



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Ernæring ved kreft i hode og nakkeregionen

Nutrition for cancer in the head and neck region

Kandidatnummer: 10163

Antall ord: 7881

Sammendrag

Tittel: Ernæring ved kreft i hode og nakkeregionen.

Hensikt: Undersøke hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med kreft i hode og nakkeregionen får god ernæringsstatus under og etter behandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til god ernæringsstatus hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen?

Metode: Litteraturstudie som baserer seg på ni forskningsartikler og relevant pensum- og faglitteratur.

Resultat: Dårlig oppfølging, dårlig psykisk helse og plager knyttet til sykdommen eller behandlingen er risikofaktorer for underernæring. Ernæringsveiledning, enteral ernæring, god symptomlindring og samtale med fokus på psykisk helse er forebyggende og behandlende tiltak som er aktuelle.

Konklusjon: Oppfølging av pasientene, fokus på psykisk helse og lindring av plager knyttet til sykdommen eller behandlingen er viktig for sykepleier, for å bedre pasientenes ernæringsstatus. Tiltakene må tilpasses hver enkelt pasient for at de skal være mest mulig effektive.

Nøkkelord: Sykepleier, kreft i hode og nakkeregionen, ernæringsstatus, sykehus

Abstract

Title: Nutrition for cancer in the head and neck region.

Purpose: Investigate how nurses can help patients with head and neck cancer get good nutritional status during and after treatment.

Issue: How can nurses contribute to good nutritional status in patients with head and neck cancer?

Method: Literature study based on nine research articles and relevant curriculum and professional literature.

Results: Poor follow-up, poor mental health and illness or treatment problems are risk factors for malnutrition. Nutrition counseling, enteral nutrition, good symptom relief and conversations with focus on mental health are relevant preventative and therapeutic measures.

Conclusion: Follow-up of patients, focus on mental health and management of symptoms related to the disease or treatment is important for the nurses, in order to improve the patients' nutritional status.

Keywords: Nurse, head and neck cancer, nutritional status, hospital

Innhold

1.	Innledning.....	6
1.1.	Introduksjon tema.....	6
1.2.	Bakgrunn valgt tema	6
1.3.	Definisjon av problemstillingens sentrale begrep.....	6
1.3.1.	God ernæringsstatus	6
1.3.2.	Kreft i hode og nakkeregionen	6
1.4.	Avgrensning og presisering av problemstilling	7
1.5.	Oppgavens kapitler.....	7
2.	Metode	8
2.1.	Valgt metode.....	8
2.2.	Søkehistorikk med søketabell.....	8
2.3.	Valgt litteratur	11
2.4.	Kildekritikk.....	12
3.	Empiri	13
3.1.	Artikkelmatrise	13
3.2.	Sammenfattet empiri.....	22
4.	Teori	24
4.1.	Begrep eller teori som beskriver pasientgruppens situasjon.....	24
4.1.1.	Ernæring til pasienter med kreft i hode og nakkeregionen	24
4.1.2.	Bivirkninger knyttet til behandling som gir ernæringsvansker	24
4.1.3.	Behandling av symptomer som påvirker ernærings situasjonen.....	25
4.2.	Begrep eller teori som belyser sykepleiefaget i oppgaven.....	26
4.2.1.	Virginia Henderson.....	26
4.2.2.	Sykepleiefunksjonen	26
4.2.3.	Sykepleierens pedagogiske funksjon	27
4.2.4.	God helse som noe annet enn fravær av sykdom	27
5.	Diskusjon	29
5.1.	Innledning.....	29
5.2.	Drøfting	29
5.2.1.	Oppfølging av ernæring	29
5.2.2.	Psykologiske innvirkninger på ernæringen.....	32
5.2.3.	Lindring av bivirkninger	33
6.	Konklusjon	36
	Referanser.....	37

Tabeller

Tabell 1 Søketablell	8
Tabell 2 Artikkelmatrise.....	13

1. Innledning

1.1. Introduksjon tema

Som sykepleierstudent i praksis ved avdeling for øre, nese og hals fikk jeg øynene opp for et helt spesielt problemområde. Mange av de innlagte hadde kreft i hode og nakkeregionen, og for disse pasientene var det spesielt viktig å ha fokus på ernæring. Både sykepleiefaglig for å unngå ernæringsproblematikk, og for pasienten selv som opplever utfordringer i forbindelse med å innta føde. I praksis fikk jeg derfor se mange av de utfordringene en kreftdiagnose i dette området kan gi. De fleste med en kreftdiagnose som var innlagt på denne avdelingen var der grunnet smerte- og ernæringsproblematikk. En god del måtte også få enteral eller parenteral ernæring – ernæring via sonde eller intravenøst – fordi den perorale ernæringen ikke var tilstrekkelig.

1.2. Bakgrunn valgt tema

Hvert år diagnostiseres mellom 700-800 personer i Norge med kreft i hode og nakkeregionen. Dette utgjør omtrent 2,5% av alle krefttilfeller. Det er samlet sett et fåtall av krefttilfellene i Norge (Evensen, 2018). Pasienter med kreft i dette området har en spesiell utfordring, nemlig skader eller forandringer på grunn av behandlingen de gjennomgår eller grunnet sykdommen i seg selv. Dette kan for eksempel være strålingskader, skader etter kirurgiske inngrep eller at kreftceller har vokst seg inn i forskjellige strukturer (Siggerud, 2017). Disse skadene og forandringene kan gjøre ernæringssituasjonen spesielt utfordrende, og bør være i fokus hos sykepleiere som møter denne pasientgruppen.

1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

1.3.1. God ernæringsstatus

God ernæringsstatus handler i dette tilfellet om at pasientens inntak dekker kroppens behov for energi og næringsstoffer, og dermed hindrer underernæring. Dersom behovet ikke dekkes snakker vi om feil- eller underernæring (Bye, 2017).

1.3.2. Kreft i hode og nakkeregionen

Kreft i hode og nakkeregionen kan også beskrives som kreft i øre-, nese- og halsregionen. Kreften oppstår ofte i munnhule, svelg, leppe, strupehode, nese, bihuler og spyttkjertler (Amdal & Bjordal, 2017). Jeg ønsker å presisere at jeg i denne oppgaven også har inkludert kreft i øsofagus, da studier ofte inkluderer denne som kreft i hode og nakkeregionen.

1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling

Med bakgrunn i overnevnte kapitler har jeg kommet fram til følgende problemstilling: *"Hvordan kan sykepleier bidra til god ernæringsstatus hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen?"*

I denne oppgaven velger jeg å fokusere på sykepleie som blir gjort når pasienten er innlagt på sykehus. På grunn av relevans for oppgaven kommer jeg i drøftingen inn på tiltak knyttet til hjemreise og hjemmesituasjon, men fordi fokuset ligger på tiltak knyttet til sykepleie på sykehus vil dette kun belyses kort.

Oppgaven omhandler pasienter fra de blir diagnostisert med kreft i hode og nakkeregionen, og fram til en tid etter de har avsluttet behandlingen. Jeg har avgrenset pasientgruppen til å gjelde voksne pasienter over 18 år.

1.5. Oppgavens kapitler

Denne oppgaven består av en metodedel, empiri, teori, diskusjon og konklusjon.

I metodekapittelet presenteres metoden som er valgt for oppgaven, søkehistorikk med tilhørende søketabell, valgt litteratur og til slutt kildekritikk. I empirikapitlet presenteres artikkelmatrisen, før empirien til slutt sammenfattes. Teorikapitlet består av relevant teori om pasientgruppens situasjon, og teori som belyser sykepleiefaget, blant annet ulike sykepleieteorier. Diskusjonskapitlet består av en innledning, før drøftingen deles opp i underkapitler som belyser ulike sider av sykepleiers rolle og tiltak. Oppgaven avsluttes med at de nevnte kapitlene samles og kommer fram til en konklusjon hvor problemstillingen besvares, og det vises til konsekvenser for sykepleiefaget.

2. Metode

2.1. Valgt metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie bygger på kunnskap som allerede er kjent, det kan for eksempel være data fra eksisterende teori, fagkunnskap eller forskning (Dalland, 2017). Det vil si at jeg i denne oppgaven forsøker å finne svar på min problemstilling ved å bruke tidligere forskning og teori innenfor mitt temaområde. Denne kunnskapen skal jeg deretter bruke for å drøfte og finne svar på min problemstilling.

2.2. Søkehistorikk med søketabell

For å finne forskning til oppgaven brukte jeg forskjellige databaser. Jeg gjorde søk i både Cinahl, SveMed+, Pubmed og Medline, som er anerkjente databaser, og dermed sikrer at kildene er pålitelige. Kriteriene jeg hadde var at det skulle finnes fulltekst og at de var publisert i løpet av de ti siste årene. Forskingen skulle også være fagfellevurdert som betyr at uavhengige fagpersoner har vurdert at den holder vitenskapelig standard (Dalland, 2017).

Jeg har i søketabellen valgt å kun vise de søkeordene hvor jeg fant de valgte artiklene. Andre søkeord som ble brukt, men som ikke ga noen relevante artikler var "dietary counseling", "nutritional counseling", "malnutrition", "weight loss", "nutritional intervention" og "nursing".

For å forsøke å finne skandinaviske artikler forsøkte jeg å søke på SveMed+, men dette ga ingen relevante treff. Heller ikke Medline ga treff som var relevante for min oppgave, og de valgte artiklene er derfor hentet fra Cinahl og Pubmed.

