



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
Bachelor i sykepleie

Mat må vi ha!

The importance of nutrition!

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

Hanne Berit Monsen og Hege Lødemel Enersen

4BACH

BASY 2011

2014

Antall ord: 13 418

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

Sammendrag

Tittel: Mat må vi ha!

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta ernæringsstatus hos pasienter som er under cytostatikabehandling?

Formål: Finne forskning som underbygger viktigheten av å ivareta ernæringen hos kreftsykepasienter under behandling av cellegift.

Metode: Litteraturstudie.

Funn: Fire forskningsartikler og en fagartikkel som belyser ulike vinklinger for å oppnå en god ernæringsstatus. Disse tar for seg kartlegging av ernæringsstatus, bivirkninger av cellegift som påvirker matinntaket, underernæring hos kreftpasienter og ernæringsveiledning.

Diskusjon: Drøfte Orems fem hjelpemetoder ut ifra allerede skrevet teori opp mot problemstillingen og egne erfaringer.

Konklusjon: Ved god ernæringsstatus vil pasienten kunne takle utfordringene sykdommen og behandlingen gir. Når en tar tak i ernæring tidlig i sykdomsforløpet kan sykepleieren forhindre at pasienten blir underernært, og gjennom veiledning vil pasienten få en større forståelse for viktigheten med en god ernæringsstatus.

Nøkkelord – ernæring, cellegift, kreft, underernæring

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensning oppgaven.....	6
1.4 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteratursøk	8
2.3 Kildekritikk	10
3.0 Teoridel	12
3.1 Dorothea Orems tenkning	12
3.2 Eggstokkreft	14
3.3 Behandlingsformer	15
3.3.1 Cytostatikabehandling.....	15
3.4 Bivirkninger som følge av cytostatikabehandling som påvirker matlysten	16
3.4.1 Nedsatt matlyst og vekttap	16
3.4.2 Kvalme og oppkast.....	16
3.4.3 Obstipasjon (forstoppelse).....	17
3.4.4 Nedsatt immunforsvar	17
3.4.5 Smaksforandring	18
3.4.6 Munnsårhet/-tørrhet.....	18
3.5 Ernæring	18
3.6 Underernæring.....	20
3.7 Kartlegging av ernæringsstatus	20
3.7.1 Kroppsmasseindeks (KMI)	21
3.7.3 Nutritional Risk Screening (NRS) 2002.....	22

3.7.4 Subjective Global Assessment (SGA).....	22
4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta ernæringsstatus hos pasienter som er under cytostatikabehandling?	23
4.1 Hvordan kan vi som sykepleier bidra til å bedre kostholdet til pasienten?.....	23
4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere kartlegge og veilede pasienten til å oppnå en god ernæringsstatus?	25
4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere støtte pasienten for å minske bivirkningene cellegift medfører?	29
4.4 Hvilke tiltak kan vi som sykepleiere gjøre for at maten skal være mer appetittvekkende?	32
5.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	36
Figur 1 (se vedlegg 4)	
Vedlegg 1: Pico skjema (1 side)	
Vedlegg 2: Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002) (1 side)	
Vedlegg 3: SGA for ernæringsstatus (2 sider)	
Vedlegg 4: Oppskrifter på smoothie (1 side)	

1.0 Innledning

Gjennom våre praksisperioder har vi hatt utfordringer overfor forskjellige pasientgrupper som har fått i seg for lite mat. I denne oppgaven vil vi fokusere på kreftpasienter som er innlagt på sykehuset og deres ernæringsbehov. Vår erfaring fra praksis er at mange pasienter med kreft har utfordringer med å få dekket sitt daglige behov for mat. Mat og drikke vil bidra til at pasienten raskere får tilbake kreftene etter cellegiftbehandlingen.

Det finnes mange forskjellige krefttyper i Norge. Vi har valgt å ta for oss eggstokkreft for å snevre inn oppgaven. Eggstokkreft har mange negative faktorer som påvirker ernæringstilstanden og matlysten til kvinner (Bye, 2004, s. 156). Vi har vært opptatt av ernæring, og har forskjellige erfaringer om hvordan fokuset er ute på de ulike avdelingene. Det var viktig for oss å ha et tema vi begge har erfaring fra og som interesserer oss. Det har vært litt utfordrende å finne en pasientgruppe, siden vi har hatt praksis på forskjellige steder, men vi kom fram til at eggstokkreft var noe vi begge har erfaring med.

I følge kreftregistret fikk nesten 30 000 diagnosen kreft i Norge i 2011. Når vi sammenligner med statistikken for 50 år siden, ser vi at antallet er fordoblet i dag (Ursin, 2013). Fortsetter disse tallene å øke vil antall krefttilfeller i Norge ha økt med 36 % for kvinner og 42 % for menn i 2020 (Ursin, 2008). Ser vi videre på utbredelsen av eggstokkreft var det 485 tilfeller i 2011, dette gjør at denne krefttypen nå blir sett på som den sjette mest vanlige som kvinner får i Norge (Svendsen, 2013).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Vi har valgt å skrive bacheloroppgaven om hvilke tiltak sykepleiere kan hjelpe pasienter med for å få i seg kaloriholdig mat. Hovedfokuset vårt vil være på kreftpasienter, det er et kjent problem for de som går gjennom en cytostatikabehandling (cellegift) at de kan miste matlysten. Behandlingen som vi fokuserer på (Paclitaxel) har for eksempel kvalme som bivirkning, og dette påvirker pasientens matinntak negativt (Paclitaxel Hospira, s.a.). Vi mener dette er et tema som er svært aktuelt og spennende, og som vi ønsker å få mer kunnskap om. Ernæring er et viktig tema, enten det er hos kreftpasienter eller andre. Derfor er det nødvendig for oss som sykepleiere å vite mer om dette.

Vi opplever at det er lite fokus på kreftpasienters matinntak når vi har vært ute i praksis. Erfaringen og lærdommen vi får gjennom bacheloroppgaven vil vi kunne ta med oss videre i vårt yrkesaktive liv. Dette vil alltid være et aktuelt tema. Det er mye vi som sykepleiere kan gjøre for bistå pasienten for å få dekket sitt daglige behov for mat og drikke slik at de kan holde seg friske. I tillegg vil vi øke vårt kunnskapsnivå om hvordan vi som sykepleiere kan forebygge og komme med tiltak for å dempe bivirkninger av kreftsykdommen og behandlingen slik at pasienten får optimal ernæring.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta ernæringsstatus hos pasienter som er under cytostatikabehandling?

1.3 Avgrensning oppgaven

Innenfor dette temaet er det mange komponenter som vi kunne tatt med, men for å begrense oppgavens størrelse har vi valgt å ta for oss en bestemt krefttype og behandling. Den cellegiften som blir mest brukt til eggstokkreft er Carboplatin sammen med Paclitaxel. Denne cellegiften har noen bivirkninger, men siden vi har fokuset vårt på ernæring har vi valgt de bivirkningene som vil påvirke matinntaket. Vi kommer til å bruke ordene cellegift og cytostatika om hverandre, da det noen steder passer best med det latinske ordet. Stråling er den minst brukte behandlingsformen, mens kirurgi blir brukt hvis kreften blir oppdaget tidlig, dette har vi valgt å ikke fokusere på i oppgaven.

