



MASTER/BACHELOROPPGAVE:

Pasienter med kreft

FORFATTER(E): MARIE GRØTTE OG MARLIN HANSEN

Dato: 07.05.2012

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan pasienter som er under kurativ behandling for kreft opprettholde god ernæringsstatus?	Dato : 07.05.12
Deltaker(e)/	Marie Grøtte og Marlin Hansen	
Veileder(e):	Ingrid Landgraff Østlie	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Kreft, ernæring, kartlegging, sykepleietiltak, veiledning	
Antall ord: 12 253	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>Introduksjon Oppgaven er en litteraturstudie som tar for seg temaet kreft og ernæring. Kreftpasienter har ofte dårlig matlyst og vekttap. Bivirkninger fra cytostatika- og strålebehandling øker ernæringsproblemet da de ofte gir bivirkninger som appetittløshet og vansker med å spise.</p> <p>Hensikt Hensikten med denne litteraturstudien er å få økt kunnskap om hvilke tiltak vi som sykepleiere kan gjøre for å bedre kreftpasienters ernæringsstatus. Vi begrenser oss til pasienter som blir kurativ behandlet på sykehus.</p> <p>Metode Vi har gjort litteratursøkene i databasene Cinahl, Academic Search Elite, Ovid Nursing og ProQuest. Vi har også brukt stoff fra helsedirektoratet.no og sykepleien.no. Vi brukte søkeord som underernæring, kreft, sykepleietiltak, kjemoterapi, veiledning, kartlegging og ernæringsråd.</p> <p>Drøfting I diskusjonen skriver vi om tiltak og tilrettelegging for god ernæringsstatus. Drøftingen inneholder og viktigheten av undervisning og veiledning og kartlegging.</p>		

Abstract

Title:	How can patients who are undergoing curative treatment for cancer maintain good nutritional status?	Date : 07.05.12
Participants/	Marie Grøtte and Marlin Hansen	
Supervisor(s)	Ingrid Landgraff Østlie	
Employer:		
Keywords (3-5)	Cancer, nutrition, screening, nursing assessment, counseling	
Number of words:12 253	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential):
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction This project is a literature study that address the subject of cancer and nutrition. Cancer patients often have loss of appetite and weight loss. Side effects from chemotherapy and radiotherapy increase the nutrition problem as they often give side effects such as loss of appetite and difficulties with eating.</p> <p>Purpose The purpose of this literary study is to get more knowledge about nursing interventions to improve cancer patients' nutritional status. We limit ourselves to dealing with patients who are curative treated in hospitals.</p> <p>Methods We made the literature searches in the databases Cinahl, Academic Search Elite, Ovid Nursing and ProQuest. We have also used materials from Helsedirektoratet.no and Sykepleien.no. We used search terms as: malnutrition, cancer, nursing interventions, chemotherapy, counseling, assessment and nutritional advice.</p> <p>Discussion Our discussion contains nursing intervention and the facilitation of good nutritional status of cancer patients. We also discuss the importance of counseling, education and assessment of patients with cancer.</p>		

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2	Relasjon til seksjonens forskningsområder.....	2
1.3	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.4	Definisjon av sentrale begreper i oppgaven.....	3
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Sykepleieteoretikere.....	4
2.1.1	Virginia Henderson.....	4
2.1.2	Florence Nightingale.....	5
2.1.3	Dorothea Orem.....	5
2.2	Hva påvirker matlysten.....	6
2.2.1	Ernæringsfølger.....	6
2.2.2	Psykososiale følger.....	7
2.3	Cytostatika.....	8
2.3.1	Kurativ behandling.....	8
2.4	Strålebehandling.....	9
2.5	Bivirkninger av cytostatika og strålebehandling.....	9
2.5.1	Kvalme, oppkast og brekninger.....	10
2.5.2	Munnproblemer.....	11
2.5.3	Obstipasjon og diaré.....	11
2.6	Viktigheten av medisiner ved kvalme.....	12
2.7	Livskvalitet.....	12
2.8	Noen kreftformer gir mer utfordringer enn andre.....	13
2.9	Anemi.....	13
2.10	Veiledning og undervisning.....	14
2.11	Hensikt.....	14
3	Metode.....	16
3.1	Litteraturstudie og metode.....	16
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.3	Utvelgning og gjennomlesing av artikler.....	17
3.4	Sterke og svake sider ved litteraturstudie.....	18
3.5	Datainnsamling/analyse.....	18

3.6	Søkeord.....	19
3.7	Begrunnelse for valg av teori	20
3.8	Kildekritikk	21
3.9	Forskningsetiske overveielser	21
4	Resultater.....	23
4.1	Kartlegging.....	26
4.2	Veiledning	29
5	Drøfting	30
5.1	Kartlegging.....	30
5.1.1	Sykepleierens rolle	32
5.2	Veiledning og undervisning	32
5.2.1	Nødvendigheten av god kunnskap.....	33
5.3	Tilrettelegging for god ernæringstiltak.....	34
5.4	Metodiske overveielser.....	39
6	Konklusjon	41
7	Etterord.....	42
8	Litteraturliste	44
9	Vedlegg 1	49

Antall ord: 12 253

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Kroppen består av milliarder av celler og de fleste av disse cellene formerer seg ved deling. Ved kreft har det oppstått en feil, og den feilen gjør at cellene deler seg ukontrollert og ikke foretar seg de oppgavene som de friske cellene ville ha gjort (Lorentsen 2010). Sykdommen kan føre til at det blir skade på et organ, organsystem eller en hel organisme (Nome 2010). Etter hvert som kreftcellene utvikler seg, vil det skje en opphopning av kreftceller i det organet der den ukontrollerte veksten startet. Dermed blir det dannet en kreftsvulst (Lorentsen 2010).

Antall krefttilfeller er avhengig av befolkningens størrelse og alderssammensetning, risikofaktorer og diagnostikk. Når gjennomsnittlig levealder går opp, vil også kreftforekomsten øke. I 2008 ble det rapportert 26 121 nye krefttilfeller i Norge, fordelt på kvinner og menn, og kreftformer (Schjøberg 2010). Antall krefttilfeller kommer til å øke med ca 30 % fram mot år 2020. Grunnen til at antall krefttilfeller vil øke, er blant annet bedret diagnostikk, økt levealder og livsstilsfaktorer. I dag er det ca. 175 000 kvinner og menn med kreft i Norge (Tretli 2009).

Kreftpasienter har ofte dårlig matlyst og vekttap. Disse problemene kan komme tidlig eller langt i sykdomsforløpet. Ved dårlig ernæringsstatus er prognosen dårligere enn ved god ernæringsstatus. Ca 25-30 % av pasientene med kreft dør som en konsekvens av avmagring og ikke på grunn av tumorvekst (Bye 2010).

I løpet av sykepleierstudiet har vi hatt flere praksisperioder på sykehus. Da har vi hatt kontakt med en del kreftpasienter. Vår erfaring fra sykehus, er at det er mye fokus på smertene til kreftpasientene. Ut i fra våre praksisperioder på sykehus har vi opplevd at ernæring er en stor utfordring for kreftpasienter, og også helsepersonell. Vi synes dette er et tema som er interessant, og vi vil få

økt kunnskap om kreft og ernæring slik at vi kan ta med oss dette videre ute i arbeid. Sykepleiere har ansvar for at pasienter skal få et optimalt næringsinntak. Det er stor sannsynlighet for at vi medvirker i arbeid med kreftpasienter, uansett hvor vi jobber.

Vårt mål med denne bacheloroppgaven er å få økt kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til bedre ernæringsstatus hos pasienter med kreft, som er innlagt på sykehus og sikter på kurativ behandling.

1.2 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Oppgaven vår kan knyttes opp mot forskningsområdet kvalitet i sykepleie. Kvalitet i sykepleie har to hovedfokus: pasienters behov og sikkerhet og personalets funksjon og sikkerhet. Vår oppgave knyttes til pasienters behov og sikkerhet. Pasienters behov og sikkerhet handler om utvikling av kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten samt pasientsikkerhet (Høgskolen i Gjøvik 2011). Oppgaven vår passer inn i dette fokusområdet fordi ernæring er et viktig grunnleggende behov. I og med at kreftpasienter har problemer med ernæringsstatusen er det viktig at vi har nok kunnskaper om dette og vet om tiltak som sikrer god ernæringsstatus. På den måten kan vi sikre pasientens behov og sikkerhet.

1.3 Sykepleiefaglig relevans

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder. Disse fire ansvarsområdene er å fremme helse, å forebygge sykdom, og gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk sykepleieforbund 2011). Det at pasienten får tilstrekkelig med ernæring, mener vi, går under alle disse fire ansvarsområdene til sykepleiere. Underernæring kan føre til mange negative konsekvenser for pasienten, blant annet nedsatt

immunforsvar, redusert livskvalitet, tap av muskelmasse, slapphet og hukommelsessvikt. Pasientens ernæringsstatus har påvirkning på både sykdomsutvikling, behandling og rehabilitering. Det er viktig at sykepleierne har riktige kunnskaper om underernæring i forhold til kreftpasienter, og at de iverksetter tiltak for å forhindre vekttap hos disse pasientene så fort som mulig (Stenling 2011).

Det er viktig for sykepleiere å ha gode kunnskaper om ernæring i forhold til kreftpasienter da det kan være lett å forholde seg til selve diagnosen, og at det er fort å glemme plagene rundt sykdommen. Det er ikke alt man kan se, så det er viktig med en god dialog med pasienten i forhold til eventuelle ernæringsplager han eller hun har og at vi kan iverksette tiltak mot disse. Kreft blir et stadig økende problem i dagens samfunn, 1 av 3 i Norge får kreft i løpet av livet og det er forventet 26 % økning til år 2020 (Høines 2011).

1.4 Definisjon av sentrale begreper i oppgaven

Ernæringsstatus: Ernæringsstatus er en tilstand hvor kroppens behov for energi og næringsstoffer er dekket gjennom matinntaket (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon 2010).

Underernæring: Ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009).

Ernæringsmessig risiko: En tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner knyttet til dette (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009).

Kurativ behandling: Behandling som sikter på helbredelse av sykdommen (Jacobsen 2011).

2 Bakgrunn

2.1 Sykepleieteoretikere

Det finnes flere ulike sykepleieteorier som kan grupperes på forskjellige måter hvis man tar utgangspunkt i teoriens grunnlag og hovedfokus. I vår oppgave skal vi bruke sykepleieteoretikere som har skrevet om behovsteorier og omsorgsteorier. Behovsteoriene tar utgangspunkt i de allmennmenneskelige og grunnleggende behovene som sørger for at menneskelig funksjon, helse og velvære kan opprettholdes (Kristoffersen 2005). Vi mener at behovet for ernæring er viktig for kreftpasienter, slik at de kan opprettholde helse, velvære og menneskelige funksjoner. Kreftpasientens behov for tilfredsstillende ernæringsstatus har betydning for sykdomsutvikling, behandling, rehabilitering og livskvalitet (Stenling 2011).

2.1.1 Virginia Henderson

Virginia Henderson mente at sykepleiere skal hjelpe pasienten eller sørge for å skape forhold som gjør at pasienten kan utføre gjøremål (Henderson 1998). Disse gjøremålene har Henderson satt opp som 14 punkter som hun betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper. De 14 punktene er knyttet til grunnleggende menneskelige behov, og er sykepleierens sentrale gjøremål. Vi skal ikke gå inn på alle behovene, men vil skrive om de punktene som er relevant for vår oppgave. Vi mener at Hendersons punkt nummer 2 og 3 kan relateres til kreftpasienters ernæringsstatus. Disse punktene er ”å spise og drikke tilstrekkelig”, ”å få fjernet kroppens avfallsstoffer”, (Kristoffersen 2005, s. 36). Det ”å spise og drikke tilstrekkelig” er relevant for vår problemstilling fordi kreftpasienter ofte er underernærte. Som skrevet tidligere i oppgaven, er vekttap og underernæring den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom (Stenling 2011). ”Å få fjernet kroppens avfallsstoffer” mener vi og har betydning for ernæringsstatusen til kreftpasienter. Dette er fordi obstipasjon oppstår hos mange kreftpasienter. Grunnen til dette kan skyldes både

legemiddelbehandling, som for eksempel opioider og cytostatika, lite væskeinntak, for lite fiber, inaktivitet eller svulstens beliggenhet. Obstipasjon kan skape ernæringsproblemer, blødninger og infeksjon (Lorentsen 2010).