Tabell 1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	15.04.20	S1	(MH "Head and Neck Neoplasms")	Full text, 2010-2020, english language, Peer Reviewed	11300	
		S2	(MH "Nutritional Status")	Full text, 2010-2020, english language, Peer Reviewed	4305	

		S3	S1 + S2		73	A (Brown, Ross, Jones, Hughes & Banks, 2014), B (Silander, Jacobsson, Bertéus-Forslund & Hammerlid, 2013), C (Soria et al., 2017)
		S4	(MH "Oncologic Nursing+")		17806	
		S5	S1 + S4		66	D (Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014)
		S6	(MH "Pain Management") OR (MH "Symptoms+")	Full text, 2010-2020, english language, Peer Reviewed	4316	
		S7	S1 + S6		46	E (Atasoy, Bektaş Kayhan, Demirel & Akdeniz, 2020)
Pubmed	15.04.20	S1	Oncologic Nursing	Free full text, randomized controlled trial, 2010-2020, dansk, engelsk, svensk, norsk, MEDLINE, nursing journals, Adult: 19-	152	

				44 years, Middle aged: 45- 64 years		
		S2	Head and Neck Neoplasms	Free full text, randomized controlled trial, 2010- 2020, dansk, engelsk, svensk, norsk, MEDLINE, nursing journals, Adult: 19- 44 years, Middle aged: 45- 64 years	584	
		S3	S1 + S2		8	F (Shi et al., 2015), G (Xu et al., 2015)
		S4	Nutritional Support	Free full text, randomized controlled trial, 2010- 2020, dansk, engelsk, svensk, norsk, MEDLINE, nursing journals, Adult: 19- 44 years, Middle aged: 45- 64 years	1194	
		S5	S2 + S4		33	G (Xu et al., 2015), H (Brown et al., 2017),

						I (Cong et al., 2015)
Inkluderte artikler:						
A. Brown, T., Ross, L., Jones, L., Hughes, B. & Banks, M. (2014). Nutrition outcomes following implementation of validated swallowing and nutrition guidelines for patients with head and neck cancer. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 22(9), 2381-2391.						
B. Silander, E., Jacobsson, I., Bertéus-Forslund, H. & Hammerlid, E. (2013). Energy intake and sources of nutritional support in patients with head and neck cancer-a randomised longitudinal study. <i>European Journal of Clinical Nutrition</i> , 67(1), 47-52.						
C. Soria, A., Santacruz, E., Vega-Piñero, B., Gión, M., Molina, J., Villamayor, M., Vega-Piñero, B. (2017). Gastrostomy vs nasogastric tube feeding in patients with head and neck cancer during radiotherapy alone or combined chemoradiotherapy. <i>Nutricion Hospitalaria</i> , 34(3), 512-516.						
D. Kartın, P. T., Tasci, S., Soyuer, S. & Elmali, F. (2014). Effect of an Oral Mucositis Protocol on Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiation Therapy. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 18(6), E118-125.						
E. Atasoy, B. M., Bektaş Kayhan, K., Demirel, B. & Akdeniz, E. (2020). Mucositis-Induced Pain due to Barrier Dysfunction may have a Direct Effect on Nutritional Status and Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiotherapy. <i>Turkish Journal of Oncology / Türk Onkoloji Dergisi</i> , 35(1), 40-46.						
F. Shi, R. C., Meng, A. F., Zhou, W. L., Yu, X. Y., Huang, X. E., Ji, A. J. & Chen, L. (2015). Effects of Home Nursing Intervention on the Quality of Life of Patients with Nasopharyngeal Carcinoma after Radiotherapy and Chemotherapy. <i>Asian Pac J Cancer Prev</i> , 16(16), 7117-7121.						
G. Xu, Y. J., Cheng, J. C., Lee, J. M., Huang, P. M., Huang, G. H. & Chen, C. C. (2015). A Walk-and-Eat Intervention Improves Outcomes for Patients With Esophageal Cancer Undergoing Neoadjuvant Chemoradiotherapy. <i>Oncologist</i> , 20(10), 1216-1222.						
H. Brown, T. E., Banks, M. D., Hughes, B. G. M., Lin, C. Y., Kenny, L. M. & Bauer, J. D. (2017). Randomised controlled trial of early prophylactic feeding vs standard care in patients with head and neck cancer. <i>Br J Cancer</i> , 117(1), 15-24.						
I. Cong, M. H., Li, S. L., Cheng, G. W., Liu, J. Y., Song, C. X., Deng, Y. B., ... Yu, L. (2015). An Interdisciplinary Nutrition Support Team Improves Clinical and Hospitalized Outcomes of Esophageal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy. <i>Chin Med J (Engl)</i> , 128(22), 3003-3007.						

2.3. Valgt litteratur

For å besvare problemstillingen er det i bacheloroppgaven brukt forskning, faglitteratur og pensumlitteratur. I teoridelen er det brukt faglitteratur fra bibliotek for medisin og helse. Litteraturen som er brukt er funnet ved å søke med ordene "kreft", "sykepleie" og "ernæring" på oria.no, både alene og i kombinasjon. Sykepleieteorier er funnet ved hjelp av pensumlitteratur fra sykepleierstudiet.

Forskningsartiklene er fagfelleurdert og publisert innen de siste ti årene. Disse er som tidligere nevnt funnet på Pubmed og Cinahl.

2.4. Kildekritikk

Alle forskningsartiklene som er brukt i oppgaven bruker en kvantitativ metode. Dette kan ha både positive og negative sider. En negativ side ved dette er at pasientens tanker og subjektive opplevelse ikke kommer fram. Artiklene viser derfor kun resultatet av forskningen, uten at pasientens meninger om resultatene kommer frem. De kvantitative metodene forteller uansett mye, da resultatene og virkningen av tiltakene kan tallfestes.

En av artiklene er dessuten ikke randomisert (Soria et al., 2017). Det vil si at pasientene ikke ble tilfeldig fordelt i en studiegruppe og en kontrollgruppe, men fikk velge hvilken gruppe de selv ønsket å delta i. Dette kan ha negative sider ved at pasientene både blir skjevt fordelt i gruppene, og at den informasjonen de fikk på forhånd kan ha påvirket valget de tok.

En del av forskningen er fra Asia. En må ta hensyn til at helsevesenet i Asia ikke er likt det vi har her i Norge, og at det er forskjeller i livsstil og ernæringskultur. Grunnen til at jeg likevel har valgt å inkludere disse er at forekomsten av kreft i hode og nakkeregionen er høyere i Asia. I Norge utgjør kreft i hode og nakkeregionen omtrent 2,5% av alle nye krefttilfeller, og utgjør derfor en liten andel. I Asia er forekomsten derimot mye høyere. For eksempel utgjør kreft i dette området 25-30% av krefttilfellene i India, mens kreft i nasopharynx er i deler av Kina opptil 80 ganger så høy. Årsaken til dette skyldes for eksempel bruk av tyggetobakk, forurensning og livsstil generelt (Evensen, 2018). Forskningen i Asia kan derfor ha kommet lengre, og det kan være mer forskning nettopp fordi forekomsten er så høy.

I teoridelen har jeg brukt sekundærkilder for å forklare sykepleieteorier. Dette kan være negativt fordi teksten er bearbeidet og kan ha blitt påvirket subjektivt av sekundærkilden (Dalland, 2017). På grunn av manglende tilgang på primærkilden er det valgt å bruke sekundærkilden i denne oppgaven, til tross for at dette kan ha påvirket det opprinnelige perspektivet.

3. Empiri

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 2 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
A.	Hensikten med studien var å undersøke om svelge- og ernæringsretningslinjer bedrer ernæringsresultatene til pasienter med kreft i hode og nakkeregionen.	Kvantitativ metode hvor ernæringsresultater (vekt, ernæringsstatus og type ernæringshjelp mottatt) ble sammenlignet for hver grad av ernæringsrisiko (lav, medium og høy risiko). Pasienter som ikke var inneliggende ble fulgt opp ukentlig under behandling, mens inneliggende ble fulgt opp daglig til ukentlig etter behov. Etter behandling ble pasientene fulgt opp annenhver uke de første 6 ukene, og deretter etter behov. 539 pasienter ble inkludert i studien.	124 pasienter fikk innlagt profylaktisk endoskopisk gastrostomi (PEG) som et forebyggende tiltak, hvor ni av disse forble ubrukt. 58 pasienter fikk senere sondeernæring. 56 av disse hadde ventrikkelsonde, men hvor 13 av disse senere gikk over til PEG. Data for vekt var tilgjengelig for 94% ved behandlingens slutt. Alle pasientene gikk ned i vekt. Ernæringsstatus var tilgjengelig for 80%, hvor 48% hadde god ernæringsstatus, mens 52% var underernærte. Pasienter med	Artikkelen viser at tett oppfølging av pasientene er viktig. Den viser også at overvektige pasienter har ekstra risiko for å bli underernært. I tillegg fortsatte pasientene å gå ned i vekt etter avsluttet behandling.

			høyere KMI virket å ha større risiko for betydelig vekttap. For best mulig resultat var det viktigst å overholde retningslinjene.	
B.	Hensikten med studien var å undersøke når og hvor lenge pasienter med kreft i hode og nakkeregionen har dysfagi og gikk ned i vekt grunnet utilstrekkelig inntak. Ser også om bruk av profylaktisk endoskopisk gastrostomi (PEG) utgjør en forskjell.	Kvantitativ metode hvor en gruppe fikk PEG for å motta enteral ernæring tidlig og forebyggende, mens den andre gruppen fikk ernæringshjelp ut ifra klinisk praksis. Vekt, dysfagi og energiinntak ble målt. Pasientene ble fulgt opp en gang ved start og deretter etter 1, 2, 3, 6, 12 og 24 måneder. 134 pasienter ble inkludert og tilfeldig fordelt i de to gruppene.	Studiegruppen besto av 64 pasienter, mens kontrollgruppen besto av 70 pasienter. Ingen av gruppene hadde tilstrekkelig energiinntak i forhold til anbefalingene. Forskjellen var størst mellom gruppene etter 2 måneder, hvor studiegruppen hadde 10% høyere inntak enn kontrollgruppen. Begge gruppene hadde mistet 7% av kroppsvekten etter tre måneder, og 11% av kroppsvekten etter seks måneder. Det var ikke betydelig forskjell mellom gruppene, og de begge brukte enteral ernæring som hovedkilde for inntak. Etter seks måneder oppnådde begge gruppene anbefalt	Artikkelen viser at hvordan man kalkulerer inntaket har betydning. Den viser også at pasienter bruker lang tid etter avsluttet behandling på å normalisere ernæringsstatus