Vi vet av erfaring at pårørende er en viktig ressurs hos denne pasientgruppen, men vi ser bort fra dette da vi tar for oss hva sykepleieren kan gjøre for å opprettholde eller ivareta ernæringsstatusen hos pasienten. Vi har fokus både på medikamentell og ikke medikamentelle tiltak per os (gjennom munnen) som sykepleieren kan administrere etter legens forordninger, derfor her har vi valgt å se bort ifra sondeernæring og intravenøs behandling. Vi ønsker å bruke Orems egenomsorgsteori og hovedfokuset har vært på de helsesviktsrelaterte egenomsorgsbehovene som pasienten vil trenge hjelp med. Dette vil være det gjennomgående fokuset i hele oppgaven og et utgangspunkt for drøftingen i kapittel 4.

1.4 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 - her presenterer vi valg av tema og vår problemstilling. Vi belyser også grunnen for valg av emne og avgrensninger vi har gjort for å snevre inn oppgaven.

Kapittel 2 – i dette kapitlet tar vi for oss hvordan vi har brukt litteraturstudie som metode for å finne fram til fag- og forskningsartikler. Vi har valgt å presentere disse artiklene så det skal bli enklere for leseren å forstå hvorfor disse ble valgt. Til slutt har vi lagt fram hvilke databaser vi har søkt i og hvilke søkeord vi har brukt, både norske og engelske.

Kapittel 3 – denne delen av oppgaven vil omhandle teorien vi videre vil bruke i drøftingen. Her kommer det fram hvilken litteratur vi mener er relevant til vår problemstilling. Dette kapitlet starter med en presentasjon av sykepleieteoretikeren, Dorothea Orem som vi har valgt å bruke gjennom hele oppgaven. Deretter tar vi for oss temaene eggstokkreft, behandlingsformer, bivirkninger som påvirker ernæringsinntaket og ulike kartleggingsmetoder for å finne ut om pasientene er i ernæringsmessig risiko for underernæring.

Kapittel 4 – her drøfter vi teorien fra forrige kapittel opp mot problemstillingen. Vi legger vekt på Orems fem hjelpemetoder for å få god oversikt i oppgaven.

Kapittel 5 – i dette kapitlet kommer oppgavens konklusjon frem.

Kapittel 6 – litteraturliste med vedlegg.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert forklarer en metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2007, s. 81).

Metoden som skal brukes i denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie går under det som kalles en kvalitativ og kvantitativ metode. Ved kvalitativ metode vil en prøve å få tak i personlige meninger og opplevelser som deltagerne går gjennom. Den kvantitative metoden tar for seg å forme den samlede informasjonen til målbare enheter. Med tanke på vår oppgave så mener vi den kvalitative metoden er mest relevant for å bedre vår forståelse av hvordan pasientene opplever å ha dårlig matlyst etter å ha gjennomgått en cytostatikabehandling (Dalland, 2007, s. 82).

Utformingen av denne oppgaven vil basere seg på faglitteratur, forskning og egne erfaringer som vi har med oss fra tidligere praksis og jobb. Dette vil være med på å gi leseren et innblikk i hvordan vi som sykepleiere også kan oppleve situasjoner der kreftpasienter ikke får i seg tilstrekkelig med næring.

2.1 Litteratursøk

Dalland (2007, s. 117) skriver at for å klare å samle inn relevant informasjon til oppgaven, må vi ha en formening over hvilke data vi vil kunne trenge for å svare på problemstillingen. Vi har søkt på bakgrunn av vår problemstilling og av vår forståelse av dette temaet. De valgte kildene vil derfor være preget av våre erfaringer og av hva vi mener er relevant for oppgaven. Til å begynne med gjorde vi et utvidet søk i forhold til teamet vårt. Dette resulterte i for mange treff.

Før vi begynte den systematiske søkeprosessen lagde vi et PICO skjema (vedlegg 1) for å gjøre søket enklere for oss selv. Ellers har vi hatt stor nytte av biblioteket på skolen for å finne relevante bøker og artikler. I tillegg har vi hatt en time med en bibliotekar som hjalp oss med litteratursøket og kildehenvisninger.

Vi søkte etter fag- og forskningsartikler i databaser som helsebiblioteket.no, EBSCO, SveMed+, Ovid Nursing, og PubMed og skolens bibliotek. For å få mest mulig treff ville vi først finne ut de riktige MeSH-termene før vi begynte det ordentlige søket. Ved bruk av SveMed+ fikk vi oversikt over disse ordene både på engelsk og på norsk. Vi har fra tidligere erfart at vi får flere funn med de engelske søkeordene. De søkeordene vi endte opp med å bruke var «cellegift, ernæring, kreft, eggstokkreft, cytostatika, chemotherapy, nutrition, antineoplastic agents, ovarian neoplasms, ovarian cancer, malnutrition, screening, taste, smell, gynaecological cancer » Disse ordene har vi brukt i ulike kombinasjoner for å se hvilke som ga mest relevante resultater.

I SveMed+ brukte vi søkeordene «cellegift» og fikk 140 resultater. Dette ble for mange treff så vi skiftet ord til «antineoplastic og nutrition», da fikk vi 11 resultater. Ingen av disse hadde noen relevans med tanke på det vi ønsket å belyse, så vi fortsatte søket i en annen database med de samme søkeordene.

I EBSCOhost søkte vi på ordene «malnutrition, antineoplastic agents, ovarian neoplasms, ovarian cancer og chemotherapy» hver for seg. Her valgte vi å ta med «all databases». Se trefflisten nedenfor. Her fant vi den ene forskningsartikkelen vi har inkludert i oppgaven «Malnutrition among gynaecological cancer patients». Fokuset med denne artikkelen var å undersøke ernæringsstatusen hos pasienter med gynekologisk kreft ved bruk av kartleggingsverktøyet PG-SGA. De konkluderer med at underernæring er et problem hos kvinner med gynekologisk kreft, dette ses spesielt hos de med eggstokkreft. PG-SGA er et viktig kartleggingsverktøy som kan fange opp pasienter som er i ernæringsmessig risiko (Laky, et al., 2007).

Søkeord	Antall treff
Malnutrition	25434
Antineoplastic agents	85196
Ovarian neoplasms	24963
Chemotherapy	213434
Ovarian cancer	31350
Malnutrition AND ovarian cancer	20 Med full tekst - 10

Vi gikk inn på sykepleien.no da dette er en side vi har brukt mye under vår utdanning. Under fag- og forskningsarkiv søkte vi på ordene «kreft» og «ernæring». Her så vi gjennom titlene på artiklene og fant en som var omhandlet ernæringsveiledning. Forskningsartikkelen het «Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft». Formålet med denne artikkelen var å finne ut om ernæringsveiledning hadde noen effekt på ernæringsinntaket, ernæringsstatusen, symptomer og livskvaliteten hos kreftpasienter under behandling. Ernæringsveiledning hadde en god effekt både på ernæringsinntaket og forbedret ernæringsstatusen til pasientene som var under behandling. De konkluderer med at hver pasient måtte få mer individualisert veiledning som baserer seg på matvaner og ønsker (Stenling & Nortvedt, 2011).