2.1.2 Florence Nightingale

Florence Nightingale mente at sykepleieren skal tilrettelegge miljøet ved å påvirke eller fjerne negative miljøfaktorer. Nightingale var spesielt opptatt av de fysiske faktorene som påvirket miljøet, som lukt, varme, ventilasjon, støv og lys (Kristoffersen 2005). Vi mener at disse fysiske faktorene har påvirkning på appetitten til kreftpasienter, da vi har erfart dette i tidligere praksisperioder på sykehus. Det er viktig å tilrettelegge for økt inntak av mat og drikke ved dårlig ernæringsstatus. Noe av det første en bør gjøre er å vurdere miljøet rundt spisesituasjonen (Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon 2010).

Florence Nightingale var den første til å vise at miljøet er viktig for pasientens helse, og hun mente at det fysiske og det psykososiale miljøet faller under dette. Pasientens fysiske miljø mente hun var både innredning av pasientrom, lys, lyd, utstyr, luft, lukt, temperatur og mikroorganismer. Nightingale mente at et estetisk miljø vil virke inn på humør og velvære. Det innebærer at ting rundt pasienten ikke er oppmerksomhetskrevende eller støtende. For eksempel kan en vakker blomst være helsefremmende, men hvis den er vissen og råtner, kan den virke støtende. Et annet eksempel er at det kan virke støtende med et pussbekken fullt av slim, eller en urinflaske som ligger på nattbordet. Nightingale var tavlsperson for miljøets betydning for helse og for den helbredende prosess. Hun mente at grunnleggende faktorer som luft og ernæring er viktige. Hun mente også at støy, seng, sengeklær, rom og vegger er viktig for pasientens helbredende prosess (Karoliussen 2011).

2.1.3 Dorothea Orem

Dorothea Orem er en forfatter som har hatt stor innflytelse på sykepleietenkning i mange land. Siden 1959 har hun arbeidet med å utvikle sin sykepleieteori. I 1971 kom boka *Nursing: Concepts of Practice*, der hun presenterte egenomsorgstenkningen og teorien om egenomsorgssvikt for første

gang. Hun har videreutviklet sin teori og utarbeidet tre spesifikke teorier: Teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene. Orem beskriver fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren gjør bruk av for å møte terapeutiske egenomsorgskrav (Orem 2001):

Å gjøre noe eller handle for en annen

Å veilede og rettlede en annen

Å sørge for fysisk og psykisk støtte

Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling

Å undervise

(Orem 2001, side 56)

Det kan være nødvendig å ta i bruk av alle disse hjelpemetodene for å gi tilstrekkelig sykepleie. Det som avgjør hvilke metoder sykepleieren tar i bruk, er pasientens egenomsorgskapasitet. Egenomsorgskapasitet er personen egen evne til å identifisere terapeutiske egenomsorgskrav, ta beslutninger om handlinger og utføre handlingene. I konkrete sykepleiesituasjoner vil noen hjelpemetoder bli brukt mer enn andre. Når pasientens tilstand forandrer seg, må sykepleieren endre bruken av hjelpemetoder (Kristoffersen 2005). Vi skal beskrive disse 5 hjelpemetodene senere i oppgaven vår, under punktet “drøfting”

2.2 Hva påvirker matlysten

2.2.1 Ernæringsfølger

Kreftsykdommen kan føre til hyperkalsemi, som igjen kan føre til kvalme hos pasienten. Kvalme og oppkast kan føre til underernæring, anoreksi, væsketap og elektrolyttforstyrrelser. Dette kan igjen bidra til psykisk og fysisk utmattelse. Vekttap er vanlig hos pasienter med kreftsykdom. Ved lungekreft og kreft i bukspyttkjertelen, kan vekttapet oppstå tidlig i sykdomsforløpet. Det er derfor viktig å rette oppmerksomheten mot kosthold og ernæring i den

tidlige fasen av sykdommen. Immunsystemets respons på kreftsykdommen kan føre til primær kakeksi. Primær kakeksi vil si at det skjer en endring i proteinomsetningen i kroppen og det vil bli en produksjon av cytokiner. Det vil medføre hypermetabolisme, og kroppen taper fett, muskelmasse og proteiner. Tilstanden kan være svært vanskelig å behandle (Lorentsen 2010). Kakeksi kan i prinsippet opptre ved alle stadier av en kreftsykdom, men den vil være et økende problem ved avansert sykdom, spesielt i terminalfasen (Ikdahl 2009). Ernæringsproblemer kan oppstå hvis svulstens beliggenhet og størrelse fører til obstruksjon av spiserør eller mage-tarm-kanalen. Subileus og ileus kan også oppstå. Det kan føre til at det ikke blir passasje i fordøyelseskanalen, som igjen kan skape ernæringsproblemer og store smerter (Lorentsen 2010).

Redusert næringsinntak kan også komme av kreftsykdommen i seg selv, eks. når det foreligger stenoser i munnhulen, spiserør og tarm (Ikdahl 2009).

Årsaker til ernæringsproblemer hos kreftsyke pasienter kan være metabolske forandringer som påvirker appetittreguleringen, det kan være en tumor som hindrer mat i å passere, behandlingen kan gi bivirkninger som påvirker matinntaket og psykiske reaksjoner på sykdommen kan også føre til nedsatt appetitt. Ved underernæring er ernæringsbehandling viktig, det kan snu vekttapet og gjøre at allmenntilstanden blir bedre (Bye 2010).

2.2.2 Psykososiale følger

Pasienter med kreft gjennomgår flere lange perioder som er vanskelige. Det kan gå lang tid fra mistanken om kreft oppstår til pasienten har fått en klar diagnose. Det kan ta flere uker eller måneder før behandlingen starter.

Depresjon kan ses i flere stadier av kreftsykdommen, og kan komme av så mangt. I tidlig fase kan depresjonen være en reaksjon på diagnosen. Senere i sykdomsforløpet kan depresjon oppstå ved tap av funksjoner og roller, og en kan miste evnen til å gjennomføre aktiviteter i hverdagen. Det å være på sykehus og ha en sykdom som kan være dødelig kan og føre til at pasienten blir deprimert. Mange pasienter med kreft lever isolert på grunn av tap av fysiske ferdigheter og forandret utseende. Fatigue og håravfall kan føre til at pasienten

ikke vil møte andre mennesker. Isolasjon kan da bli en mestringsstrategi for å beskytte seg mot blant annet sårende utsagn (Lorentsen 2010).

Hvis pasienten er engstelig, er deprimert eller har andre psykiske konsekvenser av sykdommen, kan dette også gi dårlig matlyst og kvalme noe som gir redusert næringsinntak (Ikdahl 2009).

2.3 Cytostatika

Cytostatika er en vanlig medisinsk behandling hos pasienter med kreft. Siden cytostatikabehandling alene kurerer ca 10 % av tilfellene brukes det ofte i kombinasjon med annen behandling som kirurgi eller strålebehandling. Hovedmålet med behandlingen er at tumoren skal bli skadet. Ved å påvirke mitosefasen eller DNA-syntesen blir celledelingen hemmet. Cytostatika virker først og fremst på celler som er i en delingsfase, derfor er effekten i svulster og andre vev kraftigst når delingshastigheten er høy (Lorentsen 2010). Cytostatika virker på forskjellige måter. Et stoff virker på DNA, et på metabolsk blokkade i cellene og noen interfererer med cytoskjelettet, via effekter på mikrotubuli. Noen cytostatika virker på flere måter samtidig (Slørdal 2009).

2.3.1 Kurativ behandling

Målet for cellegiftbehandlingen kan være kurativ, palliativ eller adjuvant. I vår oppgave skal vi ta utgangspunkt i de som får kurativ behandling. Kurativ behandling gis der det erfaringsmessig er mulig å oppnå helbredelse. Det kan være gunstig i noen tilfeller å øke dosen med cytostatika utover det som benmargen normalt tåler. Dette kalles høydosebehandling. Det er dokumentert at høye cytostatikadoser kan gi god effekt på kreftsykdommen (Lorentsen 2010).

Behandlingen er intens og gis ofte i kombinasjon med flere samvirkende medikamenter som kan ha bivirkninger opp mot grensen for det man kan

tolerere. Kurativ behandling bør igangsettes så tidlig som mulig etter at man har fått diagnosen. Behandlingen bør fortsette en god tid etter at full remisjon er oppnådd, da det ofte har kommet tilbake tumorvev selv om en klinisk undersøkelse ikke kan avsløre dette (Dahl 2009).

2.4 Strålebehandling

Strålebehandling gis ved de fleste kreftformene. Virkningen på cellene for strålebehandling er ganske lik virkningen av cytostatika. DNA skades, celledelingen hemmes og dermed dør cellene. Forskjellen på cytostatika og strålebehandling er at cytostatika virker systemisk, mens strålebehandling virker lokalt. At det virker systemisk vil si at det virker på alle cellene i kroppen, mens lokalt betyr at det virker kun der strålene treffer.

Strålebehandling blir gitt som eneste behandlingsform, eller det blir gitt i kombinasjon med kirurgi eller cytostatika. Celletypene har forskjellig følsomhet for strålene. De cellene som er mest følsomme finnes i bloddannede organer, tarmens slimhinne og i kjønnsorganene. Men vev som før har blitt utsatt for stråledose, er vanskeligere å tilhele enn andre vev fordi noe av kapillærnettet har blitt ødelagt (Lorentsen 2010).

2.5 Bivirkninger av cytostatika og strålebehandling

Bivirkninger kan være en følge av sykdommen, strålebehandling eller medikamenter. Det som gjør det vanskelig å evaluere bivirkningene og effektene av cytostatika, er at det er begrenset varighet av behandlingstiden, at det er vanlig å kombinere flere medikamenttyper, og at det ofte blir utviklet cellulær resistens mot cytostatika (Slørdal 2009). Cytostikabehandling har flere bivirkninger som kan påvirke ernæringsstatusen og matlysten til pasienten. Andre bivirkninger cytostatika kan gi er hjertetoksiske, noen gir lever- og lungeskader, andre kan gi nyreskade og nyresvikt, noen kan også få allergiske reaksjoner. Strålebehandling har også noen bivirkninger, men disse avhenger

av hvilken kroppsdel som bestråles, hvor står dosen til strålingen er, og av pasientens fysiske og psykiske tilstand. Ved langvarig strålebehandling er det vanlig at pasienter mister appetitten (Lorentsen 2010). I vår oppgave skal vi gå innpå bivirkningene som påvirker ernæringsstatusen.

Cytostatikabehandling og strålebehandling kan gi bivirkninger som gir appetittløshet og vanskeligheter med å spise. Ved strålebehandling er ofte hovedgrunnen til appetittløshet tretthet og fatigue. For at vi som sykepleiere skal kunne iverksette tiltak som lindrer disse bivirkningene er det viktig at vi har kunnskaper om dette området slik at vi kan sikre tilstrekkelig ernæring til kreftpasienten. For å nevne noen bivirkninger er det blant annet kvalme, brekninger, munnsårhet, munntørrhet, diaré og obstipasjon. Disse igjen kan gi vekttap hvis pasienten ikke får i seg tilstrekkelig mat (Lorentsen 2010). Bye har i tillegg skrevet om bivirkninger som smaksforandringer, oppkast og tygge- og svelgevansker (Bye 2010).

2.5.1 Kvalme, oppkast og brekninger

Pasienter som får strålebehandling ved stråling av mageregionen og cytostatikabehandling, er kvalme, brekninger og oppkast en kjent bivirkning. Grunnen til at man kan få disse bivirkningene ved stråling av mageregionen er på grunn av at tarmslinhinnen blir irritert. Mange synes at kvalme er den mest belastende bivirkningen og det er viktig at sykepleierne informerer pasienter som skal starte med cytostatika at de har gode midler mot kvalme (Varre 2010). Ved kvalme får man i seg for lite næring, som fører til obstipasjon og som igjen fører til kvalme (Siggerud 2010). Bivirkningen kommer umiddelbart eller noen få timer etter behandlingen. Det er også andre sykdomstilstander som kan gi kvalme. Hyperkalsemi, uremi, leversvikt og hjernemetastaser er blant disse. Angst og smerter kan også gi kvalme. Kvalme og oppkast kan føre til anoreksi og underernæring (Lorentsen 2010).

I tilfeller der kvalme og oppkast blir ledsaget av en alvorlig sykdom eller av behandling, kan over tid føre til psykisk og fysisk utmatting. Ved vedvarende kvalme kan det føre til mangel på inntak av mat og væske, som igjen kan føre

til forstyrrelser i kroppens balanse av væske og elektrolytter. Samtidig kan disse forstyrrelsene føre til kvalme og oppkast, noe som gjøre at pasienten kommer inn i en ond sirkel. Oppkast og brekninger kan føre til andre konsekvenser som betennelse og sår i spiserøret og munnen (Bjørge 2010).