			<p>energiinntak. Etter to måneder hadde 75% i studiegruppen og 63% i kontrollgruppen "mye" eller "veldig mye" problemer med dysfagi, mens 82% i begge gruppene meldte om det samme etter tre måneder. Studien peker på at metoden brukt for å estimere inntak kan ha vært en feilkilde, og pasientene trenger hjelp til ernæring i lengre tid etter endt behandling.</p>	
C.	<p>Hensikten med studien var å sammenligne PEG med ventrikkelsonde (NG) i ernæringsbehandling av pasienter med kreft i hode og nakkeregionen under strålebehandling eller stråling i kombinasjon med kjemoterapi.</p>	<p>Kvantitativ metode, hvor pasienter med moderat eller alvorlig underernæring fikk velge å enten få innlagt PEG eller å motta veiledning med eventuell innleggelse av ventrikkelsonde ved behov. Pasientene ble fulgt opp to ganger i uken etter behandlingen. Studien inkluderte 40 pasienter. 11 pasienter valgte å få næring via</p>	<p>Begge gruppene hadde inntak over estimert energibehov. Det var ingen betydelige forskjeller i vekt eller KMI. Begge metodene viste seg som effektive behandlingsmetoder mot underernæring. Gruppen som fikk innlagt PEG hadde enteral ernæring i lengre tid enn den andre gruppen.</p>	<p>Artikkelen viser at enteral ernæring kan være effektiv behandling ved underernæring, og at veiledning og ventrikkelsonde ved behov kan fungere like bra som innleggelse av PEG.</p>

		PEG, mens de resterende 29 pasientene valgte veiledning i kombinasjon med ventrikkelsonde.		
D.	Hensikten med studien var å undersøke om forebygging av mukositt har positiv effekt på livskvalitet og ernæringsstatus hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen under strålebehandling.	Kvantitativ metode hvor pasientene ble tilfeldig delt i to grupper. Studiegruppen mottok munnstell og ernæringshjelp etter en protokoll. Munnhelsestatus, smerter relatert til munnhelse, ernæringsstatus og livskvalitet ble målt. 50 pasienter ble inkludert i studien, hvor 20 ble tilfeldig valgt til studiegruppen, mens 30 ble tilfeldig valgt til kontrollgruppen.	Studiegruppen opplevde mindre smerter, og mukositt ble holdt under kontroll gjennom behandlingsforløp. Ved den sjuende uken hadde alle pasientene mukositt. I studiegruppen hadde sju pasienter grad 1, seks hadde grad 2, seks hadde grad 3 og en hadde grad 4. I kontrollgruppen hadde ingen grad 1, en hadde grad 2, 23 hadde grad 3 og seks hadde grad 4. I forhold til smerter hadde studiegruppen etter sju uker ingen som ikke hadde smerter, tre som hadde milde, 16 som hadde moderate og en med alvorlige smerter. Kontrollgruppen hadde en med milde, 12 med moderate, 13 med alvorlige og fire med svært alvorlige smerter.	Studien viser viktigheten et godt munnstell og god munnhygiene har for ernæringsstatus. Den viser også til sykepleiers rolle, og gir råd om tiltak sykepleier kan iverksette, for eksempel informasjon om riktig munnstell før behandlingens start, vurdering av ernæringsstatus både før, under og etter behandling, og tilbud om ernæringsveiledning og -undervisning.

			Det var også mindre forekomst av underernæring i studiegruppen. 65% i studiegruppen var underernærte, mot 97% i kontrollgruppen.	
E.	Hensikten med studien var å undersøke om mukosittrelaterte smerter grunnet barrierebrudd har en direkte effekt på ernæringsstatus og livskvalitet hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen som får strålebehandling.	Kvantitativ metode hvor pasientene brukte en oral gel for å redusere smerter relatert til mukositt. Grad av mukositt, smerter og ernæringsstatus ble vurdert ukentlig. Livskvalitet ble målt i starten av behandlingen og på slutten. Studien inkluderte 29 pasienter. Studien hadde ingen kontrollgruppe.	Funnene tyder på at å støtte barrierefunksjonen ikke hjelper på grad av mukositt og smerter relatert til denne på egen hånd. Smerter relatert til mukositt har likevel direkte påvirkning på ernæringsstatus og livskvalitet, og er derfor viktig å behandle. I første uke hadde 97% grad 1-2 av mukositt, mens kun 3% hadde grad 3. Pasienter med grad 3 mukositt økte i påfølgende uker, og nådde en topp etter 5 uker, da 62% hadde grad 3. I uke 6 gikk det deretter ned igjen til 54% som hadde grad 3. Gjennomsnittlig vekttap var 4,95%. Smerter, dysfagi, munntørrhet, smaks-	Viser viktigheten av å behandle smerter relatert til mukositt for å bedre ernæringsstatus. Studien peker også på viktigheten av god munnhelse for å forhindre vekttap.

			forandringer var betydelig verre hos pasientene som gikk ned mer enn 5% i vekt.	
F.	Hensikten med studien var å undersøke om tiltak av hjemmesykepleie til pasienter med kreft i nasopharynx etter stråle- og kjemoterapi har effekt på livskvalitet.	Kvantitativ metode hvor pasienter ble delt i to grupper. Studiegruppen mottok en plan for hjemmesykepleie, mens kontrollgruppen ble utskrevet etter vanlig standard. Livskvalitet, symptomer på angst og depresjon ble målt, samt helserelaterte problemer som kvalme og appetitt. Studien inkluderte 180 pasienter, hvor 90 ble tilfeldig fordelt i enten studiegruppen eller kontrollgruppen.	Samlet sett var helse og livskvalitet bedre hos studiegruppen enn kontrollgruppen. Ved oppstart viste resultater at kontrollgruppen hadde 76,7% som ikke hadde angst, etter tre måneder hadde denne andelen økt til 88,9%. Andel med mild angst sank fra 17,8% til 7,8%, moderat fra 4,4% til 2,2%, men 1,1% hadde alvorlig angst gjennom hele perioden. I kontrollgruppen gikk andelen som ikke hadde angst ned fra 81,1% til 77,8%, mild angst sank fra 14,5% til 14,4%, moderat økte fra 3,3% til 5,5% og alvorlig angst økte fra 1,1% til 2,2%. Ved undersøkelse av depresjon hadde studiegruppen ved start 45,6% uten depresjon, noe som økte til	Studien viser viktigheten av å følge opp pasienter. Relevant for problemstilling fordi appetitt, smerter og andre aspekter som har relevans for ernæringsstatus ble forbedret av tiltakene. Også relevant fordi sykepleier er en av de som kan henvise pasienter til hjemmesykepleie.

			<p>65,6% etter tre måneder. Mild sank fra 43,3% til 26,7%, moderat fra 8,9% til 6,6%, og alvorlig fra 2,2% til 1,1%. I kontrollgruppen hadde 54,4% ingen depressive symptomer ved start, mens den sank til 46,7% etter tre måneder. Mild gikk fra 38,9% til 42,2%, moderat fra 5,6% til 8,9% og alvorlig fra 1,1% til 2,2%. Tiltakene hadde også god effekt på pasientenes helse ellers, og faktorer som appetitt og kvalme ble betydelig bedre.</p>	
G.	<p>Hensikten med studien var å undersøke om fysisk aktivitet i kombinasjon med ernæringshjelp forbedrer utfallet hos pasienter med kreft i øsofagus som behandles med kjemoterapi i kombinasjon med stråle-behandling.</p>	<p>Kvantitativ metode hvor pasienter ble delt i to grupper. Studiegruppen hadde gangtrening med en sykepleier tre ganger i uken og ukentlig ernærings-veiledning, mens kontrollgruppen mottok standard behandling. Det ble målt distanse på en seks minutters gangtest, gripestyrke,</p>	<p>Stadiegruppen hadde bedre resultater på gangtesten, bedre gripestyrke og mistet mindre vekt enn kontrollgruppen. I gangtesten var avstand redusert med 18 meter i studiegruppen, mot 118 meter i kontrollgruppen. I gripetesten hadde studiegruppen en reduksjon på 1,1 kg, mot kontrollgruppen</p>	<p>Viser at fysisk aktivitet i kombinasjon med ernærings-veiledning har positiv effekt på ernærings-status, og er tiltak sykepleier kan gjennomføre.</p>

		<p>muskelmasse og kroppsvekt ved start og avslutning. 59 pasienter ble inkludert i studien. Pasientene ble først fordelt til peroralt ernæringsinntak eller sondeernæring, før 30 ble tilfeldig fordelt til studiegruppen, og de resterende 29 til kontrollgruppen.</p>	<p>med en reduksjon på 4,1 kg. Studiegruppen hadde et gjennomsnittlig vekttap på 0,8 kg, mot kontrollgruppen som hadde et gjennomsnittlig vekttap på 3,5 kg. Studiegruppen mistet gjennomsnittlig 0,7 kg av muskelmassen, mens kontrollgruppen mistet 2 kg. Studiegruppen hadde også betydelig færre med behov for intravenøs parenteral ernæring, hvor kun en i studiegruppen hadde behov for det, mot 14 i kontrollgruppen.</p>	
H.	<p>Hensikten med studien var å sammenligne forebyggende innleggelse av PEG med standard behandling hos pasienter med kreft i hode og nakke-regionen.</p>	<p>Kvantitativ metode hvor pasientene tilfeldig deles i to grupper. Studiegruppen får innlagt PEG som et forebyggende tiltak, og får enteral ernæring som et tilskudd til peroral ernæring. Kontrollgruppen får standard</p>	<p>Innleggelse av PEG som et forebyggende tiltak hadde ikke betydelig bedre resultat enn standard behandling. Gjennomsnittlig vekttap i studiegruppen var 10,9%, mot 10,8% i kontrollgruppen. Studien peker på at dårlig</p>	<p>Studien viser til at god oppfølging av pasientene er viktig for å oppnå best mulig resultat, da overholdelse av anbefalingene viste bedre effekt på ernæringsstatusen enn hos de med</p>