I PubMed brukte vi søkeordene «malnutrition, antineoplastic agents, ovarian neoplasms, ovarian cancer og chemotherapy». Se tabellen under for trefflisten. Vi valgte ut artikkelen «Qualitative and Quantitative Assessment of Taste and Smell Changes in Patients Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer or Gynecologic Malignancies» Formålet med denne artikkelen var å finne ut om lukt- og

smakssansene forandret seg mens kreftpasienten fikk cellegiftbehandling. De konkluderer med at cellegift har en vesentlig, men forbigående virkning på lukt- og smaksfunksjonen, og tap av disse kan føre til redusert appetitt, et lavt energiinntak og vekttap hos pasienter med bryst- og gynekologisk kreft (Steinbach, et al., 2009).

Søkeord	Antall treff
Malnutrition	114037
Antineoplastic agents	890213
Ovarian neoplasms	75501
Ovarian cancer	83500
Chemotherapy	18
Ovarian cancer AND malnutrition	80
	Avgrenset til clinical trial - 5

Vi har fått en artikkel anbefalt fra en lærer på høgskolen som vi inkluderte i oppgaven, da den hadde stor relevans for vår problemstilling. Den heter «kreftpasienter risikerer underernæring». Videre så vi på referanselisten og fant en annen artikkel som virket relevant og som tok for seg ernæringskartlegging. Den fant vi som fulltekst på ScienceDirect, «Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study». Denne tar for seg ulike kartleggingsverktøy, og sammenligner sensitivitet og spesifisitet mellom dem. Forfatterne konkluderer med at ernæringsstatus og risiko kan vurderes ved alle kartleggingsverktøyene, men at alle har hver sine begrensinger (Kyle, Kossovsky, Karsegard, & Pichard, 2006).

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk blir brukt for å fastslå om en kilde er troverdig eller ikke. Derfor er viktig å vurdere all litteratur som blir brukt i besvarelsen. Deretter må vi bedømme hvorvidt de gyldige og har relevans til den valgte problemstillingen (Dalland, 2007, s. 70). Kildene vi har valgt å bruke i denne oppgaven er pensumlitteratur, selvvalgte bøker og artikler.

Litteraturen vi har brukt i oppgaven omhandler temaene som er nevnt i innledningen. Det er viktig å være kildekritisk ved valg av litteratur til oppgaven, kildene vi har valgt er pensumlitteratur, relevante bøker og artikler. Videre har vi valgt å bruke tidsaktuelle kilder, forskningsartiklene er fra perioden 2005 – 2011, noe vi anser som nyere forskning. Ved å ikke å bruke eldre artikler, vil de vi har valgt være faglig oppdatert. Noen av de valgte forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Selv om engelsk ikke er vårt morsmål så anser vi vår forståelse som god, men vi kan ikke se bort fra at noen av setningene kan ha blitt mistolket.

Forskningen vi bruker er publisert i vitenskapelige tidsskrifter eller fagtidsskrifter. Vi vurderer de artiklene som vi har tatt med som pålitelige da vi har funnet de gjennom skolens database som skolens bibliotek har tilgang til. I tillegg har vi blitt anbefalt av skolen å bruke disse databasene opptil flere ganger, dette anser vi som pålitelige kilder.

Kriteriene vi brukte for å finne relevant litteratur var at de er skrevet av autorisert helsepersonell og ikke var eldre enn 2000. Ser vi på litteraturen rundt sykepleieteorien vi har valgt, vil den ene boken være fra 1999. Vi har likevel valgt å ta den med, siden Orems tenkning vil være den samme selv om denne boken er gammel.

Vi har også vært skeptiske til bruk av internett, mye av den informasjonen som ligger her kan være upålitelig. For eksempel på Wikipedia kan hvem som helst legge ut en artikkel, dette gjør at informasjonen som står her med stor sannsynlighet ikke er helt troverdig. I stedet har vi brukt internett sider som Kreftforeningen, Vardesenteret og Kreftlex som vi vet er skrevet av autorisert helsepersonell og som vi har blitt anbefalt å bruke mens vi var ute i praksis. Disse sidene jevnlig oppdatert og kommer med god informasjon både til pasient, pårørende og helsepersonell.

3.0 Teoridel

Først vil vi se nærmere på sykepleieteoretikeren Dorothea Orem. Hennes sykepleiesyn ligger til grunn for vår drøfting av problemstillingen. Så vil vi se på eggstokkreft og behandling av eggstokkreft. Hovedvekten vil være på cellegift, ettersom at dette blir mest brukt mot denne krefttypen. Til slutt tar vi for oss teori om ernæring. Grunnen for at vi har valgt en slik oppbygging av oppgaven er for at leseren skal få informasjon om sykdommen og behandlingen før informasjonen om ernæring.

3.1 Dorothea Orems tenkning

Dorothea Orems modell om egenomsorg og sykepleiesystemer har fått stor innflytelse i verden. Her i Norge blir disse brukt i sykepleieyrket (Cavanagh, 1999, s. 9). Orem presenterte for første gang sin egenomsorgsteori i 1971. Denne teorien baserer seg på Virginia Hendersons tidligere sykepleieteori som Orem har videreutviklet (Kristoffersen, 2011, s. 210).

Orem (2001) definerer egenomsorg som « the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being» (s. 43). Hun baserer sin teori på tre ulike egenomsorgsbehov; de universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene (Orem, 2001, s. 48). Innenfor de universelle egenomsorgsbehovene har hun kommet med åtte tiltak som omfatter de vesentlige fysiske, psykiske, åndelige og sosiale aspektene ved livet som alle mennesker må forholde oss til. Her presenteres grunnleggende livsprosesser, for eksempel tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat. Hvis det oppstår et problem i en av disse prosessene kan det føre til livstruende tilstander (Cavanagh, 1999, ss. 19-20). De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene er basert på menneskets livssyklus hvor utvikling skapes og opprettholdes. Det innebærer at de universelle behovene mennesker har gjennom livet må ivaretas på bestemte måter ut i fra alder og tilstand/situasjon (Kristoffersen, 2011, s. 230). Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov foreligger når den enkelte pasient blir syk eller skadd, har en funksjonsbegrensning eller er under medisinsk diagnostisering eller behandling (Cavanagh, 1999, s. 23). Ved endringer i helsetilstanden vil hver enkelt oppleve nye egenomsorgsbehov som hun eller han ikke har vært i før. Personen vil også kunne oppleve å bli delvis eller helt avhengig av andre og må dermed tilpasse seg den nye livssituasjonen. Uavhengig om situasjonen/tilstanden er forbigående eller varig (Kristoffersen, 2011, s. 232).

Orem har laget tre sykepleiesystemer som sykepleieren kan bruke for å fremme egenomsorg, det helt kompenserende system, det delvis kompenserende system eller det støttende og det undervisende systemet. Målet med disse sykepleiesystemene er å strukturere sykepleiesituasjoner etter de ulike rollene som sykepleieren og pasienten har (Orem, 2001, s. 350). I følge Kristoffersen (2011, s. 239) brukes det helt kompenserende systemet hvis pasientens ressursvikt er total. Da vil sykepleieren

utføre all egenomsorgen for pasienten for å kompensere for det pasienten ikke lenger klarer selv. I det delvis kompenserende systemet vil både sykepleier og pasient delta. I noen situasjoner vil pasienten selv klare å bruke sine ressurser til å utføre noen oppgaver/handlinger i sin egenomsorg. I det siste systemet, den støttende og undervisende, vil pasienten klare å ivareta sin egenomsorg med assistanse fra sykepleieren. Det kan da bestå av å støtte pasienten til å overvinne sine begrensninger eller ved at sykepleier underviser i hvordan pasienten kan tilpasse seg nye situasjoner (Orem, 2001, s. 350) (Cavanagh, 1999, s. 43).