2.5.2 Munnproblemer

Ved cytostatikabehandling kan man få redusert spyttmengde og derfor får man mucositt. Mucositt (munnsårhet) og xerostomi (munntørrehet) gjør det vanskelig å svelge og å fordøye maten. Dette kan være et problem ved både strålebehandling mot øre-, nese- og halsregionen, og cytostatikabehandling. Ved alvorlig mucositt kan det være at behandlingen må utsettes eller seponeres. Siden spytt inneholder bakteriedrepende stoffer øker risikoen for kariesutvikling ved mucositt (Lorentsen 2010). Såre slimhinner i munnhulen og svelget er også en grunn til at pasienten kan få svelgevansker fordi det er ubehagelig og det kan føre til smerter ved matinntak. Noen typer cytostatika fører også til såre munnslimhinner. Det er også mange pasienter som får cytostatikabehandling som opplever smaksforandringer. Andre årsaker til smaksforandringer kan også være redusert spyttproduksjon. De mest vanlige smaksforandringene er for høy terskel for salt og søtt, og man får økt sensitivitet for bitter smak (Bye 2010). Ved strålebehandling kan man også få endret smak fordi smaksløkene er strålefølsomme. Forandret smak kan gi nedsatt ernæringsstatus og gi vekttap (Siggerud 2010).

2.5.3 Obstipasjon og diaré

Diarésymptomene oppstår ofte tre dager etter at man har fått cytostatikabehandling. Det er bare enkelte cytostatika som gir diaré som bivirkning fordi disse virker toksisk på tarmslimhinnen og øker tarmperistaltikken. Ved langvarig diaré kan man få alvorlig tap av væske og elektrolytter og man kan gå ned i vekt. Ved strålebehandling av tarmen kan man også få diaré. Risiko for obstipasjon er vanlig hos pasienter med kreft og skyldes bruk av kvalmestillende legemidler (serotoninantagonister), lite væskeinntak, cytostatika, mangelfull inntak av fiber, inaktivitet og svulstens

beliggenhet. Obstipasjon er vanligst når det gis vinkaalkaloider til pasienten, fordi det gir redusert tarmperistaltikk (Lorentsen 2010). Vinkaalkaloid er et cellegiftpreparat (Slørdal 2008).

2.6 Viktigheten av medisiner ved kvalme

Det er viktig å forebygge kvalme og oppkast, der man vet at dette er en forventet bivirkning ut fra den cytostatikaen som skal gis, og ut fra tidligere erfaringer fra pasienten selv. Man skal ikke vente og se om pasienten blir kvalm, før man gir kvalmestillende medikamenter (antiemetika). Hvis en pasient tidligere har utviklet betingede reflekser mot forventet kvalme, er disse plagene vanskeligere å behandle, enn hvis man starter forebyggende behandling (Varre 2010). Det er alltid en lege som forordner kvalmestillende, men ofte i samråd med sykepleier.

Kvalme kan oppstå akutt og forsinket. Med akutt menes at kvalme opptrer innen 8 timer etter påbegynt behandling, mens forsinket fase menes at kvalme opptrer 48-72 timer etter avsluttet behandling. I den akutte fasen er man preget av en intens kvalme som går over i løpet av første døgn, mens i den forsinkede fasen er ikke kvalmen så intens men den varer mye lengre enn den akutte kvalmen. I praksis vil man ofte komme borti en kombinasjon av akutt og forsinket kvalme, som er et resultat av behandlingsregimer med ulike cytostatika. Det betyr at mekanismene i disse fasene ikke kan atskilles og tidlige og sene mekanismer interagerer på en måte som er lite kartlagt. Dette betyr at det er en utfordring å etablere en optimal kvalmestillende behandling som skal virke når både akutt og forsinket kvalme opptrer (Lehne 2009).

2.7 Livskvalitet

Vi kan skille mellom livskvalitet og helsereelatert livskvalitet. Helsereelatert livskvalitet er knyttet til områder som er helsereelaterte og inneholder både det

fysiske, mentale og sosiale. Livskvalitet kan inneholde utdanning, levestandard, miljø og politisk frihet. Livskvalitet kan klassifiseres innenfor kategorier som tilfredshet, tilfredsstillelse av behov, lykke, selvrealisering og funksjonsevne. Disse kategoriene kan plasseres innenfor andre kategorier som tar utgangspunkt i hvordan pasientenes livskvalitet påvirkes av opplevde konsekvenser av behandling og sykdom, eller det kan kategoriseres inn i pasientens evaluering av forventninger eller tilfredshet og av opplevd status (Ribu 2010).

2.8 Noen kreftformer gir mer utfordringer enn andre

De største utfordringene ved kreft i fordøyelsesorganene er eliminasjonsproblemer, stomi, ernæring, hudreaksjoner ved strålebehandling, endret selvbilde og seksualitet. Ved eliminasjonsproblemer kan det være at en tumor trykker på tarmen og gjør det vanskelig for passasje av feces og flatus. Fordi feces hopper seg opp litt etter litt kan man være obstipert over tid uten at man selv merker det. Utfordringene ved at en pasient har stomi er at det er en stor endring av kroppen, man mister en naturlig kroppsfunksjon og det kan føre til at man får et endret selvbilde. Noen synes det er ubehagelig å skifte på stomien og mange synes også det er vanskelig når det gjelder seksuell identitet. Det kan fort skje at pasienten isolerer seg fra partneren og trekker seg tilbake. Utfordringene med ernæring har vi skrevet om før, da dette gjelder dette med nedsatt matlyst, kvalme og vekttap (Rustad 2010).

2.9 Anemi

Anemi er en konsekvens av cytostatikabehandling, så det er derfor mange kreftpasienter som utvikler anemi. Anemi kan også være en konsekvens av selve sykdommen som for eksempel leukemi (blodkreft), maligne lymfomer (kreft i blod- og lymfesystemet) og myelomatose (beinmargskreft). En konsekvens av anemi er at det kan ofte føre til nedsatt appetitt, og ved vekttap

og dårlig næringstilførsel kan det gjøre at anemien blir forverret (Finne-Grønn 2010).

Man kan også få anemi på grunn av økt tap eller redusert produksjon av erythrocytter, og dette fører til generell svekkelse og inaktivitet, og dermed også dårlig appetitt (Lorentsen 2010).

2.10 Veiledning og undervisning

For å oppnå et bestemt mål, er en metode egnet som framgangsmåte. Både veiledning og undervisning er gode metoder som kan føre til mestring og læring for pasienter. Veiledning og undervisning blir ofte benyttet sammen, men det er en forskjell på de to metodene. Undervisning benyttes i hovedsak når pasient og pårørende har behov for nye kunnskaper og ferdigheter. Sykepleieren har kunnskaper som pasient og pårørende trenger. Det at pasienten opplever et behov og et ønske om ny kunnskap er en forutsetning for at pasienten skal lære noe. Veiledning benyttes når pasient og pårørende vil ha behov for hjelp til å klargjøre sine egne verdier og sette seg nye mål som grunnlag for å endre livsstil og levemåte. Det legges til rette for at pasienten skal finne svar selv ved veiledningen. Opplevelsen av mestring fremmes når pasienten finner svar selv. I veiledningssituasjoner der nye ferdigheter og nye levemåter skal innarbeides, har pasient og pårørende behov for støtte og oppmuntring. Dette er viktig for å vedlikeholde motivasjonen og opprettholde ny atferd. Det å støtte er altså en viktig side ved veiledning (Kristoffersen 2005).

2.11 Hensikt

Bacheloroppgavens hensikt er å få økt kunnskap om hvilke tiltak vi som sykepleiere kan gjøre for å bedre kreftpasienters ernæringsstatus. I løpet av våre praksisperioder på sykehus har vi opplevd at kreftpasienters dårlige

ernæringsstatus ofte har blitt glemt bort. Vi har ikke hatt praksisperioder på en kreftavdeling, men i de avdelingene vi har vært på har det vært mange kreftpasienter. Vi mener at god ernæringsstatus bør ivaretas uansett hvilken avdeling pasienten er på, da dette er et viktig grunnleggende behov. Derfor har vi lyst å skrive om kreft og ernæring. Vi sitter igjen med et inntrykk av at sykepleiere har for lite kunnskaper om tiltak til kreftpasienter som sikter på kurativ behandling.

Vekttap og underernæring er den vanligste sekundærdiagnosen ved kreftsykdom (Stenling 2011). Det er derfor viktig at sykepleiere får økt kunnskap om ernæring til kreftpasienter. Vi håper at vår oppgave kan bidra til økt fokus på kreftpasienters ernæringsstatus og tiltak for å bedre den.

Problemstilling vi har kommet fram til er:

Hvordan kan pasienter som er under kurativ behandling for kreft opprettholde god ernæringsstatus?

3 Metode

3.1 Litteraturstudie og metode

Vi har brukt en ikke-empirisk litteraturstudie for å bekrefte det vi skriver i oppgaven, og har tatt utgangspunkt i hva andre forfattere skriver i sine bøker, og sine artikler, og ikke teori vi har oppfunnet selv. Ved å søke i forskjellig litteratur som databaser, tidsskrifter og fagbøker har vi funnet svar på vår problemstilling.

En litteraturstudie innebærer at man systematisk søker, kritisk gransker og sammenfatter litteratur innenfor et bestemt emne eller problemområde. En litteraturstudie bygger på litteratur som allerede eksisterer (Forsberg & Wengström 2008).

Hensikten med en litteraturstudie er at man skal orientere og skaffe kunnskap om det feltet man arbeider med og å posisjonere sitt eget arbeid i forhold til det som tidligere er gjort. De kunnskapene vi skaffer oss, trenger vi i flere sammenhenger, blant annet å finne tema, definere sentrale begreper, lage teoretiske rammeverk, finne fram til gode analysestrategier, bidra til presisering av problemstillingen og gi ideer til utforming av arbeid (Stene 2003).

En metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å tilegne eller etterprøve kunnskap (Dalland 2007).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjonskriterier er kreftpasienter som tar sikte på helbredelse og som er under lengre kurativ behandling. Tiltakene vi tar for oss i oppgaven er like aktuelle for alle typer kreftpasienter som tar sikte på helbredelse og symptomene vi skal skrive om er ofte like for alle typer kreftpasienter. Vi har kun valgt for oss kreftpasienter som er innlagt på sykehus. Vi har mest erfaring

med kreftpasienter på sykehus, noe som gjør at vi kan bidra med våre egne erfaringer i oppgaven. Vi skal kun tas for oss ernæring oralt. Vi har nevnt litt om hva kakeksi er i bakgrunnen, men skal ikke gå i dybden på dette på grunn av oppgavens omfang. Vi mener at livskvalitet har innvirkning på ernæringsstatusen, og har derfor lyst til å nevne dette i oppgaven. Vi skal kun ta for oss ikke-medikamentelle intervensjoner, med unntak at vi nevner viktigheten av medisiner ved kvalme i et punkt.

Våre eksklusjonskriterier er intravenøs- og sondeernæring, grunnet oppgavens begrensning av ord. Vi skal ikke skrive om kreftpasienter i en palliativ fase, siden dette blir en oppgave for seg selv. Vi skal ikke ta med pårørendes rolle på grunn av omfanget av oppgaven.

3.3 Utvelging og gjennomlesing av artikler

For å finne artikler som var relevante for vår oppgave, begynte vi med å lese resymeer av artiklene. Vi fant en del resymeer, ofte kalt abstract i databser, og fant ut at mange virket interessante. Etter nøyere gjennomlesing av artiklene, fant vi ut at det var mange artikler som ikke var aktuelle allikevel.

Vi fant mange artikler der det stod om viktigheten av ernæring til kreftpasienter, men vi var interessert i tiltak for å bedre ernæringsstatusen. Da vi skulle velge ut artikler til oppgaven begynte vi med å lete etter artikler med konkrete tiltak som gjør at pasienten spiser mer. Vi fant få artikler hvor det stod at pasienten fikk bedre ernæringsstatus ved å spise det og det. Derfor måtte vi tenke annerledes. Alle kreftpasienter har individuelle behov. For å finne ut av hvilke behov pasienten har, er det viktig å kartlegge slik at det blir lettere å gjøre tiltak som kan hjelpe på ernæringsstatusen. I mange artikler fant vi kartleggingsverktøy med navn vi ikke hadde hørt om før, som SGA, NRS osv. Etter å ha lest gjennom mange artikler, fant vi ut av disse kartleggingsverktøyene var noe som gikk igjen. Kartleggingsverktøyene var fremmede for oss i begynnelsen, derfor var det positivt at vi fant en artikkel på sykepleien.no som belyste dette med kartleggingsverktøy. Vi fant også ut at

disse kartleggingsverktøyene var skrevet om i pensumlitteraturen vår. I og med at kartleggingsverktøyene var nevnt i mange artikler fant vi ut at vi ville fokusere på blant annet de i oppgaven vår.

