.04.2011)

Vedlegg 1

MATVARE	ENHET	MENGDE SPIST	KCAL	SUM KCAL	PROTEIN	SUM PROTEIN
Kneipp/grovbrød	½ skive *		90		3	
Loff	½ skive *		85		2	
Rundstykke	½ stk *		130		5	
Knekkebrød	1 stk *		120		3	
Frokostblanding	1 pors u/melk		132		5	
Corn flakes	1 pors u/melk		70		0	
Havregrøt	1 pors		170		8	
Risgrøt	1 pors		185		8	
Egg	1 stk		80		7	
Yoghurt(Duo kar.)	1 beger		230		5	
Yoghurt (frukt)	1 beger		160		6	
Is	1 beger		290		5	
Eple	1 stk		45		0	
Banan	1 stk		100		1	
Appelsin	1 stk		40		1	
Middag	1 pors		350		19	
Dessert	1 pors		150		4	
Suppe (salt)	1 pors		80		3	
Havresuppe (melk)	1 kopp 100 ml		75		4	
Havresuppe (vann)	1 kopp 100ml		9		0	
Kake	1 stk		220		4	
Tørr kjeks	1 stk		40		1	
H-melk, kefir	1 glass		100		5	
Lettmelk, Biola	1 glass		70		5	
Sk. melk (søt/sur)	1 glass		50		5	
Appelsinjuice	1 glass		70		1	
Saft, brus	1 glass		60		0	
Sukkerbit	1 stk		8		0	
Sjokolade	1 stk (60 g)		340		5	
Nutridrink	1 boks		300		12	
Nutridrink Protein	1 boks		300		20	
Fresubin Protein Energy Drink	1 boks		300		20	
Nutridrink Juicestyle	1 boks		300		8	
Resource Addera Plus	1 boks		250		8	
Fresubin ProvideXtra	1 boks		300		8	
Til sammen						

* Inkludert smør/margarin og pålegg.

Beregnet energibehov for å opprettholde vekten: Aktuell vekt x 30 kcal:

Beregnet proteinbehov: Aktuell vekt x 1 gram protein:

Ved ønsket vektoppgang er det behov for et høyere inntak!

Sist oppdatert 10.12.09