		<p>behandling ved aktuelt sykehus. Prosent vekttap tre måneder etter behandling ble målt. Pasientene ble hovedsakelig fulgt opp av lokalsykehus, og kan derfor være sporadisk. Pasientene ble oppfordret til å føre liste over inntak hver dag. Etter behandling ble de fulgt opp månedlig over telefon. 131 pasienter ble inkludert i studien, hvor 61 ble tilfeldig fordelt til studiegruppen, mens 70 ble fordelt til kontrollgruppen.</p>	<p>overholdelse av ernæringsanbefalingene kan ha påvirket resultatene. Dette fordi de som fulgte anbefalingene fra start også fulgte anbefalinger senere i behandlingen, noe som viste seg å redusere vekttap.</p>	<p>dårligere overholdelse.</p>
I.	<p>Hensikten med studien var å undersøke om et ernæringsteam kan forbedre utfallene for pasienter med kreft i øsofagus som får behandling med kjemoterapi i kombinasjon med strålebehandling.</p>	<p>Kvantitativ metode hvor pasientene ble tilfeldig delt i to grupper. Studiegruppen fikk hjelp med ernæring av ernæringsteamet, mens kontrollgruppen fikk tilsyn av radiograf. Ernæringsteamet besto av leger, ernæringsfysiologer, farmasøyter og sykepleiere. Ved behandlingens</p>	<p>Studiegruppen hadde betydelig bedre ernæringsstatus enn kontrollgruppen ved behandlingens slutt. Studiegruppen hadde en økning i vekt på 0,36%, mens kontrollgruppen hadde en reduksjon på 2,44%. Studiegruppen opplevde også mindre</p>	<p>Studien peker på at et samarbeid mellom ulike yrkesgrupper er viktig for best mulig forebygging og behandling av underernæring.</p>

		<p>slutt ble ernæringsstatus, komplikasjoner og fullføringsgrad evaluert. Innleggelsestid og kostnader knyttet til innleggelse ble også sammenlignet mellom gruppene. 50 pasienter ble inkludert i studien hvor 25 ble tilfeldig fordelt i studiegruppen og 25 til kontrollgruppen.</p>	<p>komplikasjoner, hvor studiegruppen hadde 12% som fikk infeksjoner knyttet til komplikasjoner, hvor kontrollgruppen hadde 44%. Studiegruppen hadde også betydelig bedre fullføringsgrad knyttet til behandlingen. Studiegruppen hadde en fullføringsprosent på 96%, mot kontrollgruppen på 76%. Studien viser til at et ernæringsteam kan gi betydelig bedre resultater for pasientene.</p>	
--	--	---	---	--

3.2. Sammenfattet empiri

Denne litteraturstudien bygger på ni artikler, som alle peker på viktigheten ernæring har for pasienter med kreft i hode og nakkeregionen. De viser også viktige tiltak som sykepleier kan iverksette for å forebygge og behandle underernæring, og er derfor relevante for min problemstilling. Disse er valgt ut fordi jeg senere skal drøfte hvordan sykepleier kan bidra til bedre ernæringsstatus hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen.

To av artiklene handler om hvordan forebygging og behandling av mukositt, som er en bivirkning av behandlingen, kan bedre ernæringsstatusen hos pasientene (Atasoy et al., 2020; Kartin et al., 2014). Den ene artikkelen ser om det å støtte barrierefunksjonen ved mukositt har effekt på smerter og grad av mukositt. Denne viste at å kun fokusere på å støtte barrierefunksjonen ikke har effekt, og at flere tiltak i forhold til munnhygiene trengs i tillegg (Atasoy et al., 2020). Den andre bruker derimot munnstell i kombinasjon med ernæringshjelp for å se etter eventuell effekt på ernæringsstatus, noe som hadde god effekt hos pasientene inkludert i studien (Kartin et al., 2014).

Tre av artiklene utforsker om innleggelse av PEG som et forebyggende tiltak har effekt på ernæringsstatus (Brown et al., 2017; Silander et al., 2013; Soria et al., 2017). En av disse sammenligner bruk av PEG med bruk av ventrikkelsonde (Soria et al., 2017), en

sammenligner med standard behandling, hvor ventrikkelsonde er et valg (Brown et al., 2017), mens den siste ser kun om bruk av PEG har positiv effekt (Silander et al., 2013).

To av artiklene er direkte knyttet til sykepleieroppgaver (Shi et al., 2015; Xu et al., 2015). En artikkel omhandler bruk av hjemmesykepleie for å bedre livskvalitet, men hvor tiltak knyttet til ernæring, for eksempel appetitt er fremhevet. Studien viste at tiltak hjemmesykepleien iverksatte forbedret psykiske plager, men også at elementer som appetitt og kvalme ble forbedret (Shi et al., 2015). Den andre fremhever i tillegg til ernæringstiltak, viktigheten av fysisk aktivitet under behandlingen. Pasientene klarte å beholde styrke, muskelmasse og ernæringsstatus bedre enn kontrollgruppen, og viser derfor at å kombinere fysisk aktivitet og ernæringstiltak kan være en fordel (Xu et al., 2015).

En av artiklene legger vekt på viktigheten av å samarbeide i team for å få best mulig resultat av ernæringsbehandlingen, da dette gjør at risiko for underernæring plukkes lettere opp, og tiltak raskere kan iverksettes (Cong et al., 2015).

Fire av artiklene fremhever viktigheten av å følge opp pasientene (Brown et al., 2017; Brown et al., 2014; Shi et al., 2015; Silander et al., 2013), for på denne måten å sikre at eventuelle forverringer eller endringer kan plukkes opp, og tiltak kan iverksettes. Dette var også fremhevet i disse studiene fordi de viste at pasientene fortsetter å gå ned i vekt etter avsluttet behandling, og bruker lang tid på å normalisere ernæringsinntak og -status. Overvekt ble lagt vekt på som risikofaktor i en studie. Resultater viste at overvektige hadde større sjanse for å gå ned i vekt, og holdninger til at dette var greit til et visst punkt ble pekt på som en mulig årsak (Brown et al., 2014).

Alle forskningsartiklene benytter seg av en kvantitativ metode, som det i kildekritikken er beskrevet de positive og negative sidene ved.

4. Teori

4.1. Begrep eller teori som beskriver pasientgruppens situasjon

4.1.1. Ernæring til pasienter med kreft i hode og nakkeregionen

Ernæringsbehandling handler ikke kun om å forebygge eller behandle underernæring. Målene bør også ta sikte på å forbedre den generelle allmenntilstanden og bedre livskvaliteten. I dette innebærer det dermed også å redusere bivirkningene av behandlingen samtidig som man styrker immunforsvaret. God ernæringsbehandling vil også fremme effekten av selve kreftbehandlingen, og sikre best mulig effekt av denne. Råd om fysisk aktivitet bør også gis i kombinasjon. Rådene handler først og fremst om å opprettholde vekten, og et tilstrekkelig energi- og proteininntak er derfor nødvendig. Det anbefales at pasientene tar daglig tilskudd av omega-3-tilskudd (Thorsrud, 2018).

Sykepleier vil ofte være en av de første som snakker med pasienter og starter tiltak i forhold til underernæring. Kostveiledning er det tiltaket som er først og vanligst. Ernæringsdrikker kan brukes dersom inntaket av energi og protein er for lavt. For å få maten mer energitett kan nøtter, avokado og oljer være et godt alternativ. Samtidig bør nasjonale anbefalinger om grønnsaker, frukt, meieriprodukter og fullkornsprodukter oppmuntres til å følges (Henriksen, Borchsenius, Retterstøl, Keeping & Maizels, 2019). Det er kjent at kreft i dette området gir økte ernæringsproblemer, og er en av de gruppene med høyest andel underernærte. Sondeernæring er derfor et tiltak som ofte blir satt i gang dersom pasienten går ned mer enn 5% i vekt (Henriksen et al., 2019).

4.1.2. Bivirkninger knyttet til behandling som gir ernæringsvansker

Behandlingen av kreft i hode og nakkeområdet består stort sett av kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi, enten alene eller i kombinasjon. Kirurgi kan ha ulike bivirkninger etter hvor stort inngrepet er, og hvor mye som fjernes. Større inngrep kan kreve diverse rekonstruksjoner i etterkant, mens noen inngrep innebærer bortfall av muskulatur eller at en nerve må ofres. Generelt sett kan man si at kirurgi i hode og nakkeområdet kan gi bivirkninger som tale-, tygge- og svelgeproblemer, samt endret utseende og endring av muskulatur (Evensen, 2018).

Endring av utseende og psykiske bivirkninger kan også påvirke ernæringen. Etter kirurgi kan pasienter få problemer med å prate, tygge og svelge. Noen pasienter kan også oppleve at de sikler. Dette kan direkte påvirke ernæringen ved at det blir vanskeligere å spise, men det kan også gi psykiske utfordringer ved at de synes det er ubehagelig å spise foran andre. Dette kan føre til isolering eller at man unngår spisesituasjoner. I tillegg til at dette påvirker ernæringen kan det føre til depresjon. Det er vanligere for pasienter med kreft i hode og nakkeregionen å ha depressive symptomer enn andre kreftpasienter. Dette kan forverre ernærings situasjonen ytterligere (Siggerud, 2017).

Strålebehandlingen kan både gi akutte og sene bivirkninger, og uttrykkes i hud og slimhinner. De første bivirkningene er munntørrehet og seigt spytt, før sårhet og smerter kommer senere. Slimhinnene blir tørre og mukositt oppstår. Mukositt er betennelsesforandringer. Huden blir også plaget med lignende forandringer, hvor man først ser erytem, deretter oppstår tørr dermatitt som skjeller, før dermatitten senere blir fuktig. Det blir stadig større problemer med ernæring på grunn av smerter og manglende smakssans. Det kan ta fire til seks uker etter behandlingen er avsluttet før plagene begynner å avta (Evensen, 2018).

Kjemoterapi er kjent for å gi bivirkninger som kvalme og brekninger. Samtidig kan cytostatika også direkte påvirke slimhinner i munn og svelg. Dersom pasienten opplever oppkast hyppig kan også dette skade tenner, noe som videre gjør ernærings situasjonen enda verre (Evensen, 2018).