3.4 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

En sterk side ved å skrive en litteraturstudie er at, man kan lete i allerede eksisterende forskning, man finner mye relevant stoff og artikler, noe som egner seg til å skrive om større emner innenfor et tema. En svakhet ved å skrive litteraturstudie er at det kan eksistere mye urelevant litteratur også, og det kan være mye litteratur om et emne slik at det kan være vanskelig å plukke ut det man trenger. Dette kan føre til at man overser viktige sider ved en sak (Dalland 2007).

I tillegg kan svake sider ved metoden relateres til både produksjon og bruk av relevant forskning. Her må man passe på, for det kan hende at forfatteren har gjengitt den relevante litteraturen feil, eller har misforstått det som er blitt vurdert. Forfatteren kan skrive etter sin egen mening, etter ønsket hensikt. Det gjelder særlig ved kvalitative metoder. Når man skriver en litteraturstudie må man derfor være oppmerksom på at kildene er gyldige, godkjente, datostemplet og relevante (Dalland 2007).

3.5 Datainnsamling/analyse

Av litteratur har vi brukt faglitteratur fra pensumbøker og andre bøker vi har funnet. Vi har også brukt stoff fra helsedirektoratet og andre fagartikler, blant annet sykepleien.no. Noen av de vitenskapelige artiklene fant vi også ved å se i et hefte fra kreftforeningen, hvor de har skrevet flere artikler om det som er relevant for vår oppgave. Da så vi i litteraturlista deres og fant noen artikler som de hadde brukt. Vi sjekket at disse artiklene var vitenskapelige før vi tok dem i bruk.

Lærebøker gir oversikt over innflytelsesrike forfattere og bøker, og de er et godt utgangspunkt for å gå videre i oppgaven. Tidsskrifter er populærvitenskapelige magasiner og fagtidsskrifter med fagredaksjoner som kvalitetssikrer stoffet. Tidsskriftene skal følge med i den løpende fagutviklingen og fange opp det nye. Artiklene fra tidsskriftene er ofte spesialiserte. Å søke i tidsskrifter gjør man i spesialiserte kataloger og baser (Stene 2003). Vi har søkt på tidsskrifter via bibliotekets sine databaser som ligger på hig.no.

Av databaser vi har brukt til å søke i, har vi brukt Academic Search Elite, Ovid Nursing, Cinahl, ProQuest. Se vedlegg 1, for et mer oversiktlig valg av søkeord og databaser. Der vil det også stå antall treff og kombinasjoner og hvor mange artikler vi valgte. I vedlegget har vi kun lagt ved de søkene vi har brukt av artikler i oppgaven, de andre søkene vi har gjort uten å bruke artiklene, har vi valgt å ikke legge ved da dette ble en veldig lang liste. I Ovid Nursing brukte vi advanced search metoden sånn at vi kunne korte ned antall treff.

I ProQuest var det vanskelig å korte ned funnene, selv om vi skrev 3 forskjellige søkeord og krysset av på Peer Reviewd, og endte derfor ofte opp med funn på over 1000, noe vi synes var mye.

Mange vitenskapelige tidsskrifter krever at artiklene skal være strukturert etter IMRaD-modellen. IMRaD står for Innledning, Metode, Resultater and/og Diskusjon (Reinar 2007).

3.6 Søkeord

Vi har brukt mange forskjellige søkeord, for å finne de rette artiklene. Vi har brukt søkeordene nutrition, weight loss, cancer, treatment, malnutrition, assessment, counseling, PG-SGA, SGA, chemotherapy, symptoms, interventions, side effects, nausea, vomiting, diarrhea, constipation, dietetic advice og emesis.

Vi har tatt utgangspunkt i sentrale deler av vår problemstilling og satt det opp i et PICO-skjema. Ved å sette det opp i PICO-skjema, har det vært lettere og mer oversiktlig å finne søkeord i databaser. Vi har funnet flere egnede søkeord for å gjøre søket så bredt som mulig.

Et systematisk litteratursøk begynner først bredt, for så å snevres inn. For å gjøre dette, benyttes logiske operatører eller boolske operatører. Operatørene som er mest brukt er AND, OR og NOT (Bjørk 2008). For å få bredde i søket har vi brukt operatøren OR. Vi skrev: cancer OR neoplasm, malnutrition OR weight loss. Vi brukte OR for å kombinere søkeordene som vi skrev i samme kolonne i PICO-skjema. Ved å bruke OR fikk vi svært mange treff. Vi brukte deretter AND for å snevre inn søket. Når vi brukte AND, inneholdt artikkelen begge søkeordene. Vi brukte ikke operatøren NOT mye, men noen ganger da vi ikke ville ha med palliative pasienter. Da skrev vi: “NOT palliative”. Operatøren NOT bør brukes med forsiktighet, da en kan gå glipp av verdifulle referanser (Bjørk 2008). Vi brukte og emneord som lå innebygd i de forskjellige databasene. Emneordene i de forskjellige databasene varierte.

3.7 Begrunnelse for valg av teori

Vi har basert teorien vår på det som har vært relevant for problemstillingen vi har valgt. Under letingen av vitenskapelige artikler fant vi mye stoff om kreft, ernæring og cytostatikabehandling. I mange av artiklene vi fant, var det fokus på kreftpasienter i en palliativ fase. Vi fant mye om tiltak sykepleiere kan gjøre i faglitteraturbøker, i bøker som kreftsykepleie og klinisk sykepleie. Vi fant også en del tiltak fra kreftforeningen.

Når det gjelder valg av teori har vi valgt for oss nyere pensum om kreft. Vi har valgt å bruke faglitteratur og forskningsartikler som ikke er eldre enn 2002.

3.8 Kildekritikk

Kildekritikk og kritisk granske om en kilde er sann, er viktig for at vår besvarelse skal være holdbar og gyldig (Dalland 2007).

Et annet kriterie man kan se etter er om det er forfattere som går igjen i litteraturen da dette kan være et tegn om at de er faglige autoriteter (Stene 2003).

Vi har funnet og lest gjennom en del artikler, men vi har bare valgt et fåtall av disse. Vi har funnet de artiklene som har passet godt til vår problemstilling og hensikt. I tillegg har vi valgt de artiklene som har fulgt våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.

I noen av artiklene har vi vært litt usikre på om artiklene har vært vitenskapelige eller ikke. Da har vi brukt IMRAD-modellen eller sett etter at det har stått original artikkel. Vi har også brukt norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å sjekke om tidsskriftene var vitenskapelige artikler. På alle tidsskriftene våre stod det at det var nummer 1 eller 2, noe som tyder på at det er vitenskapelige tidsskrifter.

NSD er en nettside som har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler (Database for statistikk om høgre utdanning 2012).

Bibsys Ask har vi også benyttet en del. I de studiene som var relevante, gikk vi gjennom referanselista og fant nye aktuelle artikler og forfatternavn som dannet grunnlag for flere nye søk.

3.9 Forskningsetiske overveielser

Vitenskapsrådet, har ifølge Forsberg og Wengström (2008) gitt ut retningslinjer på hvordan forskning skal være uten at plagiat og uærlighet skal oppstå. Juks og uærlighet innen forskning innebærer stjeling og plagiat av, feilaktig framstilling av forskningsprosessen, eller gjennom uærlighet mot

oppdragsgiver. Vi har vært nøye ved bruk av kildehenvisning og referanser gjennom skriveprosessen vår. Vi har prøvd å gjengi det forfatteren har skrevet så korrekt som mulig (Forsberg og Wengström 2008).

4 Resultater

I vår resultatdel har vi valgt å ta med én litteraturstudie, én systematisk oversikt, én tverrsnittsstudie, én case study, to randomiserte kontrollerte studier og én populasjonsstudie. I den systematiske oversiktsartikkelen blir ikke hver enkelt studie omtalt i vår oppgave. Vi har valgt å dele resultatene fra artiklene inn i temaer slik at det bli mer oversiktlig. Resultatene har ingen innslag av subjektive vurderinger. Det som står i resultatdelen er funn fra artiklene vi har valgt ut til vår oppgave. Artiklene har sammenheng med vår problemstilling og hensikt.

Tabell 1

Forfatter(e), tittel og tidsskrift	Hensikt og metode	Resultat	Kildekritikk
Elisabeth Isenring, Giordana Cross, Elizabeth Kellett and Bogda Kozwara Preliminary results of patient satisfaction with nutrition handouts versus dietetic consultation in oncology outpatients receiving chemotherapy Nutriron and dietetics Utgitt: Mar 2008 Vol. 65, Issue 1, s. 10- 15	Målet med denne studien var å vurdere pasientens tilfredshet med ernærings tiltak som får kjemoterapi og som har en ernæringsmessig risiko. Tverrsnittsstudie Det ble brukt et screening (MST) verktøy for å identifisere ernæringsmessig risiko 61 deltakere	20 deltakere hadde ernæringsmessig risiko og brukte spørreskjema, 18 fullførte spørreskjemaet. 7 hadde høy risiko og fikk diettmat 13 hadde moderat risiko og fikk ernæringsbrosjyrer. De som fikk ernæringsveiledning mente at dette var nyttig og pasientens tilfredshet var høy. Pasientene som fikk råd fra en kostholdseksperter rapporterte høyere tilfredshet enn de som fikk ernæringsbrosjyrer. Hele 89 % syntes at rådene fra kostholdseksperter var god. Fire av pasientene ønsket seg flere detaljer på spørreskjemaet. En pasient som følte at ernæringsressursene motsa de rådene pasienten hadde fått fra en kostholdseksperter	Artikkelen er relevant for vår oppgave da den handler om pasienter synes de får effekt av ernæringsveiledning eller om det og få brosjyrer er best. Siden vi skal bygge oppgaven vår opp ut i fra hvilke tiltak/veiledninger vi kan gi til pasienter er det viktig for vår oppgave å vite om det er nyttig å gi forskjellige tiltak til pasienter eller ikke. Det står ikke hvilke veiledninger som blir gitt. Artikkelen er bygd opp av IMRaD modellen og dette er noe vi har lagt vekt på i valget av artikler.
Elisabeth Insenring, Judy Bauer og Sandra Capra	Hensikten med denne studien var å observere effekten av intensiv kostholdstiltak på	Ifølge SGA var 37,5 % av pasientene godt ernært, og 62,5 % var underernærte, og av de	Artikkelen er bygd opp av IMRaD-modellen, noe som vi ser etter i