Orem har fem generelle hjelpemetoder som sykepleiere skal bruke for å hjelpe pasienten:

- Å gjøre noe eller handle for en annen – denne hjelpemetoden retter seg mot pasienter som ikke er i stand til å utføre bestemte egenomsorgshandlinger. Sykepleier vil bruke sine ferdigheter og kunnskaper til å kompensere for den ressursvikten pasienten har og handle ut ifra det pasienten trenger hjelp med (Kristoffersen, 2011, s. 237).
- Å veilede og rettlede en annen – denne metoden er fin å bruke da pasienten må ta et valg eller følge en handlingsplan. Sykepleieren vil veilede pasienten til å ta beslutninger og utføre handlingene, dette foregår gjennom råd og informasjonsgiving. På denne måten vil pasienten gjennomføre sine egenomsorgsbehov ved hjelp av sykepleieren (Kristoffersen, 2011, s. 237).
- Å sørge for fysisk og psykisk støtte – denne metoden blir gjerne brukt i kombinasjon med veiledning. Sykepleieren må sette seg inn i situasjonen pasienten opplever og forstå hvorfor det er vanskelig å nå målene. Gjennom sin støtte vil sykepleieren kunne hjelpe pasienten å gjennomføre en handling eller å ta et valg. Støtte som hjelpemethode blir også brukt når pasienten opplever noe ubehagelig eller smertefullt. I noen tilfeller vil da sykepleierens nærvær og oppmuntring være nok (Kristoffersen, 2011, s. 237).
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling – dette omfatter både fysiske og psykiske forhold, og når disse blir stimulert kan pasienten oppleve at de opprinnelige holdninger, verdier og selvbilde har endret seg til det bedre. Denne hjelpemetoden omfatter å tilrettelegge forholdene i omgivelsene slik at pasientens ansvar, deltakelse og læring utvikler seg. Gjennom disse tilretteleggelsene skal pasientens behov bli ivarettatt (Kristoffersen, 2011, s. 237).
- Å undervise – denne metoden blir benyttet for at pasienten skal lære å mestre egenomsorgen. Er ikke pasienten interessert i å lære eller ikke klar over hennes manglende

kunnskaper kan ikke denne metoden brukes. Undervisningen kan foregå ved at pasienten observerer eller er med selv, her kan det være lurt at sykepleier er kreativ i hvordan undervisningen foregår for å få pasienten engasjert i å lære (Kristoffersen, 2011, ss. 237-238).

Hvilken metode sykepleieren velger å ta i bruk avhenger av pasientens egenomsorgskapasitet, sammen med bakgrunnen til den sviktende egenomsorgen. I noen situasjoner vil flere av Orems hjelpemetoder bli brukt samtidig, dette avhenger av hva slags svikt pasienten har. Ved forandringer i tilstanden må sykepleieren ta en ny vurdering og muligens endre valgt hjelpemetode (Kristoffersen, 2011, s. 236).

3.2 Eggstokkreft

I følge Kristoff (2011, s. 403) er det ca. 500 kvinner som får eggstokkreft hvert år i Norge. I de fleste tilfellene vet vi ikke årsaken til denne kreftformen. Allikevel kjenner vi noen risikofaktorer, som for eksempel høy alder ved første fødsel, kvinnen har gjennomgått få fødsler, eller korte menstruasjonssykluser. Beskyttende faktorer for denne sykdommen kan være bruk av p-piller, amming, at kvinnen har gjennomgått mange fødsler eller at hun er tidlig i overgangsalderen (Iversen & Trope, 2005, s. 255). I noen av tilfellene kan det være arvelig, det gjelder cirka 5 % (Kristensen, 2004, s. 389).

Eggstokkreft blir delt opp i forskjellige stadier som sier noe om hvordan krefttilstanden kvinnen er i. Det blir delt opp i fire stadier med tall fra 1 til 4 og videre delt opp i tre bokstaver fra a til c. Stadium 1 er den minste kreften. Ettersom kreften vokser og sprer seg, kommer kvinnen nærmere stadium 4 som vil bety at pasienten har fjernmetastaser (spredning til andre organer). Disse stadiene forteller oss hvor kreften er og hvor mye spredning kvinnen har (Iversen & Trope, 2005, s. 256)

Ved bekreftet eggstokkreft tas det videre undersøkelser for å kartlegge om sykdommen har spredt seg og eventuelt hvor mye for å kunne gi pasienten best mulig behandling. Undersøkelsene som blir utført er CT av abdomen (magen), thorax (brystkassen) og bekkenet. I tillegg finnes det en blodprøve som kan tas ved mistanke om eggstokkreft, den heter cancerantigen (CA) 125. Det er et protein som produseres i krefttumorer, og den vil da være forhøyet. For å finne ut hvilken cellegift som virker best kan det tas en cytologisk test av ascites væsken (Kristoff, 2011, s. 404).

To tredjedeler av kvinnene som har denne sykdommen oppsøker ofte legen sent i sykdomsforløpet. Når diagnosen blir stilt har eggstokkreften ofte utviklet seg til stadium 3 eller 4 (Kristensen, 2004, s. 390). Det kommer av at eggstokkreften gir få symptomer og de er ofte diffuse. En grunn til dette er at det er god plass i buken og små forandringer gir ikke så tydelige symptomer. De symptomene kvinnene ofte beskriver er vekttap, utspilt mage, tarmplager, kvalme og halsbrann (Kristoff, 2011, s. 404). Kvinnene kan oppleve at magen er spent og/eller får en trykkekfølelse i magen. I tillegg kan

vannlatnings- og avføringsmønsteret forandre seg, fordi kreften har spredt seg til tarmene og danner krefttumor, noe som kan gjøre at det blir dårligere passasje i tarmen og urinveiene. Vaginale blødningsforstyrrelser kan også forekomme. Før disse symptomene melder seg, har tumoren økt i omkrets og kreften har spredt seg, slik at det er kreftceller både i buken og i tarmene. Pasienten får da mye ascites (væske) i buken (Ulvund, 2008, s. 719).

Eggstokkreft er den krefttypen i kjønnsorganene som har den dårligste prognosen. Som tidligere nevnt er det mange som oppsøker legen sent fordi sykdommen gir lite symptomer. Er det kun kreft på eggstokkene er femårsoverlevelsen ca. 92 %, men hos de pasientene som har spredning og gjennomvoksinger er prognosen dårligere. De har ofte flere residiv (tilbakefall) og må gjenta cellegiftbehandlingen flere ganger (Kristoff, 2011, s. 404).