4.1.3. Behandling av symptomer som påvirker ernærings situasjonen

Som tidligere nevnt kan kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi gi bivirkninger som svekket muskulatur, smaksforandringer, smerter, kvalme og dårligere tannstatus. Det er viktig å behandle disse symptomene, for å hindre underernæring. For det første bør pasienten opplyses om de eventuelle bivirkningene, slik at pasienten kan ta kontakt dersom de oppstår, og dermed få behandling. Etter stråling bør pasientene smøre strålefeltet med en parfymefri krem for å fukte huden. Dersom huden er sår kan det legges kompresser med fysiologisk saltvann i 10-15 minutter, og deretter smøre med krem når huden har tørket. Pasientene vil også trenge god smertelindring ved hjelp av opioider (Siggerud, 2017).

Ved mukositt og munntørrehet opplever pasientene mye ubehag. Godt og riktig munnstell vil derfor være viktig, og noe sykepleier må veilede pasienter om. En myk tannbørste og mild tannkrem kan brukes for å rengjøre munnen. Samtidig bør pasientene skylle munnen regelmessig med fysiologisk saltvann. Ellers finnes det også bedøvende gel som kan påføres. Pasientene bør i tillegg drikke rikelig med væske for å løse opp slim og forhindre munntørrehet (Siggerud, 2017).

Dysfagi, altså vansker med spising og svelging, er enda en plagsom bivirkning. Her er tiltak som er nevnt tidligere viktige, altså god smertelindring samt god munnhygiene. I tillegg er det viktig at maten og spisesituasjonen tilrettelegges. For eksempel ved at pasienten får sitte oppreist, mat moses eller det gis mat av ønsket konsistens. Det er viktig at pasienten prøver så godt han kan å svelge til tross for smerter, da opphør av dette i verste fall kan føre til at pasienten må lære å svelge på nytt. Dersom spise- og svelgevanskene blir for uttalte kan det være nødvendig å legge inn en ernæringssonde (Siggerud, 2017).

Det er viktig at sykepleier møter pasienten med empati. Sykepleier må snakke med pasienten for å finne ut av hans tanker om eget utseende, og til hvilken grad dette plager pasienten. Kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene sykepleier kan benytte, både for å avdekke eventuelle psykiske utfordringer og for å kunne hjelpe pasienten med disse (Siggerud, 2017).

4.2. Begrep eller teori som belyser sykepleiefaget i oppgaven

4.2.1. Virginia Henderson

En av de første som formulerte en sykepleieteori var Virginia Henderson. Når pasientens egne ressurser ikke strekker til på grunn av helsesvikt eller sykdom, mener Henderson i sin teori at sykepleier har ansvar for å ivareta grunnleggende behov. Henderson har preget, og preger fortsatt sykepleietenkningen i en rekke land (Kristoffersen, 2016b).

4.2.2. Sykepleiefunksjonen

Henderson mener i sin behovsteori at mål og hensikt med sykepleien bør rette seg mot å hjelpe pasienten til raskest mulig å gjenvinne selvstendighet ved oppgaver som ivaretar hans eller hennes grunnleggende behov. Dersom dette ikke er mulig må sykepleier hjelpe med å de behov pasienten ikke greier på egen hånd. Behovet for sykepleie oppstår altså når pasienten mangler ressursene som trengs for å dekke sine grunnleggende behov. Dette kan handle om at pasienten ikke har kunnskap nok, eller mangler krefter eller vilje (Kristoffersen, 2016b).

Henderson har satt opp 14 punkter som sier hvilke konkrete situasjoner sykepleieren skal hjelpe pasienten i. Dette er punkter pasienten egentlig skal klare selv, men som på grunn av mangel på ressurser trenger hjelp til. Sykepleier skal enten hjelpe pasienten direkte, eller legge til rette slik at pasienten greier det selv. Punktene gjelder både fysiologiske og psykososiale behov. Henderson utdyper i tillegg at sykepleier må inkludere pasienten, fordi alle opplever og ivaretar behovene sine på forskjellig måte. Pleie og omsorg skal derfor individualiseres (Kristoffersen, 2016b). Hendersons grunnleggende behov er:

1. Å puste normalt
2. Å spise og drikke tilstrekkelig
3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. Å opprettholde riktig kroppstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5. Å sove og hvile
6. Å velge passende klær og sko, og kle av og på seg
7. Å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur
8. Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
9. Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
10. Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
11. Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett
12. Å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (produktiv sysselsetting)
13. Å finne underholdning og fritidssysler
14. Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling

(Kristoffersen, 2016b, s. 39)

Hendersons metode for å komme fram til en løsning på pasientens problem kan forklares med fire trinn. Det første trinnet er datasamling, og brukes for å finne ut av pasientens problem. Videre bedømmes behovet for sykepleie ved å bruke kunnskap om hva normal funksjon betyr, samt kartlegge pasientens ressurser. Når en har kartlagt dette kan en sykepleiediagnose formuleres, før man kan planlegge tiltak sykepleier kan iverksette for å

ivareta pasientens grunnleggende behov. Hvilken rolle og funksjon sykepleieren har vil ellers være avhengig av konteksten. Det er for eksempel forskjell på å jobbe i hjemmesykepleien i forhold til et sykehus (Kristoffersen, 2016b).

4.2.3. Sykepleierens pedagogiske funksjon

Den pedagogiske funksjonen handler om å gi informasjon og undervisning til pasientene. For å kunne utføre dette er det viktig at sykepleieren etablerer en god relasjon til pasienten, men også at man har kunnskap om hva som påvirker læreprosessen. Hensikten med undervisning og veiledning av pasienten er å øke hans kompetanse og egenmakt. For at dette skal bli vellykket er det viktig at informasjonen tilpasses pasientens nivå, slik at han forstår hva som formidles, og faktisk lærer av undervisningen eller veiledningen (Kristoffersen, 2016c).

På sykehus er ofte pasientene i en situasjon hvor de blir avhengige og underlegne. Det må derfor være sykepleiers oppgave å undervise og veilede pasienten, for å øke hans kunnskapsnivå og for at han skal kunne få kontroll over faktorer som kan påvirke helsen. Det er viktig å vite hva pasienten ønsker å lære, og hva pasienten føler behov for når en skal tilrettelegge for undervisning og veiledning. Det er for eksempel viktig når sykepleier skal formidle informasjon, at pasienten greier å omgjøre denne informasjonen til noe som oppleves som viktig for han, og har betydning for hans situasjon (Kristoffersen, 2016c). En måte å øke pasientens motivasjon for læring er å benytte seg av SMART-mål. SMART består av fem deler; spesifikk, målbart, aksjonsorientert, realistisk og tidsrammer. Dette innebærer at målene bør være konkrete og klare, framgangen skal kunne måles, tiltak bør konkretiseres, målene må være realistiske og man bør sette tidsrammer (Kristoffersen, 2016c).

Å bruke støtte som en pedagogisk metode kan fint kombineres med veiledning. Når en pasient forsøker å nå et mål kan sykepleier støtte han ved å engasjere seg og delta. Sykepleier kan oppmuntre og hjelpe, og på denne måten øke sjansen for at pasienten lykkes i sitt mål. Formålet er at pasienten skal kunne kontrollere og gjennomføre handlinger, eller ta bestemte valg. Støtten kan gis ved enten bare å være til stede, ved å se pasienten eller oppmuntre pasienten verbalt. Det kan være behov for langvarig støtte når det når pasientens livsstil og levevaner skal integreres. Endringer knyttet til for eksempel kosthold og fysisk aktivitet kan være spesielt krevende. Å kunne samarbeide med andre yrkesgrupper, for eksempel ernæringsfysiolog eller fysioterapeut kan derfor være svært viktig (Kristoffersen, 2016c).

4.2.4. God helse som noe annet enn fravær av sykdom

Teorien handler om at sykdom ikke nødvendigvis tilsvarer dårlig helse, og på samme måte at fravær av sykdom ikke trenger å bety god helse. Denne teorien på helse ser bort fra det objektive målbare, og heller mot det subjektive og individuelle (Kristoffersen, 2016a).

Katie Eriksson er en sykepleieteoretiker som benytter denne teorien. Eriksson mener i sin teori at god helse er avhengig av hvordan en opplever det selv. Hun fremhever det å befinne seg vel, altså en persons subjektive opplevelse av sin tilværelse. Livet kan være meningsfullt og godt på tross av sykdom, så lenge personen føler seg vel. På samme måte kan en føle seg dårlig selv om man ikke viser objektive tegn på sykdom. Opplevelse av velvære og helse er også kulturavhengig, samtidig som det også er personavhengig. Å

finne en mening i livet og oppleve mestring er derfor viktigere enn fraværet av sykdom (Kristoffersen, 2016a).

5. Diskusjon

5.1. Innledning

Ved hjelp av metode, empiri og teori skal jeg i dette kapittelet drøfte hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med kreft i hode og nakkeregionen får bedret sin ernæringsstatus. Jeg kommer også inn på hvilke faktorer som kan påvirke ernæringsstatusen, og hvordan god ernæringsstatus kan bedre pasientenes livskvalitet.

Drøftingen er delt opp i ulike underkapitler hvor ulike aspekter drøftes, men som alle er knyttet til problemstillingen:

"Hvordan kan sykepleier bidra til god ernæringsstatus hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen?"

5.2. Drøfting

5.2.1. Oppfølging av ernæring

De fleste pasientene som behandles er ikke inneliggende under hele behandlingsforløpet. For mange pasienter kan det å få lov til å være hjemme under behandlingen være betryggende. Det å være i et kjent miljø og leve livet så normalt som mulig kan være viktig, men det er også viktig å få den oppfølgingen som trengs. I tillegg blir mange sendt hjem etter behandling, hvor fastlege er den som følger opp videre. Dette kan for noen være greit, men det kan i tillegg medføre en del ulemper. Men hvordan kan sykepleier bidra til denne oppfølgingen?