<p>The effect of intensive dietetic intervention on the nutritional status of hospitalised patients on chemotherapy</p> <p>Nutrition and dietetics</p> <p>Utgitt: Mars 2004 Vol. 61, issue. 1, s 46-49</p>	<p>ernæringsstatusen hos pasienter som ligger på sykehus og får kjemoterapi og bruker scoring fra PG-SGA</p> <p>16 pasienter som får kjemoterapi for kurativ hensikt, fordelt på menn og kvinner</p> <p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>Studien var en sekundær analyse av innsamlede data som en del av rutinemessig klinisk praksis. Prosessen av ernæringsvurdering var forklart og alle emner gav informert tillatelse før datasamling.</p> <p>En kostholdsekspert brukte SGA og scoringssystemet til PG-SGA under sin vurdering av pasientene. Hver pasient var klassifisert som enten godt ernært (SGA A), moderat eller mistanke om underernæring (SGA B) eller alvorlig underernært (SGA C). I tillegg ble en fullstendig kalkulasjon av poengene gitt etter PG-SGA. Kostholdsintervensjonen som ble gitt var veiledning av en kostholdsekspert og en ernæringsprotokoll med generell ernæringsveiledning.</p>	<p>underernærte var 37,5 % moderate underernærte eller mistenkt for å være underernærte og 25 % var alvorlig underernærte.</p> <p>Ifølge PG-SGA, SGA eller BMI var det ikke noen betydningsfull forskjell i ernæringsstatusen etter 2 uker på sykehus. Ifølge SGA hadde 62 % opprettholdt ernæringsstatusen sin, 19 % opplevde en forverring av ernæringsstatusen, mens 19 % hadde forbedret ernæringsstatusen. De tre pasientene som hadde en forverring av ernæringsstatusen ble flyttet fra SGA A til SGA B. Og de tre pasientene som hadde en forbedring av ernæringsstatusen ble flyttet fra SGA C til SGA B. Det var en betydelig lineær trend i endringen av PG-SGA for de pasientene forbedret eller opprettholdt ernæringsmessig status ifølge SGA</p>	<p>avgjørelsene av våre valg av artikler.</p> <p>Oppgaven er relevant for oppgaven vår da den handler om PG-SGA. Selv om den ikke beviser at intensiv kostholdsintervensjon ikke gir bedre ernæringsstatus, viser studien at PG-SGA er nyttig til å identifisere underernærte pasienter. Denne studien inneholder bare 16 deltakere, noe som kan gjøre at den er mindre troverdig. Pasientene får kurativ behandling, noe som også passer inn i vår oppgave.</p>
<p>Susan S. Moreland</p> <p>Nutrition Screening and Counseling in Adults With Lung Cancer: A Systematic Review of the Evidence</p> <p>Clinical Journal of Oncology Nursing</p> <p>Utgitt: Okt. 2010 Vol. 14, issue. 5, s 609-614</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å fremheve bevis på kostholds screening og rådgivning hos pasienter med lungekreft. Artikkelen skal hjelpe sykepleiere som jobber innen onkologi viktigheten av evaluering av ernæringsstatusen til pasienter med lungekreft som får kjemoterapi og nødvendigheten av rådgivning til pasienter og pårørende til hvordan de kan opprettholde ernæringsstatusen under behandling.</p>	<p>Studien viser at screening og rådgivning kan gi en betydelig fordel for pasientenes ernæringsstatus og forbedre livskvaliteten demmes. Sykepleiere skal alltid rapportere det de observerer for å kunne fremme omsorg gjennom evidensbasert praksis.</p>	<p>Artikkelen ser ikke ut som at det er en peer reviewed artikkel, og den har heller ikke IMRaD modellen, men ved søk på Cinahl så stod det at det var en peer reviewed.</p> <p>Artikkelen handler mye om lungekreft, men det star også en del om generell kreft, noe som gjør at den passer inn i vår oppgave. Artikkelen skriver om PG-SGA noe som vi er ute etter i vår</p>

	<p>Systematisk oversikt</p> <p>Forfatteren har gjort et systematisk søk i PubMed, Cinahl og CancerLit. Det ble brukt søkeord som lungekreft, ernæring og kjemoterapi. Bare voksne deltakere var inkludert. Det ble inkludert 111 artikler, men kun 12 ble inkludert i denne artikkelen.</p> <p>Artiklene ble vurdert med retningslinjer hos Johns Hopkins Nursing evidensbasert praksis. 1 artikkel var en randomisert kontrollert studie, 8 var nonexperimental eller kvalitative studier og 3 var skrevet av anerkjente eksperter</p>		oppgave.
<p>Ellen M. Stenling, og Monica W. Nortvedt</p> <p>Effekten av ernæringsveiledning til pasienter med kreft</p> <p>Sykepleien forskning</p> <p>Utgitt: 2011 Vol. 3, issue. 6, s. 222-228</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om ernæringsveiledning har innvirkning på næringsinntak, ernæringsstatus, symptomer og livskvalitet hos pasienter med kreft som får medikamentell behandling og/eller strålebehandling</p> <p>Litteraturstudie</p>	<p>Resultatene tyder på at ernæringsveiledning øker næringsinntaket, forbedrer ernæringsstatus og gir økt livskvalitet hos pasienter som mottar medikamentell og/eller strålebehandling mot mage-tarmkanalen og hode-halsregionen</p>	<p>Deltakerne i studien er begrenset til mage-tarmkanalen og hode-halsregionen. Vi har ikke begrenset oss til noen spesielle typer kreftformer, men velger å bruke denne studien. Dette er fordi den inneholder tiltak som bedrer ernæringsstatusen til kreftpasienter som mottar cytostatika eller strålebehandling. Denne litteraturstudien inneholder mange gode og vitenskapelige artikler.</p>
<p>Clare Dikken</p> <p>Benefits of using a chemotherapy symptom assessment scale</p> <p>Nursing times</p> <p>Utgitt: sep. 2003 Vol. 99, issue. 39, s.nr. 50 (11 ref)</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive hvordan innføringen av kartleggingsverktøyet C-SAS (Chemotherapy Symptom Assessment Sale) har forbedret sykepleieres forståelse for symptomene til pasientene som får kjemoterapi.</p> <p>Case study</p>	<p>Bruk av kartleggingsverktøy forbedrer effektiv kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.</p>	<p>Denne studien ser ikke så proff ut utseendemessig og den er ikke bygget opp etter IMRaD-modellen. Men den er fra et vitenskapelig tidsskrift, derfor velger vi å bruke den. Den inneholder hvordan sykepleiere kan kartlegge symptomene til pasienter som får kjemoterapi. Det står ikke direkte at symptomlindring av kjemoterapi har innvirkning på næringsinntaket.</p>

<p>J Bauer, S Capra og M Ferguson</p> <p>Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer</p> <p>European Journal of Clinical Nutrition</p> <p>Utgitt: 2002 Vol. 56, issue 8, s. 779–785</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere bruken av Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) som et verktøy til å kartlegge ernæringsstatusen hos pasienter med kreft på sykehus.</p> <p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>71 kreftpasienter sa ja til å delta i denne studien. Pasientene hadde forskjellige typer kreft, blant annet kreft i prostata, bryst, spiserør og lunge. Gjennomsnittsalder var 57,6. Spørreskjema.</p>	<p>Resultatet viste at PG-SGA verktøyet er nøyaktig i identifiseringen av de som er godt ernærte fra de som er underernærte. PG-SGA var i stand til å identifisere underernærte pasienter med 98 % sensitivitet.</p> <p>I studien var det 76% av kreftpasientene som var underernærte</p>	<p>Studien konkluderer frem til at PG-SGA er et enkelt verktøy som gir rask identifisering og prioritering av underernærte. For at ernæringsstatusen til kreftpasienter skal bli bedre, er det viktig å kartlegge hva som er problemet. Derfor er denne aktuell for vår oppgave. 71 pasienter deltar i denne studien, noe vi mener er et bra antall av deltakere. Studien er bygget opp etter IMRaD</p>
<p>Ursula G. Kyle, Michel P. Kossovsky, Veronique L. Karsegard, Claude Pichard,</p> <p>Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study</p> <p>Clinical Nutrition</p> <p>Utgitt: 2006 Vol. 25, issue. 3, s. 409–417</p>	<p>Hensikten med denne studien var å teste sensitiviteten og spesifiteten til kartleggingsverktøyene NRI (nutritional risk index), MUST (malnutrition universal screening tool) og NRS-2002 (nutritional risk screening tool 2002). Hensikten var også å sammenlikne disse verktøyene med SGA (subjective global assessment), og evaluere om ernæringsmessig risiko og liggetid på sykehus (LOS=length of hospital stay) har sammenheng.</p> <p>995 pasienter deltok i denne populasjonsstudien.</p>	<p>Resultatet viser at NRS-2002 var det verktøyet som hadde høyest sensitivitet og spesifisitet. Fordelen med NRS-2002, og MUST er at man trenger mindre tid til opplæring for å utføre undersøkelsen, sammenliknet med SGA. Studien kom også fram til at det er en sammenheng mellom høy ernæringsmessig risiko og antall liggedøgn på sykehus. Ernæringsmessig risiko og ernæringsstatus kan kartlegges og konstanteres ved hjelp av verktøyene NRS-2002, MUST og SGA.</p>	<p>Denne studien er både original artikkel, bygget opp etter IMRaD og fra et vitenskapelig tidsskrift. Studien inneholder kartleggingsverktøy for å identifisere underernærte på sykehus. Studien sikter ikke direkte til kreftpasienter, men generelt underernærte på sykehus. I og med at kreftpasienter har stor risiko for underernærte mener vi at denne studien er god for vår oppgave.</p>

4.1 Kartlegging

Det er flere artikler som skriver om bruk av kartleggingsverktøy for å kunne kartlegge kreftpasienters ernæringsstatus. I studiene til Bauer et al., Moreland og Isenring et al. blir det skrevet om PG-SGA. Disse forfatterne skriver at de bruker kartleggingsverktøyet PG-SGA til å kartlegge kreftpasienters ernæringsstatus. PG-SGA ble brukt for å vurdere om hvorvidt pasienten var

godt ernært, mistenkt for underernæring eller om pasienten var sterkt underernært. PG-SGA står for Subjektiv Global Assessment (Bauer 2002, Moreland 2010 og Isenring 2004).

Bauer et al. skriver at forekomsten av underernæring blant kreftpasienter er mellom 40 og 80 % (Bauer 2002). Mens Moreland skriver at ernæringsstatusen kommer til å fortsette å være en utfordring (Moreland 2010). Bauer et al. (2002) skriver også at konsekvensene av underernæring kan omfatte en økt risiko for komplikasjoner, redusert respons og toleranse for behandling, en lavere livskvalitet, redusert overlevelse og høyere helseutgifter. Som resultater av PG-SGA scoringa viser artikkelen til Bauer et al. (2002) at PG-SGA var nøyaktig på å indentifisere de pasientene som var godt ernærte og de som var underernærte. Sensitiviteten i denne studien var 98 %, og spesifisiteten i studien var 82 %. På grunnlag av dette resultatet ble det konkludert med at PG-SGA er et verktøy som er raskt, nyttig, gyldig og pålitelig for å identifisere kreftpasienter som er underernærte, og identifisere pasienters risiko for å bli underernærte (Bauer 2002 og Isenring 2004). Moreland (2010) skriver i tillegg at kartleggingsverktøy er viktig i forhold til pasientenes ernæringsstatus, og også i forhold til livskvaliteten til pasientene, at kartleggingsverktøyene kan gi en forbedret livskvalitet for de som har behov for det.

Kyle et al. (2006) sammenlignet ulike screeningverktøy i forhold til SGA. Hun sammenlignet NRS-2002 og MUST. SGA står for Subjective Global Assessment, NRS-2002 står for Nutrition Risk Screening 2002 og MUST står for Malnutrition Universal Screening Tool. Resultatene viser at screeningsverktøyene viste ganske likt i forhold til hvor mange som hadde høy eller ernæringsmessig risiko. Men de viste også noen forskjeller som at SGA viste at 39 % var underernærte, NRS-2002 viste at 28 % var underernærte og MUST viste at 37 % var underernærte.

Kyle et al. (2006) skriver at ikke alle kartleggingsverktøyene er tilstrekkelige for å kunne vurdere ernæringsmessig risiko fordi den ernæringsmessige risikoen avhenger av flere faktorer, som magre kropper, fettvevlager, protein

reserve, type og alvorlighetsgraden av sykdom. Ernæringskartleggingsverktøy prøver å inkludere objektive og subjektive kliniske parametre som er følsomme for disse endringene. De objektive kartleggingsverktøyene som inkluderer ernæringsmessig screening er MUST og NRS-2002. De inkluderer albumin og vekttap. NRS-2002 inkluderer i tillegg BMI. Kartleggingsverktøyene som viser endringer i matinntaket eller appetitten var SGA og NRS-2002. SGA evaluerer vekttap indirekte ved å inkludere en evaluering av matinntak, gastrointestinale symptomer og tap av muskel- og fettmasse. SGA er et klinisk vurderingsverktøy, NRS-2002 og MUST inneholder både objektive parametere og effekten på sykdom. Sykdom og behandling av effekter (SGA, MUST og NRS) gir en indikasjon på fremtidig potensiale ernæringsmessige problemer, fordi disse verktøyene gir informasjon om vekttap og funksjonsevne, de er bedre i stand til å identifisere høyrisikopasienter enn mennesket alene.