3.3 Behandlingsformer

For de pasientene som har fått en kreftdiagnose, kan det være varierende hva prognosen for helbredelse er. Har sykdommen blitt oppdaget på et sent stadium kan det være vanskeligere å helbrede og forløpet vil da heller være å lindre pasientens plager ved å forebygge at det oppstår bivirkninger. Målet med cytostatikabehandling vil variere mellom kurativ-, palliativ- og adjuvant intensjon. Den kurative intensjonen handler om å bekjempe sykdommen og bli frisk. Den adjuvante intensjonen går ut på å tilleggsbehandle for å forebygge ny sykdom. Ved palliativ behandling vil pasientens symptomer lindres slik at livets siste fase blir best mulig, siden helbredelse ikke er mulig (Kvåle, 2002, s. 46).

Ved eggstokkreft er det forskjellige behandlingsmetoder: medisinsk, kirurgisk og stråling. Den medisinske innebærer cellegiftbehandling og er den mest brukte behandlingsformen.

3.3.1 Cytostatikabehandling

Cytostatikabehandlingen virker både på kreftceller og friske celler, men skadene som blir på de friske cellene er ikke så store. Friske celler har bedre evner enn kreftceller til å reparere skadene som kommer på DeoxyriboNucleicAcid (DNA), slik at det friske vevet klarer å normalisere seg mellom hver cellegiftbehandling. Cellegift dosen blir beregnet ut i fra pasientens høyde og vekt, men det er også viktig å finne en balanse mellom hva de friske cellene tåler og den dosen som må til for å få den ønskede effekten på kreftcellene (Om cellegiftbehandling, 2014). Den mest effektive cellegiften som virker best på eggstokkreft er Cisplatin og Carboplatin. Begge er like effektive, men Carboplatin gir mindre bivirkninger som kvalme og ubehag. I tillegg er den enklere å administrere. Cellegift består ofte av to medikamenter og det blir ofte brukt Paclitaxel sammen med Carboplatin (Kristensen, 2004,

s. 391). Paclitaxel skal gis over tre timer og Carboplatin blir gitt over tretti minutter. Cytostatika blir gitt som intravenøst medikament (Carboplatin-/paklitaxelkur, 2014).

Mange av kvinnene med eggstokkreft får tilbakefall av kreftsykdommen. Hvis pasienten får residiv før det har gått 6 måneder etter endt primærbehandling, viser det at kreftsvulsten er relativt resistent (motstandsdyktig) mot den cellegiftbehandlingen som ble gitt. Når dette skjer blir det gitt andre typer cellegift, og målet blir palliativ behandling. Hos de kvinnene det går lengere enn seks måneder før de får tilbakefall vil kreften respondere bra på samme cellegift som ble brukt ved primærbehandlingen (Kristensen, 2004, s. 391).

3.4 Bivirkninger som følge av cytostatikabehandling som påvirker matlysten

Kvåle (2002, s. 34) skriver at et vanlig symptom hos kreftpasienter er vekttap og redusert allmenntilstand. Dette kan oppstå på grunn av ernæringsforstyrrelser, det vil si metabolförändringer, psykiske plager (depresjon, engstelse) og behandlingsrelaterte årsaker. Bertelsen, Hornslien & Thoresen (2011, s. 140) skriver at mange pasienter kan oppleve vanskeligheter med ernæring som følge av selve sykdommen eller bivirkninger den medfører.

3.4.1 Nedsatt matlyst og vekttap

Nedsatt matlyst er et velkjent problem hos kreftpasienter (Bye, 2004, s. 156). Matlysten vil spesielt være redusert rett før, under eller etter en cytostatikabehandling. Det kan være mange forskjellige grunner til dette, for eksempel vil bekymringer og stress vedrørende diagnosen og behandling kunne påvirke matlysten, samt de bivirkningene som kan oppstå. Da tenker vi på kvalme og oppkast, diaré, forstoppelse, smaksförändringer og sårhet i munn/svelg. Som tidligere nevnt kan nedsatt matlyst over lengre perioder kan føre til at pasienten også opplever vekttap. Dette er et faresignal som forteller at kroppen ikke får i seg nok næring (kalorier). Vekttap vil også føre til andre konsekvenser, pasienten blir trøtt og sliten, og funksjonsnivået kan bli betraktelig redusert. Det kan også føre til et dårligere immunforsvar, som allerede er lavt på grunn av cytostatikabehandlingen (Kreftforeningen, 2012).

3.4.2 Kvalme og oppkast

Hos kreftpasienter er det ikke uvanlig at det oppstår kvalme og oppkast. Disse bivirkningene kommer av at kroppen reagerer på de giftige stoffene som cytostatikabehandlingen inneholder (Varre, 2004, s. 116). I hjernen er det to sentre som styrer kvalmen, kjemoreseptortriggeren og brekningscenteret. Disse vil få signaler fra reseptorcellene i hjernestammen som har fått beskjed fra reseptorene i mage-tarm-kanalen, tumor eller legemidler om at det har kommet giftige stoffer i blodbanen. Kjemoreseptortriggeren vil da reagere med å gi kvalmefølelse mens brekningscenteret reagerer med å gi

brekninger og oppkast. Det vil variere fra person til person hvor mye som skal til for at disse kvalmesymptomene vil oppstå. Hos pasienter med kreft kan bare tanken på en ny behandling være nok til å få i gang denne prosessen (Kreftforeningen, 2008, ss. 8-10). Paclitaxel - Carboplatin kuren kan gi kvalme og oppkast som bivirkning, dette kan vare opp til cirka en uke (Carboplatin-/paklitaxelkur, 2014).

Kreftforeningen (2008, s. 6) beskriver tre typer kvalme vi kan skille mellom. Akutt-, forsinket- og forventet kvalme. Akutt kvalme vil oppstå innen 24 timer etter oppstart av behandling, mens ved forsinket kvalme vil kvalmen komme etter 24 timer. Ved forventet kvalme vil pasienten assosiere kvalme med lukt, gjenstander eller situasjoner som har gitt kvalme tidligere. Dette er mest vanlig ved oppstart av ny cellegift, spesielt for pasienter som tidligere har kastet opp ved behandling.

3.4.3 Obstipasjon (forstoppelse)

Ved obstipasjon vil pasienten oppleve avføringen som hard og treg, og den forekommer sjeldnere enn to ganger i uken. Avføringen blir hard når passeringen gjennom tykktarmen blir langsom på grunn av at mye av væsken blir absorbert (Stubberud & Nilsen, 2010, s. 432). Forstoppelsen kan komme av komplikasjoner i forhold til cytostatikabehandling og sykdommen, men også på grunn av medikamenter som blir gitt for å hindre andre bivirkninger av behandling. De mest vanlige er smertestillende medikamenter som kan være harde på magen (Kreftforeningen, 2004, s. 39).

For å forebygge at pasienten blir forstoppet er det viktig å spise fiberrik kost, drikke rikelig og at pasienten holder seg i fysisk aktivitet. I noen tilfeller vil ikke dette være nok og pasienten må ty til avføringsmidler. Vi har Laktulose som er et middel som vil gjøre at avføring holder seg myk, er ikke denne behandlingen tilstrekkelig kan Laxoberal dråper tilsettes for å øke effekten (Carboplatin-/paklitaxelkur, 2014).