Pasienter med kreft i hode og nakkeregionen får mange bivirkninger av behandlingen som påvirker ernæringen. Hvilke bivirkninger dette er avhenger av type behandling, men det kan for eksempel være kvalme, smaksforandringer, endret muskulatur, smerter eller munntørrhet. Disse bivirkningene forverres gjennom behandlingen, og begynner ikke å avta før etter fire til seks uker etter behandlingen avsluttes (Evensen, 2018). En studie fulgte opp pasientene for å se hvor lang tid det tok før ernæringsstatus ble normalisert, og fikk som resultat at de fleste ikke fikk tilstrekkelig ernæringsinntak og normal ernæringsstatus før etter seks måneder (Silander et al., 2013). Dette støttes av en annen studie hvor pasientene også fortsatte å gå ned i vekt etter behandlingens slutt. Denne studien viste også at dårlig overholdelse av ernæringstiltak var en av de største grunnene til at pasientene gikk ned i vekt, og la med dette vekt på viktigheten av god oppfølging (Brown et al., 2014). Disse studiene viser at oppfølging er viktig for å bedre pasientenes ernæringsstatus, men hvordan kan sykepleier følge opp, og hvor ofte?

I en studie ble ernæringsveiledning i kombinasjon med fysisk aktivitet studert for å se hvilken effekt dette hadde på pasientenes ernæringsstatus og fysiske styrke. Her fulgte sykepleier opp pasientene en gang i uken med ernæringsveiledning, i tillegg til at de gikk gåturer med pasientene tre ganger i uken. Dette hadde tydelig effekt på pasientene som både gikk ned mindre i vekt og var i bedre fysisk form enn kontrollgruppen som fikk

standard behandling (Xu et al., 2015). Men dette blir da rettet mot pasienter som er inneliggende på sykehus, noe som ikke gjelder alle. Fra erfaringer i praksis er de fleste pasientene innlagt på grunn av smerte- og ernæringsproblematikk. Det kunne tyde på at en del kom inn for sent, i den forstand at ernæringsproblematikken allerede hadde kommet til et punkt hvor enteral ernæring var blitt aktuelt. Enteral ernæring eller ernæring gitt via sonde, er et tiltak som ofte blir satt i gang når pasienten har mistet 5% av kroppsvekten (Henriksen et al., 2019).

Risikofaktorer er viktig å fange opp. En studie fant tegn til at overvekt kunne være en risikofaktor for underernæring. Årsaken til dette kunne ifølge studien være at det oftere ble godtatt at denne pasientgruppen gikk ned i vekt. Anbefalt energiinntak for disse pasientene ble regnet ut fra en idealvekt. Idealvekten ble regnet ut som den vekten de ville veid med en KMI på 25 kg/m² (Brown et al., 2014). Å regne ut anbefalt energiinntak ble også gjort i en annen studie (Silander et al., 2013). På den ene siden kan det virke ufarlig at overvektige pasienter går noe ned i vekt. Men holdninger som "han har litt å ta av" kan også være farlige. Overvektige kan fortsatt bli underernærte, og med en slik holdning kan dette fort overses og forbli uoppdaget. I tillegg til holdninger som dette kan det tenkes at utregningen av anbefalt inntak har betydning. Slanking kan være bra for helsen til overvektige, men under kreftbehandlingen kan det gjøre vondt verre. God ernæringsbehandling kan bedre virkningen av kreftbehandlingen og med dette gi bedre prognoser (Thorsrud, 2018). Riktige holdninger overfor pasientene er derfor noe som er viktig å tenke godt over.

En del studier har sett på bruk av enteral ernæring, og når dette bør brukes for å oppnå best effekt. I en studie gikk alle pasientene ned i vekt til tross for at en del hadde innleggelse av PEG (perkutan endoskopisk gastrostomi) som et forebyggende tiltak, og andre fikk ventrikkelsonde etter behov. Pasienter som var innlagt ble fulgt opp daglig til ukentlig etter behov, mens de resterende ble fulgt opp ukentlig under behandling. Etter behandling ble pasientene fulgt opp annenhver uke i 6 uker. Studien konkluderte med at dårlig overholdelse av ernæringsplanene var største årsak til at pasientene gikk ned i vekt (Brown et al., 2014). Det samme resultatet viste en annen studie som studerte om innleggelse av PEG i et tidlig stadium hadde bedre effekt enn ernæringsveiledning med ventrikkelsonde ved behov. Denne studien belyste også at kalkulering av inntaket har betydning, da metoden de brukte viste en tendens til å kalkulere inntaket høyere enn det egentlig var. I denne studien ble pasientene fulgt opp en gang ved oppstart, og deretter en gang i måneden de første tre månedene, og deretter en gang ved 6, 12 og 24 måneder (Silander et al., 2013). Dårlig overholdelse av ernæringstiltak virker å være en felles faktor, noe som også bekreftes av en tredje studie. I denne studien ble pasientene fulgt opp på lokalsykehus under behandling, og oppfølgingen kunne derfor være sporadisk. Etter behandlingen var oppfølgingen en gang i måneden over telefon. Pasientene ble utenom dette anbefalt å føre en liste over daglig inntak. Gjennomsnittlig vekttap i denne studien var på omtrent 10% (Brown et al., 2017). Disse studiene har forskjellige rutiner for oppfølging, men har til likhet at vekttapet ikke ble forebygget. De viser også til viktigheten av oppfølging, men hvorfor har da ikke tiltakene hatt effekt?

En studie som sammenlignet bruk av PEG som forebyggende tiltak mot veiledning og ventrikkelsonde ved behov, hadde i motsetning til ovennevnte studier god effekt hos pasientene. Oppfølging under behandling er kun beskrevet som tett, mens etter behandling ble pasientene fulgt opp to ganger i uken (Soria et al., 2017). Under behandlingen er det usikkert hvor store forskjeller i oppfølging det er snakk om, men etter behandlingens slutt er det store sprik. Den eneste av studiene som viste god effekt var den som fulgte opp

pasientene to ganger i uken, hvor de resterende studiene hadde oppfølging fra annenhver uke til en gang i måneden. Som tidligere nevnt kan det ta fire til seks uker etter behandlingen avsluttes før bivirkninger og plager begynner å avta (Evensen, 2018). Det er derfor den første tiden etter at behandlingen er avsluttet, hvor oppfølging er viktigst. Å få oppfølging to ganger i uken utgjør derfor en stor forskjell fra det å bli fulgt opp en gang i måneden. Å bli fulgt opp første gang en måned etter behandlingens slutt kan bety at pasienten har strevd med plagene på egen hånd, uten oppfølging. Ernæringen kan da forverres på denne tiden, uten at det blir fanget opp. Det er derfor ikke utenkelig at dette kan forlenge tiden det tar før pasienten gjenvinner normal ernæringsstatus.

Fra egne praksiserfaringer har jeg opplevd at pasienter som har reist hjem etter endt behandling kommer tilbake fordi ernæringsstatusen har blitt forverret. På sykehus ble pasientene tett fulgt opp, og daglig inntak ble kartlagt. Sykepleiere brukte mye av tiden på å motivere pasientene til å få i seg ernæring. Når pasientene er hjemme blir det på mange måter deres eget ansvar å innta tilstrekkelig. Det kan være vanskeligere å motivere seg selv, spesielt med plagene og bivirkningene som følge av behandlingen. På sykehus er sykepleierne tilgjengelig til enhver tid. Hvordan kan sykepleier da sikre at oppfølgingen blir god etter pasienten har reist hjem? En studie som har sett på bruk av hjemmesykepleie til disse pasientene konkluderte med at god oppfølging hjemme, både med tanke på psykiske- og fysiske utfordringer, hadde god effekt på pasientenes livskvalitet og ernæringsstatus. Pasientene opplevde mindre symptomer på angst og depresjon, og opplevde blant annet at appetitt og kvalme bedret seg (Shi et al., 2015). Det er vanskelig å si om det var lindring av bivirkninger eller den psykiske støtten som bedret ernæringsstatus. Det kan tenkes at en kombinasjon av disse er nøkkelen. På sykehus er det sykepleierne som ser om pasientene har behov for oppfølging etter hjemreise. Tilbud om og henvisning til hjemmesykepleie kan derfor for mange være både viktig og betryggende.

Sykepleieres støttende funksjon er svært viktig for pasientene. Denne støtten gjør det lettere for pasienten å lykkes i sine mål, og kan være en faktor som forhindrer at pasienten gir opp. Støtten kan være det å kun være til stede, det å oppmuntre verbalt eller å vise at man ser pasienten. Noen mål kan være mer komplekse og vanskeligere å gjennomføre enn andre, spesielt mål knyttet til kosthold, og det kan da være greit for sykepleier å støtte seg til og samarbeide med andre yrkesgrupper eller instanser (Kristoffersen, 2016c). Men hvordan kan sykepleier benytte seg av tverrfaglig samarbeid for å bedre oppfølging av ernæring?

En studie hadde til hensikt å utforske om et tverrfaglig team bestående av leger, sykepleiere, ernæringsfysiologer og farmasøyter, kunne bedre ernæringsstatusen til pasientene. Resultatene viste at det tverrfaglige samarbeidet var viktig både for forebygging og behandling av underernæring. Tverrfaglig samarbeid gjorde det enklere å plukke opp risiko for underernæring, noe som igjen førte til raskere iverksetting av tiltak (Cong et al., 2015). Sykepleier er av de yrkesgruppene som ser pasienten mest, og derfor også den som ofte oppdager at det enten er risiko for underernæring eller at pasienten allerede er underernært. Sykepleier blir derfor ofte også den som setter i gang tiltak i forhold til dette (Henriksen et al., 2019). Men det er også begrensninger for hvor mye sykepleier kan utføre på egen hånd. For eksempel kan ikke sykepleier skrive ut resepter eller gjøre endringer i medikamentdoser på egen hånd, dette må gjøres i samarbeid med lege. I tillegg har en ernæringsfysiolog svært nyttig kunnskap om kosthold, og kan være behjelpelig med å lage en plan. En del av sykepleiers rolle blir derfor også det å vite hvilke roller andre yrkesgrupper har, og å identifisere behov som kan dekkes av disse.