I artikkelen til Isenring et al. (2008) er det pasientenes synspunkter og tilbakemeldinger til kostholdsekspert som er i fokus. Pasienter og pårørende synes det er viktig å få råd av en kostholdsekspert om ernæringsmessige ressurser. For å kunne vurdere pasientenes tilfredshet med ernæringstiltakene ble det brukt et screeningsverktøy kalt MST som står for Malnutrition Screening Tool, hos pasienter som hadde en ernæringsmessig risiko og som ble behandlet med kjemoterapi. Det ble også utviklet en ernæringsbrosjyre av kostholdsekspert om hvordan pasientene kunne øke protein og ernæringsinntaket. MST var basert på appetitt og vekttap. De pasientene som hadde høy risiko for å bli underernærte ble henvist til en ernæringsfysiolog, mens de som ble identifisert for moderat risiko for å bli underernærte fikk ernæringsbrosjyrer. Isenring et al. (2008) skriver også at det var vanskelig å vurdere tilfredsheten på ernæringstjenester og at det ble anbefalt framtidige studier som kan undersøke disse problemene. Isenring et al. (2008) skriver at det er mange faktorer som påvirker tilfredsheten til pasientene, blant annet tidligere erfaringer, kulturell bakgrunn, holdninger til omsorg og kunnskap av tidligere tjenester. Derfor anbefales det andre studier som kan ta opp disse faktorene. I tabell 1 som ligger nederst på siden står det mer utfyllende om resultatene som blir funnet ut.

Dikken (2003) skriver i sin artikkel om et annet kartleggingsverktøy. Dette kartleggingsverktøyet heter C-SAS og kan forbedre sykepleierens forståelse for bivirkninger av kjemoterapi. C-SAS står for Chemotherapy Symptom Assessment Scale. Sykepleiere bruker stadig mer vurderingskriterier mens de tar vare på pasientene. Mange av disse formene er uformelle og ikke-systematiske, og ulempen med dette er at problemer kan bli oversett. Bruk av kartleggingsverktøy forbedrer effektiv kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, noe som resulterer i bedre vurdering av omfanget i forhold til opplevde symptomer. C-SAS måler forekomst og alvorlighetsgrad av symptomene, og også hvor ubehagelige de er for pasienten. Den skal også fokusere på etterfølgende kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell, i forhold til symptomer. Dikken (2003) kommer fram til i sin artikkel, at helsepersonell har en bedre forståelse av hva pasienter gjennomgår under behandling, og det gjør helsepersonell i stand til å gi dem mer nøyaktig informasjon ved starten av behandling av kjemoterapi og gi dem bedre støtte under behandlingen

4.2 Veiledning

Resultater fra litteraturstudien til Stenling et al. (2011) viser at individuell ernæringsveiledning til pasienter som får strålebehandling mot kreft i mage-tarmtraktus og hode-halsregionen gir økt næringsinntak, bedre ernæringsstatus, høyere livskvalitet og bedre symptomlindring. Ernæringsveiledning hadde bedre virkning enn næringstilskudd. Resultater fra studien indikerte at ernæringsveiledning gitt sammen med næringstilskudd gir best utfall for pasientene. Det har betydning med jevnlig og hyppig oppfølging hvis pasienten skal mestre å følge kostrådene. Det anbefales samtaler med sykepleier eller ernæringsfysiolog minst hver fjortende dag. Resultatene kan tyde på at også telefonkontakt mellom veiledningene av pasientene kan være gunstig. Studien viser at sykepleiere har en avgjørende rolle i å kartlegge og vurdere kreftpasientenes ernæringsstilstand (Stenling 2011). I studien til Moreland (2010) står det at rådgivning kan gi en betydelig fordel for kreftpasienter fordi det kan bedre demmes ernæringsstatus og livskvalitet.

5 Drøfting

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om hvilke tiltak vi som sykepleiere kan gjøre for å bedre kreftpasienters ernæringsstatus. Sykepleiere har et ansvar for at pasienter skal få en optimal ernæring. Ut i fra forskningsartikler, fagartikler og faglitteratur, har vi lest at kreftpasienter ofte er underernærte.

6000 sykepleiere i Norge, Sverige og Danmark deltok i en spørreundersøkelse i 2004 om kunnskap, holdninger, praksis, rutiner og ansvar for ernæring i sykehus. De norske sykepleierne kom dårligst ut i spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen viste at hovedårsaken til at dette ikke prioriteres, er mangel på retningslinjer og relevante hjelpemidler til å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko. Undersøkelsen viste at ernæringspraksis i norske sykehus ikke var tilfredsstillende i forhold til Europarådets anbefalinger (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009).

5.1 Kartlegging

Kartlegging av behov er en viktig del av sykepleieprosessen.

Sykepleietenkningen til Henderson kan brukes for å kartlegge. I Orems sykepleieteori skriver hun om at det er viktig å kartlegge når det gjelder inntak av mat og drikke. Hun skriver at det er viktig å kartlegge pasientens behov og ønsker og hva slags vaner pasienten er vant med. Man må også kartlegge hva pasienten eventuelt trenger hjelp til (Kristoffersen 2005).

I forbindelse med kartlegging av kreftpasienter har man behov for metoder som er lette å bruke. I tillegg bør de være raske å utføre og vurdere. Det er utviklet en del spørreskjemaer som skal kartlegge ernæringsstatusen til pasienter. Disse skjemaene kalles ofte for screeningsverktøy. Ved å bruke disse screeningsverktøyene kan man finne de pasientene som har mest nytte av behandlingen og man kan på den måten redusere risikoen eller symptomene

ved dårlig ernæringsstatus. Kartleggingsverktøyene bør inneholde spørsmål som kartlegger vektstatus, nylig vekttap og sannsynligheten for fremtidig vekttap. De bør også relatere vekttap til matinntak og alvorlighetsgraden av sykdommen. For at man fort kan sette i gang tiltak til pasientene bør screeningsverktøyene være knyttet til handlingsplaner (Bye 2010).

Det er viktig å ha fokus på pasientens ernæringstilstand i en tidlig fase av kreftsykdommen. Det anbefales å gjøre en systematisk vurdering av pasientens ernæringsstilstand. For å gjøre dette, kan man bruke vurderingsskjemaet PG-SGA (Lorentsen 2010). For å vurdere pasientens ernæringsrisiko, anbefaler Helsedirektoratet i tillegg kartleggingsverktøyene SGA, MNA, NRS-2002 og MUST. MNA står for Mini Nutritional Assessment, de andre forkortelsene har vi forklart tidligere i teksten (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009).

NRS-2002 er et kartleggingsverktøy som er anbefalt for bruk i sykehus. NRS-2002 kartlegger både ernæringsmessig risiko og grad av sykdomsmetabolisme. NRS-2002 er enkel å bruke og skiller raskt ut de pasientene som trenger utredning videre. MNA og MUST er anbefalt for å vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienter som er i spesialisthelsetjenesten (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009). I studien til Kyle et al. (2006) står det at NRS-2002 hadde høyere sensitivitet og spesifisitet verdi enn det MUST hadde. Studien viser at ernæringsmessig risiko eller status kan bestemmes ved NRS-2002, MUST og SGA. Fordelen med NRS-2002 og MUST er at de er mindre tidkrevende og man trenger mindre opplæring i disse enn SGA (Kyle 2006). I studiene til Bauer et al. (2002) og Isenring (2004) blir det konkludert med at PG-SGA er et verktøy som er raskt, nyttig, gyldig og pålitelig for å identifisere underernærte kreftpasienter på sykehus (Bauer 2002 og Isenring 2004). Helsedirektoratet anbefaler at SGA blir brukt i primærhelsetjenesten, men det står ikke noe om at den anbefales å brukes i spesialisthelsetjenesten (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009). PG-SGA er en videreføring av SGA og den er poengbasert (Bauer 2002). Vi har snakket med en sykepleier som har jobbet mye med kreft, hun hadde ikke hørt om PG-SGA eller SGA før.

Ifølge helsedirektoratet er en vurdering av ernæringsmessig risiko ikke tilstrekkelig for å forebygge og behandle underernæring. Det vil være behov for en ernæringsplan med tiltak og oppfølging. Mange faktorer må kartlegges og vurderes før en kan tilrettelegge ernæringsbehandlingen. Faktorene som må kartlegges og vurderes er blant annet ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeve, svelgevansker og evne til å spise selv (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009).

5.1.1 Sykepleierens rolle

Hva kan sykepleiere gjøre for at pasienter skal få bedre ernæringsstatus? Som sykepleiere er det viktig å kunne gi informasjon og gi gode råd til tiltak om ernæringsproblemer. Men før man kan gi råd om tiltak er det viktig at man kartlegger kreftpasienters ernæringsstatus.

Det er viktig å kartlegge hva som er pasientens behov før man setter i gang tiltak. Som skrevet tidligere i teksten (jf. punkt 2.1.1) er punkt 2 i Henderson sine grunnleggende behov relevant for vår oppgave. Under punktet “å spise og drikke tilstrekkelig” står det at sykepleieren må kartlegge hva pasienter liker av mat og drikke. Det er viktig å kartlegge pasientens vaner og ønsker i forhold til hva pasienten er vant med å spise og hva pasienten liker.

Ifølge Helsedirektoratet er det et hovedproblem i helsetjenesten at ernæring ikke blir nok vektlagt. I tillegg er det mange pasientgrupper som ikke får den kostbehandlingen de har behov for (Nasjonale retningslinjer for underernæring 2009).

5.2 Veiledning og undervisning

For å sørge for god ernæringsstatus hos kreftpasienter på sykehus mener vi at undervisning og veiledning vil være en sentral del av sykepleieoppgaven.

Sykepleieteoretikeren Dorothea Orem mener at det å undervise og veilede er konkrete hjelpemetoder som sykepleieren bruker for å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav. Det å “veilede og rettlede en annen” er en av Orem's hjelpemetode. Den går ut på at veiledning egner seg som hjelpemetode i situasjoner der pasienten må foreta valg eller følge en handlingsplan. Sykepleierens veiledning kan ha karakter av forslag, råd, anbefaling, instruksjon og tilsyn (Kristoffersen 2005). Vi kobler denne hjelpemetoden opp i mot kreftpasienten som skal foreta valg om hva han/hun skal spise. Vi har opplevd i praksis at kreftpasienter kan velge hva de vil spise til middag, såkalt ønskekost. I flere tilfeller har vi opplevd at pasientene er usikre på hva de skal velge til middag fordi “ingenting frister”, eller “alt smaker annerledes”. I slike situasjoner kan sykepleiere komme med råd og forslag til matretter. Proteinrik mat smaker ofte bittert og metallisk på grunn av smaksforandringer som oppstår etter cellegift eller strålebehandling. Proteinrik mat er derfor lettere å spise når den blir servert kald eller har romtemperatur (Lorentsen 2009). Sykepleieren kan da foreslå en rett som tilberedes kald, for eksempel omelett, fisk eller kylling.

Ifølge artikkelen til Stenling et al. (2011) tyder det på at individuell ernæringsveiledning til kreftpasienter som mottar strålebehandling gir økt næringsinntak, bedre ernæringsstatus, høyere livskvalitet og bedre symptomlindring. Studien til Moreland (2010) viser at veiledning kan gi en betydelig fordel for ernæringsstatusen og livskvaliteten til kreftpasienter.

I Rammeplan for sykepleierutdanning står det beskrevet de overordnede målene for hva en sykepleier skal ha kunnskap om etter endt utdanning. Det å ha kompetanse om veiledning og undervisning står sentralt i rammeplanen. Det står beskrevet at sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende (Kunnskapsdepartementet 2008).

5.2.1 Nødvendigheten av god kunnskap

En forutsetning for at sykepleiere skal undervise og veilede om kosthold til

kreftpasienter, er at sykepleiere har kunnskap om det hun eller han skal undervise og veilede i. I møtet med kreftpasienter som skal opprettholde god ernæringsstatus, bør sykepleieren ha kunnskap om selve kreftsykdommen og hva den gjør med kroppen, bivirkningen av behandlingen og ernæring. Det er også viktig at sykepleierne samarbeider med andre grupper, har tverrfaglig samarbeid, med leger og ernæringsfysiologer. Ved samarbeid med ernæringsfysiologer kan det være lurt at ernæringsfysiologene gir matkort til personalet, noe som kan lette arbeidet til sykepleierne.

Et viktig moment er at sykepleieren skal klare å formidle kunnskapen slik at pasienter forstår den. Det er heller ingen garanti for at pasienten er i stand til å ta imot og bearbeide informasjonen fra sykepleieren. For å kunne undervise og veilede pasienter om hvordan de kan opprettholde god ernæringsstatus, er det åpenlyst at god kommunikasjon er en viktig faktor.

Det er også viktig å tenke på at pasientene er forskjellig. De opplever bivirkningene forskjellig. Noe som gjør at man må ha individuelle behov. Det kan for eksempel være at man gir pasienten ønskekost ved dårlig matlyst, slik at pasienten selv kan få bestemme hva han/hun vil spise.

Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om næringsstoffene da maten vi spiser inneholder forskjellige næringsstoffer. Kroppen trenger proteiner, karbohydrater, fett, vitaminer og mineraler. Proteiner bygger opp og reparerer celler, og det finnes i fisk, kjøtt, melkeprodukter og nøtter. Vitaminer tar del ved nydannelse av vev og cellenes energifrigjøring, og finnes i stort sett det meste av det man spiser som frukt og grønt, fisk, kjøtt, kornprodukter og meieriprodukter (Ose 2010).

5.3 Tilrettelegging for god ernæringstiltak

Det er flere faktorer som kan påvirke matinntaket, blant annet psykososiale faktorer, funksjonsnivå, mat, medisinske faktorer og miljø. Under psykososiale

faktorer ligger dette med stress, uro, bekymring, depresjon, vaner og trivsel. Under funksjonsnivå ligger faktorer som munnmotorikk, svelgfunksjon, sittestilling og finmotorikk. Under mat ligger faktorer som utseende, lukt, smak, temperatur, antall måltider og porsjonsstørrelse. Under medisinske faktorer ligger sykdom, behandling og bivirkninger av medisiner og under miljø ligger faktorer som daglige rutiner, servering, spisehjelp, hygiene og informasjon (Wolden 2012).

Kjemoterapi og strålebehandling gir negative bivirkninger. Bivirkningene påvirker pasientens trivsel og livskvalitet. Det er dokumentert at helsepersonell undervurderer disse bivirkningene, både hyppigheten og antallet. Strukturerte symptomtiltak resulterer i at helsepersonell får en større bevissthet om pasientens opplevelse av bivirkningene, noe som muliggjør en mer nøyaktig og informert identifisering av problemene forbundet med symptomer. Problemene kan være målrettet for symptomlindring og dette kan forbedre pasientens resultat (Dikken 2003).

Isenring (2008) hevder at det er høy tilfredshet hos pasienter som er underernærte og få informasjon om ernæringstiltak (Isenring 2008). Dette kan oppfattes som at det å gi ernæringsveiledning eller informere om viktigheten av å få i seg tilstrekkelig med ernæring, og informere om viktige tiltak for å få bedre ernæringstiltak er viktig.

Som nevnt i punkt 4.1, viser bruk av et C-SAS skjema at det forbedrer sykepleierens forståelse for symptomene pasientene får under kjemoterapibehandling, og på den måten gi dem informasjon ved starten av behandlingen (Dikken 2003). Under våre praksisperioder har vi ikke opplevd at C-SAS skjemaet har vært brukt i praksis.

Som nevnt under punkt 2.1.2, var Nightingale opptatt av miljøet. Det er en viktig helsefremmende faktor. Som vi selv har lært og erfart i våre praksisperioder har hvordan det ser ut rundt pasienten mye å si for appetitten til pasienten. Hvis det lukter vondt eller det ligger en urinflaske på bordet maten skal stå på, så er ikke dette særlig appetittlig. Da er det viktig at vi som

sykepleiere ser disse faktorene som hemmer appetitten til pasienten og fjerner det fra rommet. Hvis man tenker på seg selv som pasienter, så hadde ikke vi syntes det er særlig appetittlig hvis det hadde stått en urinflaske på bordet og det hadde luktet rart.

Pasienten er i en situasjon der han/hun trenger å få mobilisert ressursene sine for og å kunne fremme helse. Og på grunn av dette er det viktig at vi som sykepleiere legger opp miljøet slik at det er lagt til rette slik at man får fram det helsefremmende og positive (Kristoffersen 2005).

I en studie gjort av Rowlands og Noble (2008) der pasienter med kreft ble spurt om hvordan miljøet virket inn på livskvaliteten sa flertallet av de fleste pasientene at det at rommene var rene, og at det var lyst og luftig og at det var mulig å se gjennom vinduet var betydningsfullt for dem. Det å komme i kontakt med naturen, enten ved å se ut eller ved å kunne sitte ute var betydningsfullt for opplevelsen av god livskvalitet.

Det vi også tenker er viktig for miljøet og viktig for appetitten er hvordan pasienten sitter. Det er viktig at pasienten har en behagelig sittestilling. Og det er viktig at pasienten får tak i all maten. Vi tenker at det er bedre med litt mat på tallerken enn mye, da pasienten heller kan få flere porsjoner og at det bidrar til mestringsfølelse.

Ifølge Henderson har sykepleieren 14 grunnleggende gjøremål som er knyttet til menneskelige grunnleggende behov, se punkt 2.1.1 (Kristoffersen 2005). Vi vil gå inn på de punktene som er nevnt under punkt 2.1.1 og nevne tiltak som er viktig for sykepleieren å informere pasienten om i forhold til pasientens ernærings situasjon. De 14 grunnleggende behovene som Henderson skriver om er det som kalles behovsteorier. Disse er en viktig betydning for at menneskets funksjon, helse og velvære kan opprettholdes. For at sykepleiere skal kunne forholde seg til pasientens grunnleggende behov, er utgangspunktet at behovene oppleves forskjellig fra person til person. Dermed må de også ivaretas forskjellig (Kristoffersen 2005).

Som skrevet under punkt 2.5.1 er kvalme, oppkast og brekninger de bivirkningene pasientene frykter mest (Lorentsen 2010). Det kan være lurt for pasientene at de ikke spiser det beste de vet fordi de da får dårlige assosiasjoner til dette. Pasientene vil føle seg bedre hvis de spiser små, hyppige måltider. Det kan være lettere å drikke kalde drikker framfor varme drikker. Det kan også være lurt at pasienter spiser tørket frukt, nøtter eller kjeks som mellommåltid. Det å ordne i stand maten slik at den ser fristende ut kan minske kvalmen. Pasienten bør drikke 1-2 liter daglig (Siggerud 2010). Det er godt med frisk luft når man er kvalm, og en kald klut på pannen er godt. Det er utfordrende med ernæringen til pasienter som får kjemoterapi. Man må følge vekten ukentlig, og det kan være nødvendig å måle væske og matinntak (Varre 2010).

I Hendersons sykepleietenkning punkt 2 som handler om å få fjernet kroppens avfallsstoffer utløser dette med inntak av mat og drikke reflekser i tarmen som stimulerer tarmtømmingen. Orem skriver også om kroppens avfallsstoffer i sin egenomsorgsteori. Under punktet om pasientens situasjon har Orem skrevet om tiltak knyttet til eliminasjon. Orem skriver at utskilling av kroppens avfallsstoffer påvirkes av vaner, alder og helsesvikt. Orem skriver at inntak av mat og drikker utløser reflekser som stimulerer tarmperistaltikken (Kristoffersen 2005). For pasienter som har problemer med tarmtømmingen, trenger de veiledning og tips til hva de kan gjøre for å bedre dette. Da er det viktig at vi som sykepleiere har nok kunnskaper om dette. Obstipasjon og diaré er også plager pasienten kan få av cytostatika- og strålebehandling, se punkt 2.5.3.

Ved diaré må pasienten informeres om at det er viktig å drikke, og pasienten bør unngå melkebasert mat, mye frukt, rå grønnsaker og grovt brød. Ved luft i tarmen kan fiberrik mat forverre disse plagene (Siggerud 2010 og Varre 2010). Bye skriver også at å spise litt før pasienten står opp om morgenen kan dempe kvalmen (Bye 2010). Det som er viktig ved diaré er å erstatte salt- og væsketapet ved hjelp av væsker som inneholder salter. Disse væskene kan for eksempel være farris eller te tilsatt salt og sukker. Hvis pasienten i tillegg har luft smerter er det lurt å kutte ut gassdannede grønnsaker som kål, bønner og løk (Bye 2010).

Ved obstipasjon er det viktig at pasienten drikker nok væske. Tørket frukt og syrnede melkeprodukter kan være nyttig. Svisker og fiken inneholder kostfiber som gjør tarminnholdet mykere og påvirker tarmperistaltikken, så det er viktig at pasienten får i seg dette. Men i tillegg er det også viktig at pasienten får i seg nok væske, hvis ikke virker økt kostfiber not sin hensikt da kostfiber binder vann. Andre matvarer som inneholder mye kostfiber er grovt brød, frokostblandinger, grønnsaker og frukt (Bye 2010).

Som skrevet tidligere, fører cytostatikabehandlingen ofte til store bivirkninger. Cytostatika virker på celler med rask delingshastighet. I slimhinnene er det rask celledeling, derfor blir disse cellene ofte påvirket av cytostatikabehandlingen (Lorentsen 2010). Som skrevet under punkt 2.5.2 gjør mucositt og xerostomi det vanskelig å svelge og fordøye maten. Det er en utfordrende oppgave for sykepleieren å opprettholde pasientens ernæringsstatus når munnen er sår. Det bør tilbys mat med mye fuktighet til pasienten. Ved xerostomi kan det være lurt at pasienten tygger tyggegummi eller suger på drops som stimulerer spyttsekresjonen (Varre 2010 og Bye 2010). Pasienter bør få findelt mat med mye saus, og pasienten kan drikke til hver bit han/hun tar. Ved mucositt er det lett å få ned kald mat, som for eksempel is. I tillegg til tyggegummi virker det å skylle munnen med isotont saltvann eller kunstig spytt mot xerostomi (Bye 2010).

Det er også vist at pasienter kan få lukteforandringer, noe som påvirker tilberedningen av maten. Flere pasienter har problemer med å forberede mat som de ikke kan lukte ordentlig (Bernhardson 2009). For å løse dette problemet kan sykepleieren eller nærmeste pårørende hjelpe til med å forberede maten. Dette gjør matforberedningen både sosialt og koselig.

Smaksforandringer har også vist seg å være et problem. Det har blitt beskrevet i artikkelen til Bernhardson et al. Det er forskjell fra pasient til pasient hva slags smaksforandringer de får. Noen unngår søtsaker, noen spiser mer søtsaker, noen unngår salt, mens andre vil ha masse salt i maten. Det har blitt undersøkt at også noen pasienter forandrer rutinene de har i forhold til det med

å servere mat. For eksempel det med at noen bare spiser kald mat, noen dekker på bordet annerledes mens andre igjen synes det var viktig å fortsette familierutinene (Bernhardson 2009). I tilfeller der pasientene har en økt sensitivitet for bitter, salt eller søt smak, kan det være aktuelt å spise fisk, kylling, egg, melk, nøtter, ost eller bønner i stede for for eksempel rødt kjøtt da dette ofte smaker veldig bittert. I tilfeller der pasienten helt har mistet smakssansen kan det være lurt å gi mat som ser godt ut stimulerer til øking av matlysten, slik som godt med farger i maten (Bye 2010).

En artikkel av Bernhardson et al. (2009) skriver at lukt- og smaksforandringer også påvirker livskvaliteten og dagliglivet til pasientene. Det har blitt rapportert at mye ubehag og høy innvirkning på dagliglivet er oftere hos kvinner med barn under 18 år. Disse pasientene rapporterte også kvalme, oppkast, orale problemer, nedstemthet/depresjon og lite appetitt. Pasienter som har lite ubehag og lav innvirkning på dagliglivet ofte er pasienter som bare bor med voknse og disse pasientene rapporterte sjelden symptomer som kvalme, nedstemthet/depresjon og nedsatt appetitt. Det ble ikke funnet forskjeller i vektendringen blant disse pasientene.

5.4 Metodiske overveielser

Det som er bra med oppgaven er at vi har tatt et valgt tema som er aktuelt i samfunnet i dag, og funnet ut at det må bedre tiltak til, for at kreftpasienter skal bli godt nok ernærte. God ernæringsstatus til kreftpasienter er et omfattende tema. Alle pasienter har individuelle behov, og det er vanskelig å finne et fasitsvar på hvordan man skal gå frem for å sikre at kreftpasienter skal opprettholde god ernæringsstatus.

I våre praksisperioder har vi fått erfaring med kreftpasienter og deres ernæringsstatus. Vi har observert, og sitter igjen med et inntrykk av at det er kreftpasienter på alle typer avdelinger. Vi mener at ernæringsstatusen ofte blir nedprioritert, i de avdelingene vi har vært på. Men dette blir kanskje mer

prioritert på en kreftavdeling? Vi har ikke hatt praksis på en kreftavdeling, og vet ikke hvordan ernæringsstatusen blir fulgt opp der. Vi tenkte på å hospitere noen dager på en kreftavdeling og burde kanskje gjort det, men valgte å ikke gjøre det da vi ville prioritere tid til oppgaven i stede.