3.4.4 Nedsatt immunforsvar

Cytostatikabehandlingen reduserer produksjonen av røde (erytrocytter) og hvite (leukocytter) blodceller. Har kroppen for få leukocytter vil det føre til et svekket infeksjonsforsvar som gjør at pasienten lettere kan bli syk. Har pasienten redusert produksjon av erytrocytter vil det føre til lav blodprosent. Dette gjør at hun opplever slapphet og trøtthet. (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2011, s. 139).

3.4.5 Smaksforandring

Smaksforandringer er en bivirkning av cytostatika som mange pasienter opplever fra et par dager til flere uker etter avsluttet behandling (Kreftforeningen, 2004, s. 15). Pasientene vil oppleve at smakene søtt, surt, salt og bittert kan bli oppfattet annerledes enn tidligere. Disse forandringene kommer på grunn av skaden smaksløkene og spyttkjertelen har fått av cytostatikabehandling, i tillegg kan medisiner være en medvirkende faktor (Kreftforeningen, 2004, s. 15). Steinbach et al. (2009) nevner at smaksforandringene er forbigående, og vil avta innen tre måneder etter avsluttet cellegiftbehandling.

3.4.6 Munnsårhet/-tørrhet

Mange pasienter som er under cytostatikabehandling opplever plager i munnen (Kreftforeningen, 2008, s. 28). Hovedårsaken er på grunn av det nedsatte immunforsvaret som gjør at pasienten lettere får sår og infeksjoner i munnhulen, i tillegg har medisinene og cytostatikabehandlingen mye å si. Ved en infeksjon vil pasienten få plager som svie, brenning og kløe i munnslimhinnene. Soppinfeksjon er det mest vanlige komplikasjonen, dette kan behandles med antimykotika (spesialpreparat) (Kreftforeningen, 2008, s. 32).

3.5 Ernæring

For at vi mennesker skal fungere optimalt må vi innta både mat og drikke. Maten blir tatt opp og brukt som energi. For at kroppen skal klare å bruke energien må den forbrenne energigivende næringsstoffer: karbohydrater, proteiner og fett (Aagaard, 2011, s. 162). Et normalt kosthold består av tre ernæringskomponenter; væske, makronæringsstoffer og mikronæringsstoffer. Makronæringsstoffer er karbohydrater, fett og proteiner mens mikronæringsstoffer er essensielle næringsstoffer som vitaminer, elektrolytter og sporstoffer som kroppen trenger. Disse næringsstoffene må alle få i seg for å oppnå en god ernæringsstatus (Stabberud, Almås, & Kondrup, 2010, s. 484). Det må være en balanse mellom dem, Sosial- og helsedirektoratet (2005, ss. 6-7) har kommet med anbefalinger om hvordan sammensetningen av kostholdet bør være. Karbohydrater bør utgjøre 50-60 % av energiinntaket, fett 25-35 % mens proteiner bør bidra med 10-20 %. Disse anbefalingene er basert på friske personer, de med sykdom eller andre tilstander som påvirker ernæringsstatusen bør ha individuelle planer med tanke på kosthold. Blomhoff og Drevon (1999, s. 22) skriver at det ikke bare er viktig at pasienten spiser nok, men maten må også være gunstig for kroppen. Ved å ha et godt kosthold vil vekst, utvikling og god helse være mulig, mens et ugunstig kosthold kan føre til sykdom, feilernæring og fedme.

Proteiner er bygd opp av aminosyrer, disse er nødvendig for at cellene i kroppen skal vokse (Bjørneboe & Aarsland, 1999, s. 128). Det finnes 20 ulike typer i aminosyrer, essensielle og ikke-essensielle. De ikke-essensielle lager kroppen selv, mens de essensielle må kroppen få tilført gjennom

kosten. Proteinets viktigste oppgave er oppbygging og vedlikehold av alle kroppens celler. Disse proteinene virker som byggemateriale, de finnes for eksempel i muskler, bindevev, sener, beinmarg, hår og negler. I tillegg er proteiner viktig som transport av oksygen og næringsstoffer i blodet, samt immunforsvaret (Sortland, 2011, ss. 56-57).

Helsedirektoratets (2012) kosthåndbok beskriver det de kaller en ernæringstrapp (se figur 1), den er «ment for å belyse ulike tiltak som er nødvendig og mulige for å legge til rette for nok og riktig mat for den enkelte pasient» (s.98). Trinnene tar for seg underliggende faktorer som symptomlindring og medisinsk behandling, måltidsmiljø, mattilbud, beriking og mellommåltider, ernæringsdrikker, sondeernæring og til slutt intravenøs ernæring (Helsedirektoratet, 2012, s. 98).

Ernærings- og væskebehovet vil avhenge av forhold som kroppshøyde, kroppsvekt, kroppsbygning, alder, kjønn og aktivitetsnivå. Har en person vært gjennom en metabolsk stressfaktor (sykdom, traume eller infeksjon) vil kroppen ha et økt behov for væske og ernæring, samtidig kan sykdom og traumer gi appetittmangel, munntørrhet, kvalme, oppkast og endringer i lukte- og smakssansene (Hougaard, 2011, s. 525).

Kroppen trenger et jevnt tilskudd av næring slik at magen hele tiden jobber for å absorbere maten. Ved bare å spise noen få måltider per dag vil magesekken og tynntarmen være tom mange timer i løpet av en dag. Dette fører til at blodsukkeret og forbrenningen er ujevn. (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006, s. 424). Får pasienten ikke i seg nok næring kan vi tilby ekstra energitett kost. Den inneholder 40-50 % av energien fra fett og 20 % av energien fra proteiner (Helsedirektoratet, 2012, s. 117). Denne matformen er fin å kombinere med små mellommåltider og blir til sammen 6-8 måltider per døgn. Kosten er best egnet for de underernærte og småspiste og hjelper til å tilfredsstille behovet for proteiner, energi, vitaminer og mineraler i et mindre volum (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

Ifølge Laky, Janda, Bauer, Vavra, Cleghorn & Obermair (2007) er underernæring et vanlig problem hos pasienter med en ondartet sykdom og eldre som er innlagt på sykehus. Det er da viktig å kartlegge ernæringsstatus til pasienter som er syke, for så å kunne sette i gang tiltak. Tschudi- Madsen, Stenling, Granum & Eide (2011) skriver at en del av sykepleierens helhetlige omsorg innebærer å hjelpe pasientene med å få dekket sitt behov for ernæring. Gjennom observasjoner av pasientens matinntak vil sykepleieren ha oversikt om den er tilstrekkelig eller ikke.

Hos kreftpasienter er det viktig å kontrollere ernæringsstatusen ofte, slik at pasienten kan unngå underernæring og sykepleieren kan iverksette tiltak tidlig. For at kroppen skal klare å bygge opp igjen friske celler etter cytostatikabehandling, trenger kroppen å bli tilført riktige næringsstoffer (Bye, 2004, s. 159). I slike tilfeller må pasienten få hjelp til å bedre ernæringsstatusen sin. Et enkelt tiltak for å følge med på ernæringsstatusen til pasienten er å veie vedkommende slik at vi ser endringer i vekten (Bye, 2004, ss. 159-160). Andre tiltak som er mer rettet på kosten er næringsrik mat, mellommåltider,

næringsdrikker, sondeernæring eller intravenøs ernæring (Helsedirektoratet, 2012, s. 98). Viktigheten med å opprettholde pasientens ernæringsstatus er at pasienten skal være sterkest mulig for å kunne tåle kreftbehandlingen (Tschudi-Madsen, Stenling, Granum, & Eide, 2011).