5.2.2. Psykologiske innvirkninger på ernæringen

De psykiske plagene påvirker også ernæringsstatusen. Endret utseende eller depressive symptomer kan føre til isolering, unngåelse av matsituasjoner eller dårlig matlyst (Siggerud, 2017). Hvordan kan sykepleier bidra til å minske disse plagene, til fordel for ernæringsstatusen?

Sykepleier har en pedagogisk funksjon. Dette innebærer blant annet å gi veiledning, undervisning og informasjon til pasientene (Kristoffersen, 2016c). En av grunnene til at dette er viktig er fordi det kan forberede pasientene på endringene og bivirkningene som kommer. Det er da også viktig at denne informasjonen kommer tidlig nok, slik at pasientene får god nok tid til å fordøye informasjonen, og at informasjonen kan gjentas hvis det er nødvendig. En studie hadde til hensikt å undersøke om oppfølging av pasientene etter endt behandling, påvirket pasientenes livskvalitet og helse i positiv retning. Dette innebar at sykepleier fulgte opp både det fysiske og det psykiske. Studien konkluderte med at oppfølgingen forbedret pasientenes psykiske helse betydelig. Denne forbedringen i pasientenes psykiske helse hadde også positive effekter på ernæringsmessige utfordringer. Dette innebar blant annet at appetitten til pasientene forbedret seg. De opplevde mindre kvalme, noe som videre forbedret pasientenes ernæringsstatus (Shi et al., 2015). Virginia Hendersons behovsteori går ut på å raskest mulig hjelpe pasienten til å bli selvhjulpent. Et av hennes grunnleggende behov går ut på å få uttrykke sine egne behov og følelser (Kristoffersen, 2016b). Å prate med pasienten om de følelsene han sitter med og har behov for å uttrykke, er derfor en viktig oppgave for sykepleieren, spesielt fordi kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste verktøy (Siggerud, 2017). Men hvordan skal sykepleier bruke dette verktøyet for å hjelpe og motivere pasienten?

God helse trenger ikke nødvendigvis å bety at man er helt fri fra all sykdom. Sykepleieteoretiker Katie Eriksson belyser i sin teori at helse handler om hvordan en føler seg selv. Å føle seg vel er sentralt i hennes teori, og handler om at man kan ha en sykdom, men fortsatt ha god helse så lenge en føler mening, mestring og velvære (Kristoffersen, 2016a). Å hjelpe pasienten til å føle seg vel vil derfor være en viktig oppgave for sykepleieren. Det kan være flere måter å hjelpe pasienten med dette, for eksempel god symptomlindring, men også å øke pasientens motivasjon til mestring. Smerter, psykiske plager eller rett og slett dårlig matlyst kan gjøre det vanskelig å holde motivasjonen oppe. Sykepleier må hjelpe pasienten med disse målene. SMART-mål er en metode sykepleier kan benytte seg av for å øke pasientens motivasjon. SMART-mål handler om å sette mål som er klare og konkrete. For eksempel at pasienten skal klare å innta et visst antall kalorier per dag. Framgangen skal også kunne måles, for eksempel ved å kalkulere kaloriinntak. Tiltakene for å nå målene må også være konkrete, slik at det blir enklere for pasientene. Dette kan være å sette opp tidspunkter for måltider. Videre må målene være realistiske. Kaloriinntaket kan ikke settes så høyt at pasienten blir umotivert av å tenke på det. Dersom inntaket oppleves overkommelig for pasienten kan dette øke motivasjonen, spesielt om pasienten greier et inntak over det som er satt som mål kan dette føre til mestringsfølelse hos pasienten. Målene bør også ha tidsrammer. Det kan være at pasienten skal greie å øke inntaket innen en viss tid (Kristoffersen, 2016c).

Alt henger sammen. En motivert pasient som opplever mestring har større sjanse for å ha det bedre psykisk. Og som tidligere nevnt kan det å ha det bedre psykisk, bedre mange av de faktorene som spiller inn på ernæringsstatusen, for eksempel appetitt og kvalme. I praksis opplevde jeg at noen pasienter ble kvalme av tanken på å få næring via

ventrikkelsonde, da dette føltes unaturlig. Pasientene som kjente på dette beskrev både ubehaget av å kjenne selve sonden, og å kjenne at sondenæringen gikk gjennom den. På den ene siden kan sonde være et kritisk viktig hjelpemiddel, og noe pasienten bør motiveres til å benytte seg av dersom han ikke greier å innta næring peroralt. På den andre siden er det liten vits i sonden dersom pasienten kaster opp etter hvert måltid. Hyppig oppkast kan blant annet skade tenner og gjøre munnhelsen dårligere, og på denne måten forverre ernæringsstatusen ytterligere (Evensen, 2018). Er det noe sykepleier kan gjøre med dette? Noen pasienter beskrev ubehag når væsken som gikk gjennom sonden var kald. Et tiltak som pasientene opplevde som virksomt for dette var å bruke væske som var så nært kroppstemperatur som mulig. Dette gjorde at væsken ble mindre merkbar, og dermed mindre plagsom for pasientene. En annen mulighet kan være innleggelse av PEG. Dette er en mye større prosedyre som krever et kirurgisk inngrep, men kan være både nødvendig og hjelpsomt dersom pasienten ikke greier å innta næring verken peroralt eller via ventrikkelsonde. Motivasjon og samtale rundt temaet virket likevel å være svært hjelpsomt i praksis, og bør forsøkes først.

5.2.3. Lindring av bivirkninger

Store deler av problemene som fører til ernæringsvansker hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen er knyttet til bivirkninger av behandlingen eller kroppslige forandringer av selve kreftsykdommen. Svulstene kan vokse seg inn i diverse strukturer, og på denne måten hindre at pasienten kan spise normalt (Siggerud, 2017). Kirurgi kan på sin side føre til tale-, tygge- og svelgeproblemer, samt at muskulaturen og utseendet kan bli endret. I noen tilfeller blir også en eller flere nerver påvirket (Evensen, 2018). Strålebehandlingen kan føre til bivirkninger i slimhinner og hud. Munntørrhet og seigt spytt er ofte de første bivirkningene, og etterfølges av smerter og sårhet. Mukositt er betennelsesforandringer, og oppstår i slimhinnene. I huden oppstår først tørr dermatitt, og senere fuktig dermatitt. Smertene og påvirkningen på smakssansen gjør ernæringen svært utfordrende. Kjemoterapi gir kvalme og brekninger, i tillegg til å ha en direkte effekt på slimhinnene (Evensen, 2018). Disse bivirkningene gir store ernæringsproblemer, så hvordan kan sykepleier bidra til symptombedring?

To studier har sett på sammenhengen mellom mukositt og ernæringsstatus. En av studiene utforsker støtte av barrierefunksjonen som behandling av mukositt. Studien konkluderte med at kun støtte ikke hadde god nok effekt, og at større tiltak var nødvendige. Det var likevel en klar sammenheng mellom mukositt og ernæringsstatus. Av pasientene som mistet mer enn 5% av kroppsvekten var grad av munntørrhet, smaksforandringer, mukositt og dysfagi verre enn hos pasientene som gikk mindre ned i vekt (Atasoy et al., 2020). Forebygging av mukositt for å bedre livskvalitet og ernæringsstatus er forsket på i en annen studie. Her ble godt munnstell og ernæringshjelp fremhevet som tiltak. I studien greide man å holde mukositt under kontroll, men ikke unngå helt. I likhet med forrige studie så man en klar sammenheng mellom mukositt og smerter relatert til dette, og ernæringsstatus. I studiegruppen ble 65% underernærte, mot 97% i kontrollgruppen som kun mottok standard behandling. Sykepleiers oppgaver ble i studien fremhevet, og innebar at sykepleier skulle gi veiledning om godt munnstell før pasientene startet behandlingen, vurdering av ernæringsstatus både før, under og etter behandling, i tillegg til å tilby undervisning og veiledning om ernæring (Kartin et al., 2014). Under munnstellet bør pasientene bruke en myk tannbørste og mild tannkrem. Bedøvende gel kan være hjelpsomt ved smerter. Ellers er det viktig at pasientene drikker vann for å løse opp slim, samtidig som det hjelper på munntørrhet. Å skylle munnen med fysiologisk saltvann bør også gjøres

regelmessig (Siggerud, 2017). Funnene kan tyde på at det er vanskelig å forhindre underernæring, men viser også at tiltak hjelper, og kan forebygge underernæring hos mange. Viktigheten av sykepleiers pedagogiske funksjon kommer også til syne.

Gjennom praksiserfaringer har jeg sett at en del pasienter kan være redd for å være til bry, og mange kan vente til det lengste før de ringer i alarmen etter hjelp. Mange kan derfor ha smerter eller andre plager som ikke blir behandlet, og som gjør ernæringen vanskeligere. På den ene siden er det viktig at sykepleieren følger opp pasienten, og kanskje tar en tur innom pasientrommet for å sjekke hvordan pasienten har det. På den andre siden er også riktig informasjon til pasienten viktig. Informasjonen kan være om viktigheten av god smertelindring og god ernæring. Som Virginia Henderson fremmer i sin behovsteori, skal sykepleier hjelpe pasienten til å raskest gjenvinne selvstendighet til å ivareta sine grunnleggende behov. Et av disse behovene innebærer det å drikke og spise tilstrekkelig, og et annet er å lære det som er nødvendig for hans normale utvikling og god helse (Kristoffersen, 2016b). Hvordan kan sykepleier sikre at pasienten forstår hvor viktig dette er? Dersom pasienten ikke vet hvor viktig god ernæringsstatus er for behandlingen og allmenntilstandens del, kan det være vanskelig å være motivert nok til å opprettholde et tilstrekkelig inntak av ernæring. Her må sykepleier nok en gang benytte seg av sin pedagogiske funksjon. Sykepleier må greie å omgjøre informasjonen til noe som oppleves som viktig for pasienten å lære, og som pasienten opplever som relevant for hans situasjon (Kristoffersen, 2016c). Ved å lære pasienten om viktigheten av god ernæring, og de positive sidene som følger med dette, kan det også være lettere for pasienten å ta kontakt og få hjelp. Det kan for eksempel være kortere vei til å si ifra om smerter, hvis pasienten vet, og skjønner hvor viktig god smertelindring er. Sykepleiere har mye kunnskap, og en stor del av sykepleierens oppgaver er å formidle denne kunnskapen, men er det alltid like lett for pasienten å forstå hva som formidles? Hensikten med veiledning skal være å øke pasientens kunnskap og egenmakt. Etter veiledningen skal derfor pasienten ha kunnskap til å ta egne valg som hjelper han i situasjonen han er i. Sykepleier kan hjelpe pasienten med dette via veiledning, men kunnskapsnivået til sykepleier ligger også ofte over pasientens nivå. For at veiledningen skal være til nytte for pasienten er det derfor ofte ingen nytte å bare dele den kunnskapen en selv innehar. Informasjonen som skal formidles må derfor være tilpasset pasientens nivå, og det blir sykepleiers oppgave å utforske hvor dette nivået ligger (Kristoffersen, 2016c).