Kartleggingsverktøyene har vi ikke sett blitt brukt i praksis. Men vi har snakket med en sykepleier, som har jobbet en del med kreftsyke barn, hun sier at de har brukt verktøyet NRS-2002 for å kartlegge risikoen for underernæringen. Siden vi ikke har fått sett kartleggingsverktøyene blitt brukt i praksis, har det vært vanskelig å drøfte bruken av disse ut i fra erfaring. Vi har derfor drøftet det opp i mot annen faglitteratur.

I starten bestemte vi oss for å bare skrive om cytostatika, og ikke strålebehandling fordi vi tenkte at det ville bli for mye. Etter at vi hadde funnet artiklene våre, fant vi allikevel ut av vi kunne ta med strålebehandling i oppgaven. I og med at vi har om kurativ behandling er det stor sannsynlighet at pasientene også får strålebehandling, da cytostatika ofte gis i kombinasjon med strålebehandling. Vi fant en artikkel som inneholdt strålebehandling, og vi fant ut de siste ukene som var igjen av oppgaveskrivingen at dette ble naturlig å inkludere. I og med at vi kom på å ta med strålebehandling sent, brukte vi ikke strålebehandling som søkeord da vi søkte i databasene. Derfor kan det hende at vi har gått glipp av noen artikler som inneholder strålebehandling, som kan være relevante. Vi kunne ha brukt flere kombinasjonsord, for eksempel Chemotherapy OR Radiotherapy for å få enda mer bredde i søket, og flere artikler som omhandler strålebehandling.

Påliteligheten av artiklene vi har funnet mener vi er veldig pålitelige da vi har brukt mye tid på å søke og lese gjennom artiklene, og av denne grunn mener vi at vi har funnet de mest pålitelige og beste artiklene. Vi har også brukt NSD for å sjekke at artiklene vi har valgt ut er fra et vitenskapelig tidsskrift, noe alle var.

6 Konklusjon

Ut i fra vitenskapelige artikler, faglitteratur, og egen praksis sitter vi igjen med et bilde av at underernæring er et stort problem i dag. Kreftpasienter er en pasientgruppe som er svært utsatt, da de ofte mister matlysten på grunn av behandling og selve kreftsykdommen. Når vi tenker over funnene fra de vitenskapelige artiklene vi har funnet og sykehuspraksis vi har vært i, er det lite vi kjenner oss igjen i. Vi har ikke sett noen av kartleggingsverktøyene blitt tatt i bruk, vi har heller ikke hørt om dem. Mye av grunnen til dette kan være at det er tidkrevende å lære seg å bruke. Vi synes dette med kartleggingsverktøy bør undersøkes nærmere. Vi har forstått at det er viktig med bruk av kartleggingsverktøy, for å lettere kunne vurdere ernæringsmessig risiko hos kreftpasienter.

Som svar på vår problemstilling som er følgende: “hvordan kan pasienter som er under kurativ behandling for kreft opprettholde god ernæringsstatus?” er det flere viktige ting som må gjøres for å kunne forbedre kreftpasienters ernæringsstatus. Man må kartlegge, undervise og veilede og man må tilrettelegge og fortelle om viktige tiltak som kan hjelpe med bedre ernæringsstatus. Det kan være at sykepleiere trenger mer opplæring bruk av kartleggingsverktøy i praksis for og lettere kunne identifisere kreftpasienter som er underernærte. I forhold til dette med undervisning og veiledning er det viktig å ha kunnskap i det man skal undervise og veilede i. I tilrettelegging, må man se på flere faktorer som påvirker matinntaket. Det er viktig å undervise og veilede pasientene om tiltak som kan bedre de individuelle utfordringene pasientene har, slik at god ernæringsstatus kan opprettholdes.

Forslag til nyere forskning kan være en intervensjonsstudie der man undersøker om underernæring kan reduseres ved bruk av kartleggingsverktøy. Det hadde også vært interessant og undersøkt hva som skal til for at sykepleiere tar i bruk kartleggingsverktøyene.

7 Etterord

I arbeidet med bacheloroppgaven, fant vi tidlig ut hvilket tema vi ville skrive om. Begge foreslo ernæring som vi hadde tenkt på. Så diskuterte vi litt om hvordan vi ville vinkle inn ernæringen. Vi snakket om kreft og overvekt men fant fort ut at vi ville skrive om kreft, da vi synes dette var mer interessant. Vi har i våre praksisperioder møtt pasienter med kreft og sett at det har vært lite fokus på ernæringsstatusen deres. Vi ville derfor tilegne oss mer kunnskap på dette området.

I arbeidet med oppgaven har vi erfart at ernæring hos kreftpasienter er et stort tema. Pasientene har individuelle behov og man må derfor tenke på hver enkelt pasient og legge opp tiltak etter hvilke behov pasienten har.

Vi har brukt en del tid på å søke i databaser og lese igjennom artikler. I begynnelsen synes vi det hørtes mye ut å finne 5-10 artikler. Men i løpet av prosessen fant vi en del artikler, og hadde mange å velge mellom. Vi har fått god erfaring i det å søke i forskjellige databaser, og er glad for at det var et krav om å ha så "mange" vitenskapelige artikler med i oppgaven. Dette er noe som vi skal ta med oss videre ut i arbeid. Vi har sett lite bruk av søk i databaser i praksis, så det er derfor en gyllen mulighet for oss til å bringe dette videre.

I løpet av prosessen har vi jobbet jevnt og trutt til faste tider. Vi har fulgt vår framdriftsplan, noe som har gjort at vi ikke har stresset mot slutten. Vi har jobbet godt med oppgaven på dagen og har derfor tatt oss tid til fritidsaktiviteter som trening og venner på kveldene. Dette har gitt oss en fin avveksling slik at vi har vært klare til å stå på neste dag.

Vi har samarbeidet bra gjennom hele oppgaven og synes at det å være to har vært en passe stor gruppe. I starten satt vi litt for oss selv, men vi har stort sett sittet å jobbet sammen, da vi fant ut at dette har gjort arbeidet lettere.

Fra skolen sin side er vi fornøyd med vår veileder og oppnentskap/respondentskap. Av veileder fikk vi mange gode tips, og gode

tilbakemeldinger på det vi allerede hadde gjort. Dette førte til at vi fikk god selvtillit og mot til å jobbe videre og stå på. Oppponentskapet/respondentskapet ga oss mange gode tips slik at vi fikk en god start på oppgaven.

8 Litteraturliste

Bauer, J., Capra S. og Ferguson, M.(2002) Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. I: *European Journal of Clinical Nutrition*, 56 (8), s 779-785

Bernhardson, B-M., Tishelman, C. og Rutquist, L. E (2009) Taste and Smell Changes in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. I: *Cancer Nursing*, 32(1), s. 45-54

Bjørge, S (2010) Kvalme og kvalmebehandling. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s.186-193

Bjørk, I. T. og Solhaug, M (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS

Bye, A. (2010) Ernæring. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 214-234

Dahl, O., Lehne, G., Baksaas, I., Kvaløy, S. og Christoffersen, T (2009) Medikamentell kreftbehandling. I: Dahl, O (red.). *Medikamentell kreftbehandling, cytostatikaboken*. Oslo: Farmakologisk institutt, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, s. 38-45.

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

Database for statistikk om høgre utdanning (2012) *Publiseringkanaler* [Online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (20.04.2012)

Dikken, C (2003). Benefits of using a chemotherapy symptom assessment scale. I: *Nursing Times*, 99(39), s 50

Finne-Grønn, L. og Dagestad, A. W. (2010) Sykepleie ved blodsykdommer. I: Almås, H. Stubberud, D.G. og Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 455-474

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utgave. Stockholm, Natur og Kultur

Henderson, V. A. (1998) Utviklingen av et personlig begrep. I: Henderson, V. A. (red.) *Sykepleierens natur - refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget AS 1998

Høgskolen i Gjøvik (2011). *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL: http://www.hig.no/helse/sykepleie/forskning/kvalitet_i_sykepleie (14.03.12)

Høines, Ø. og Meløy, J. G. (2011) *Kreft i Norge – tall og fakta*. [Online]. Trine M. Paulsen. URL: <http://ndla.no/nb/node/20840> (29.03.12)

Ikdahl, T., Helseth, E. og Smeland, S (2009) Ernæring til kreftpasienter. Dahl, O (red.). *Medikamentell kreftbehandling, cytostatikaboken*. Oslo: Farmakologisk institutt, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo, s. 144-153

Isenring, E., Cross, G., Kellett, E., og Kozwara, B (2008) Preliminary results of patient satisfaction with nutrition handouts versus dietetic consultation in oncology outpatients receiving chemotherapy. I: *Nutrition and dietetics*, 65(1), s 10-15

Isenring, E., Bauer, J. og Capra, S (2004) The effect of intensive dietetic intervention on the nutritional status of hospitalised patients on chemotherapy. I: *Nutrition and dietetics*, 61(1), s 46-49

Jacobsen, Kari D. (2011) *Cellegift*. 8. opplag. Haslum Grafisk AS

Karoliussen, Mette (2011) Pasientens ytre miljø. I: *Nightingales arv – ny forståelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 13-99

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 206-266

Kunnskapsdepartementet (2008) Rammeplan for sykepleierutdanning [online]. URL: http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl_eierutdanning_08.pdf (25.04.12)

Kyle, U. G., Kossovsky, M. P. Karsegaard, V. L. og Pichard, C (2006) Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study. I: *Clinical Nutrition* 25(3), s. 409–417

Lehne, G., Melien, Ø., Aas, N. og Mella, O (2009) Kvalme og oppkast ved cytostatikabehandling. I: Dahl, O (red.). *Medikamentell kreftbehandling, cytostatikaboken*. Oslo: Farmakologisk institutt, Fakultetsdivisjon Rikshospitalet, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo, s. 119-130.

Lorentsen, V. B og Grov, E. K (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H. Stubberud, D.G. og Grønseth, R (red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 401-437.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon (2010) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet, trykk Grefslie

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

Nome, O. (2010) Generell onkologi. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 367-398

Norsk sykepleieforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler, side 6. Oslo, norsk sykepleieforbund

Moreland, S. S (2010) Nutrition Screening and Counseling in Adults With Lung Cancer: A Systematic Review of the Evidence. I: *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), s 609-614

Orem, Dorothea (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book

Ose, T. (2010). *Kostråd til kreftpasienter*. 4. opplag. Oslo: Nordby Grafisk AS

Reinar, L. M. og Kornør, H. (2007). Skriv en artikkel - publisering i vitenskapelige artikler. I: *Sykepleien forskning*, 1(1), s. 62-63

Ribu, L. (2010) Livskvalitet. I: Reitan, A. M. og Schjøberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 48-61

Rowlands, J. og Noble, S. (2008) How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. I: *Palliative Medicine*, 22(6), s. 768-774

Rustad, L. J. og Borenstein, E. (2010) Sykepleieutfordringer ved kreft i fordøyelsesorganene. I: Reitan, A. M. og Schjøberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 479-486

Schjøberg, T. K (2010) Forebygging av kreft. I: Reitan, A. M. og Schjøberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 35-47

Siggerud, M. A. (2010) Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I: Reitan, A. M. og Schjøberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 150-160

Slørdal, Lars (2009) Cytostatika. I: Kåresen, R. og Wist, E. (red.). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s 87-95.

Slørdal, L. (2008) Legemidler ved kreftsykdommer. I: Nordeng, H. og Spigset, O. (red.).

Legemidler og bruken av dem. Oslo: Gyldendal Akademisk, s 157-166

Stene, M. (2003) *Vitenskapelig forfatterskap - hvordan lykkes med skriftlige studentoppgaver.*

Oslo: KOLLE forlag

Stenling, E, M. og Nortvedt, M.W. (2011) Effekten av ernæringsveiledning til pasienter med kreft. I: *Sykepleien forskning*, 3 (6), s 222-228

Tretli, S. (2009). Forekomst av kreft, I: Kåresen, R. og Wist, E.(red.). *Kreftsykdommer-en basisbok for helsepersonell.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Varre, P. (2010) Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I: Reitan, A. M. og Schjøllberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling.* Oslo: Akribe AS, s. 161-172

Wolden, M. (2012) *Kreftsykepleie. Mat for syke.* Oslo: Sykepleien, color print A/S

9 Vedlegg 1

Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Antall valgte artikler
PG-SGA	Cinahl		19	2
Chemotherapy symptom, Nursing assessment	Cinahl	And	7	1
Nutrition counseling Cancer Chemotherapy	Cinahl	And	5	1
Dietetic advice Malnutrition Cancer	Academic Search Elite	And	3	1

Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study – denne fant vi brukt i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Effekten av ernæringsveiledning til pasienter med kreft – denne fant vi på sykepleien.no. Vi søkte på kreft og ernæring.