3.6 Underernæring

Hougaard (2011) definerer underernæring som en «vedvarende tilstand der en persons inntak av energi og/eller essensielle næringsstoffer ikke dekker vedkommende behov» (s.534). Tschudi-Madsen et al. (2011) skriver i sin artikkel at vekttap og underernæring er et vanlig problem hos pasienter med en kreftsykdom. Ca. 50-90 % av disse pasientene opplever et stort vekttap, dette kan være en komplikasjon av sykdommen og behandlingen. Stenling & Nortvedt (2011) betegnet underernæring som en sekundærdiagnose ved kreftsykdom. De sier videre at dette vil variere ut ifra hvilken kreftdiagnose pasienten har til stadiet den har kommet til, i tillegg vil behandlingstypen og kartleggingsmetoden av ernæringsstatus ha stor innvirkning på om pasienten er underernært eller ikke.

Helsedirektoratet ga ut i 2010 nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Disse retningslinjene har blitt laget for å fange opp de pasientene som står i fare for underernæring. Alle pasienter som er innlagt på sykehus, sykehjem eller andre tilsvarende institusjoner innen pleie og omsorgstjenesten skal ved innleggelse vurderes om de er i ernæringsmessig risiko for feil- eller underernæring (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 7). Med ernæringsmessig risiko menes «en tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner i forbindelse med dette» (Helsedirektoratet, 2012, s. 256). Vurderingen om pasienter er i risiko for underernæring skal gjentas ukentlig og månedlig for å se om tiltakene som har blitt satt i gang har noen effekt (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 8).

Feil- og underernæring vil ha en rekke negative konsekvenser for kroppens organfunksjon og behov. Respirasjon, sirkulasjon, metabolisme og mage-tarm-funksjon, immunforsvar, hud og sårtilheling, aktivitetsnivå, søvnbehov og pasients psyke vil bli påvirket (Stabberud, Almås, & Kondrup, 2010, ss. 480-481). Dette gjelder også hos kreftpasienter, Tschudi-Madsen et al. (2011) nevner i artikkelen «kreftpasienter risikerer underernæring» de samme komplikasjonene i tillegg til tap av muskelmasse og hukommelsessvikt. Disse komplikasjonene vil være avgjørende for muligheten til å gjennomføre behandlingen, og med tanke på rehabiliteringen.

3.7 Kartlegging av ernæringsstatus

I møte med en pasient er kartlegging av ernæringsstatus viktig å gjennomføre. Denne kartleggingen vil gi et vurderingsgrunnlag på om behovet for væske og ernæring er tilfredsstillende dekket. En kartlegging av ernæringsstatusen innebærer en gjennomgang av pasientens sykehistorie, i tillegg til et

intervju der det blir gjort kliniske observasjoner og undersøkelser. Uten oversikt over hva pasienten spiser og drikker til vanlig, hva hun ikke spiser etc. vil ikke sykepleieren kunne ta en god nok vurdering av ernæringsstatusen. Sjansen for at pasienten er feil og/eller underernært kan være stor (Aagaard, 2011, s. 175). Det kan også hende at pasienten spiser mat med for lite næringsstoffer som er viktig å få i seg for å dekke det daglige behov, eller at pasienten ikke klarer å utnytte næringsstoffene godt nok. Inntaket vil da bli mindre enn det pasienten forbruker. Dette er viktig informasjon som sykepleier må vite for å få en optimal kartlegging (Sortland, 2011, s. 216).

Det er lurt å begynne tidlig med registrering av pasientens ernæringsstatus, og gjøre dette igjennom hele sykdomsforløpet for å kunne oppdage endringer. Slik kan sykepleieren raskt starte med tiltak for å begrense at pasienten blir underernært (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 14). I artikkelen «kreftpasienter risikerer underernæring» understreker de viktigheten av denne kartleggingen. De legger også vekt på kostveiledning før pasienten har mistet for mye vekt og helst før behandlingen starter (Tschudi-Madsen, Stenling, Granum, & Eide, 2011).

For å kunne vurdere pasientens ernæringsstatus, nevner Stubberud, Almås og Kondrup (2010, s. 484) at det finnes ulike kartleggingsmetoder og vurderingsskjemaer som helsepersonell kan benytte seg av for å vurdere om pasienter er i ernæringsmessig risiko. Vurderingen tar utgangspunktet i vekt, vektutvikling og høyde. I noen tilfeller vil matinntak, grad av sykdom og fysisk funksjon bli tatt med. De nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring sier at pasienter som er innenfor den ernæringsmessige risikogruppen skal ha en individuell ernæringsplan. Her skal det være dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. I tillegg skal denne planen vurdere pasientens ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeve, svelgevansker og evne til å spise selv (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 17). Noen av kartleggingsverktøyene som kan brukes for å vurdere om pasienten er i risiko for underernæring er KMI, SGA og NRS 2002 (Aagaard, 2011, s. 179). Ifølge helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 8) er disse verktøyene fine å bruke for å identifisere om pasienter er i ernæringsmessig risiko.

3.7.1 Kroppsmasseindeks (KMI)

Det er viktig å veie pasienten regelmessig, sammenligne med hva hun veide til vanlig og innhente informasjon om hva pasienten spiser. Dette kan gjøres ved at pasienten skriver opp hva hun spiser i løpet av en dag (Bye, 2004, ss. 159-160). Ifølge Laky et al. (2007) er KMI et enkelt verktøy som gir svar om en person har normal vekt, er under- eller overvektig. Den er beregnet ut fra vekten i kilogram, dividert på kvadratet av høyden. Formelen blir da $KMI = \frac{kg}{m^2}$. World Health Organization (World Health Organization, 2014) har laget noen referanseverdier for voksne i aldersgruppen 16–65 år. Ved en KMI under 18,5 tilsvarer undervekt. KMI mellom 18,5–24,9 er normalvekt mens mellom

25–29,5 er overvekt. Blir KMI over 30 vil det tilsa at pasienten lider av kraftig overvekt (fedme).

3.7.3 Nutritional Risk Screening (NRS) 2002

NRS 2002 er et registreringsskjema som gir en oversikt over pasientens ernæringstilstand satt opp mot sykdommens alvorlighetsgrad (Stabberud, Almås & Kondrup, 2011, s. 484). Dette verktøyet anbefaler Helsedirektoratet (2010, s. 8) at brukes ved sykehusinnleggelse og deretter ukentlig for å ha en regelmessig vurdering av ernæringsstatusen. Helsedirektoratet (2010, s. 14) skriver videre at dette verktøyet er enkelt å bruke, i tillegg til at den raskt vil skille ut de pasientene som trenger videre utredning.