Et annet av Hendersons grunnleggende behov innebærer å holde huden beskyttet (Kristoffersen, 2016b). Som nevnt får pasientene en del bivirkninger av behandlingen som påvirker huden. Erytem, som videre utvikler seg til tørr dermatitt og videre til fuktig dermatitt er en plagsom og smertefull bivirkning. Smertene øker, og fører til større problemer med ernæringen (Evensen, 2018). På den ene siden er utviklingen uunngåelig, men det betyr heller ikke at det ikke finnes tiltak som kan minske plagene. Pasientene bør få informasjon om at disse hudforandringene kommer til å skje, samt opplæring i hvordan de skal behandle huden. Det er viktig å holde huden fuktig etter stråling. En parfymefri krem bør brukes etter stråling. Dersom huden begynner å bli sår kan det være til hjelp å legge omslag med fysiologisk saltvann, og deretter smøre etter huden blir tørr. Dette kan hjelpe mye, men opioider vil likevel være nødvendig for å minske smertene (Siggerud, 2017).

Smarter er en av grunnene til at sondeernæring blir aktuelt. Det er ofte først etter pasienten har gått ned 5% av kroppsvekten at sondeernæring som tiltak blir satt i gang (Henriksen et al., 2019). På den ene siden kan det å legge inn en sonde bety mindre smerter for pasienten, men på den andre siden kan det føre til at pasienten unngår å spise

på vanlig måte. Å ikke opprettholde tygge- og svelgefunksjonen kan i verste fall over tid føre til at dette må læres på nytt. God smertelindring er derfor viktig, men pasienten bør likevel motiveres til å trosse noe av smertene, for å forhindre at tygge- og svelgefunksjonen forverres på sikt (Siggerud, 2017).

Som tidligere nevnt har praksiserfaringer vist at en del pasienter kommer tilbake til sykehus etter avsluttet behandling, fordi ernærings- eller smerteproblematikken blir forverret etter hjemkomst. Hvorfor er det slik, og hvordan kan sykepleier forebygge dette? En av grunnene kan være dersom sykepleier ikke har gitt god nok informasjon og veiledning, eller at veiledningen ikke har vært tilpasset pasientens nivå, som nevnt tidligere. En annen grunn kan være det at man ikke har noen rundt seg som oppdager endringer raskt nok. På sykehus kan sykepleiere lettere oppdage dersom pasienten har mer smerter enn tidligere, eller dersom et medikament har for dårlig effekt. På sykehus kan det derfor settes i gang tiltak relativt raskt, og en kan forhindre at situasjonen utvikler seg videre. Fra praksiserfaringer er opplevelsen at pasientene tar kontakt, men ofte ikke med en gang. Smertene og ernæringsproblematikken har da ofte blitt tydelig forverret. Sykepleier kan derfor ikke fokusere kun på å lindre plagene til pasienten under sykehusinnleggelsen, men må tenke framover mot hjemreise.

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å besvare problemstillingen *"hvordan kan sykepleier bidra til god ernæringsstatus hos pasienter med kreft i hode og nakkeregionen?"*.

Forskning viser at en av de viktigste tiltakene for å opprettholde ernæringsstatus og forebygge underernæring er god oppfølging. Pasientene som ble hyppigst fulgt opp hadde bedre resultater og færre ble underernærte. Det er lettere å følge opp pasientene når de er inneliggende på sykehus. For at pasientene skal kunne greie seg hjemme er det derfor viktig å veilede dem, slik at de lærer hvordan de selv skal kunne opprettholde ernæringsstatusen. Sykepleier har også en viktig rolle i å undersøke hvem som trenger mer oppfølging, og må undersøke om for eksempel hjemmesykepleie er relevant.

Vår psykiske helse henger tett sammen med den psykiske helsen vår. Forskning har vist at pasienter med kreft i hode og nakkeregionen oftere sliter mer psykisk enn andre kreftpasienter. Endret utseende, det å lære seg å spise, tygge og også snakke på nytt kan være utfordrende. Depressive symptomer eller angst har også en direkte innvirkning på ernæringsstatusen. Fokus på den psykiske helsen er derfor viktig for å unngå isolering, dårligere appetitt eller unngåelse av matsituasjoner.

God symptomlindring er også kritisk viktig for ernæringsstatusen. Forskning viser at lindring av plagene kan forhindre underernæring. God smertelindring er viktig, da smerter er en av de største utfordringene. Sykepleier må gi pasientene opplæring i godt munnstell og godt stell av huden, da sår hud og såre slimhinner er til stort hinder for god ernæring. Kvalme må også behandles, spesielt dersom pasienten har oppkast, da oppkast forverrer munnhelsen og skaper en ond sirkel hvor ernæringen blir ytterligere forverret.

Oppfølging, god symptomlindring og fokus på psykisk helse er derfor viktige oppgaver for sykepleier for å bedre pasientenes ernæringsstatus. Disse tiltakene fungerer både forebyggende og behandlende. Fordi vi alle er forskjellige og reagerer ulikt på de utfordringene vi møter, er det viktig at sykepleien til pasientene er individualisert. Individualiserte tiltak sikrer best mulig ivaretagelse av pasientenes behov.

En utfordring er at fåtallet av nyere forskning har et sykepleiefaglig fokus. Samtidig viser det meste av forskning at å forhindre underernæring er svært vanskelig. Mange pasienter går ned i vekt og mange blir underernærte til tross for tiltakene som blir iverksatt. Det kan derfor være vanskelig å si hvordan sykepleier skal bidra til god ernæringsstatus. Selv om dette bør være målet kan det være mer realistisk å jobbe for å forhindre alvorlig vekttap og underernæring. Mer forskning rundt sykepleiers rolle i forhold til denne pasientgruppen er derfor viktig.

Referanser

- Amdal, C. D. & Bjordal, K. (2017). Kreft i øre-, nese- og halsregionen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 538-550). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Atasoy, B. M., Bektaş Kayhan, K., Demirel, B. & Akdeniz, E. (2020). Mucositis-Induced Pain due to Barrier Dysfunction may have a Direct Effect on Nutritional Status and Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiotherapy. *Turkish Journal of Oncology / Türk Onkoloji Dergisi*, 35(1), 40-46. <https://doi.org/10.5505/tjo.2019.2161>
- Brown, T., Banks, M. D., Hughes, B. G. M., Lin, C. Y., Kenny, L. M. & Bauer, J. D. (2017). Randomised controlled trial of early prophylactic feeding vs standard care in patients with head and neck cancer. *Br J Cancer*, 117(1), 15-24. <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.138>
- Brown, T., Ross, L., Jones, L., Hughes, B. & Banks, M. (2014). Nutrition outcomes following implementation of validated swallowing and nutrition guidelines for patients with head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2381-2391. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2180-9>
- Bye, A. (2017). Ernæring. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 198-223). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Cong, M. H., Li, S. L., Cheng, G. W., Liu, J. Y., Song, C. X., Deng, Y. B., ... Yu, L. (2015). An Interdisciplinary Nutrition Support Team Improves Clinical and Hospitalized Outcomes of Esophageal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy. *Chin Med J (Engl)*, 128(22), 3003-3007. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.168963>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evensen, J. F. (2018). Svulster i nese, munnhule, pharynx og larynx. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 205-219). Oslo: Gyldendal.
- Henriksen, C., Borchsenius, C., Retterstøl, K., Keeping, D. & Maizels, D. (2019). *Klinisk ernæring* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kartin, P. T., Tasci, S., Soyuer, S. & Elmali, F. (2014). Effect of an Oral Mucositis Protocol on Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiation Therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), E118-125. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.E118-E125>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., bd. 1, s. 29-87). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bd. 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bd. 3, s. 349-406). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Shi, R. C., Meng, A. F., Zhou, W. L., Yu, X. Y., Huang, X. E., Ji, A. J. & Chen, L. (2015). Effects of Home Nursing Intervention on the Quality of Life of Patients with Nasopharyngeal Carcinoma after Radiotherapy and Chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(16), 7117-7121. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.16.7117>
- Siggerud, M. A. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i øre,- nese- og halsregionen. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 551-560). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Silander, E., Jacobsson, I., Bertéus-Forslund, H. & Hammerlid, E. (2013). Energy intake and sources of nutritional support in patients with head and neck cancer-a randomised longitudinal study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(1), 47-52. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2012.172>
- Soria, A., Santacruz, E., Vega-Piñero, B., Gión, M., Molina, J., Villamayor, M., ... Vega-Piñero, B. (2017). Gastrostomy vs nasogastric tube feeding in patients with head and neck cancer during radiotherapy alone or combined chemoradiotherapy. *Nutricion Hospitalaria*, 34(3), 512-516. <https://doi.org/10.20960/nh.680>
- Thorsrud, H. (2018). Ernæringsbehandling av kreftpasienter. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 176-185). Oslo: Gyldendal.
- Xu, Y. J., Cheng, J. C., Lee, J. M., Huang, P. M., Huang, G. H. & Chen, C. C. (2015). A Walk-and-Eat Intervention Improves Outcomes for Patients With Esophageal Cancer Undergoing Neoadjuvant Chemoradiotherapy. *Oncologist*, 20(10), 1216-1222. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0178>