Dette kartleggingsverktøyet inneholder både en primær- og sekundærvurdering. I primærvurdering er det fire spørsmål som må besvares med ja eller nei. Besvares alle spørsmålene med nei, vil pasienten være utenfor ernæringsmessig risiko, men er noen av besvarelse svart med ja må pasienten gå videre til sekundærvurderingen. Den tar for seg beregning av prosentvis vekttap, vurdering av kostinntak og alvorlighetsgrad av pasientens sykdom. Konklusjonen baserer seg på poeng, er den over 3 vil pasienten bli vurdert å være i ernæringsmessig risiko og få et eget opplegg med ernæringsplan (Stabberud, Almås, & Kondrup, 2010, s. 484). Se vedlegg 2.

3.7.4 Subjective Global Assessment (SGA)

Verktøyet SGA tar for seg pasientens historie inkludert vekttap, forandringer i kostholdet, mage /tarm symptomer og funksjonsevne. Det er også med en fysisk undersøkelse der sykepleieren ser på musklene, underhudsfett, ankelødem (hevelse i ankelen) og om pasienten har ascitesvæske i kroppen. Til slutt ser de på det samlede kliniske bildet (Kyle, Kossovsky, Karsegard, & Pichard, 2006). Dette verktøyet blir brukt for å vurdere om pasienten er i ernæringsmessig risiko (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 8). Se vedlegg 3.

Laky et al. (2007) beskriver en annen versjon av dette verktøyet, PG-SGA. PG-SGA gir en ernæringsvurdering hos pasienter med forskjellige krefttyper, og er blitt brukt for å oppdage underernæring. Basert på en samlet vurdering, er pasienten kategorisert i tre stadium: A, B eller C. A antas å ha et velbalansert kosthold, med B er moderat eller mistenkt underernært og C tilsvarer alvorlig underernæring. I tillegg bruker dette verktøyet et poengsystem.

4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta ernæringsstatus hos pasienter som er under cytostatikabehandling?

For å belyse problemstillingen gjør vi en analyse av allerede skrevet teori som skal drøftes opp mot problemstillingen og egne erfaringer. Etter idé fra Orems fem hjelpemetoder har vi valgt å dele opp drøftingen i fire underproblemstillinger. Disse er «å gjøre noe eller handle for en annen», «å veilede og rettlede en annen», «å sørge for fysisk og psykisk støtte» og «å sørge for omgivelser som fremmer utvikling».

4.1 Hvordan kan vi som sykepleier bidra til å bedre kostholdet til pasienten?

Ut ifra Orems (2001, s. 56) hjelpemetode; «å gjøre noe eller handle for en annen» har vi valgt å se dette ut ifra hvordan vi som sykepleiere kan være pådrivere, slik at pasienten får i seg nok mat. For å motivere pasienten til å bedre ernæringsstatusen kan vi tilby energitett mat gjennom ulike produkter, disse vil vi utdype i dette kapitlet.

Et stort problem hos pasienter med kreft er den reduserte matlysten (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2011, s. 140). Vi har ofte erfart at pasientene ikke føler noe mattrang ved de oppsatte tidene som er på et sykehus, men heller har lyst på noe utenom disse måltidene. Her er det viktig at vi som sykepleiere er på tilbudssiden og passer på å tilby pasienten mellommåltider ofte, og utenom de faste hovedmåltidene. Det kan også være lurt å tilby mat utover kvelden og natten, så pasienten ikke har for lang nattfaste (tiden mellom kveldsmaten og frokosten) (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Kroppen bruker ca. fire timer på å fordøye og absorbere et måltid. Hvis en pasient bare spiser tre måltider i løpet av en dag vil det si at magen jobber i tolv av tjuetimer. Dette gjør at magesekken og tynntarmen er tom de resterende timene, og det fører til at blodsukkeret og forbrenningen vil være ujevnt. Dersom en pasient spiser jevnt, med mange mellommåltider vil kroppen hele tiden jobbe for å absorbere maten. Dette gjør også at kroppens blodsukker er stabilt (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006, ss. 424-425). En annen negativ side ved bare å ha de faste hovedmåltidene er at matporsjonene kan bli veldig store. Dette kan fort bli overveldende for pasienten, og heller føre til at hun mister matlysten. Vi ønsker å støtte oss på Helsedirektoratets anbefalinger om at pasientene bør spise lite og ofte. Ved å ha seks-åtte måltider i løpet av dagen vil pasienten få i seg den anbefalte mengde med karbohydrater, fett og proteiner som kroppen trenger (Helsedirektoratet, 2012, ss. 140-141). Dette kommer vi også tilbake til i kapittel 4.2.

Spiser pasienten mye mat og drikke med lavt ernæringsnivå, kan dette lettere føre til underernæring som mange pasienter med kreft sliter med. Derfor anbefaler Bjørneboe og Drevon (1999, s. 129) at pasienten velger mat som er nyttig for kroppen. Ved for eksempel å få i seg proteiner som bygger opp kroppen, vil pasienten kunne mestre bivirkningene av cellegiften. Får ikke pasienten jevnlig tilført

næringsstoffer vil det gå hardt utover pasientens helse, som allerede er svekket på grunn av sykdommen og behandlingen. Det er også viktig å servere mat som pasienten liker. Hvis det viser seg at det er lavt ernæringsinnhold i maten er en mulighet å berike den med fete matvarer så den inneholder nok næringsstoffer (Bye, 2004, s. 164). Som tidligere nevnt vil pasienter under cellegiftbehandling ha vanskeligheter med å få i seg en tilfredsstillende mengde med mat i løpet av dagen. Blir matinntaket for lite over lengre tid kan det føre til tap av muskelmasse og svekket immunforsvar, som videre vil gi nedsatt muskelstyrke og redusert motstandskraft mot infeksjoner. Alle disse komplikasjonene vil være avgjørende for om pasienten får lov til å gjennomføre cellegiftbehandlingen (Tschudi-Madsen, Stenling, Granum, & Eide, 2011). Vi som sykepleiere kan derfor tilby pasienten noe som kalles energitett mat. Dette er mat som inneholder mer energi per gram. Fett inneholder dobbelt så mye energi per gram sammenlignet med karbohydrater og proteiner (Helsedirektoratet, 2012, s. 30). Velger pasienten da matvarer som inneholder mer fett så vil hun få i seg mer energi på mindre mengde mat. Eksempler på energitett mat er ost, helmelk, fløte, yoghurt og smør (Bye, 2004, s. 164). Energitett mat er ikke vanskelig å lage, vi som sykepleiere kan komme med tips om hvordan pasienten kan få en god ernæringsstatus med noen enkle grep. Ved å tilsette olje, smør, fløte og rømme i matlagingen vil maten inneholde mer energi (kcal) enn hva den normalt ville ha gjort. For å vise at det ikke skal så mye til vil vi gi et eksempel på hvordan vi kan berike maten. Ved å tilsette 10 ml med nøytral olje (rapsolje) i yoghurten, den vil da inneholde 250 kcal. Havregrøt inneholder normalt 157 kalorier denne kan du berike med 230 kcal ekstra ved å tilsette 1 spiseskje nøytral olje og bytte ut vannet med helmelk og øke protein med 6,4g. Slik kan en også berike blant annet supper, sauser, stuing, pudding og gryteretter (Helsedirektoratet, 2012, s. 101). Desserter kan være en god energikilde (Bye, 2004, s. 164).

Ved redusert matlyst er vår erfaring at pasientene synes det er enklere og lettere å drikke. Ulempen med dette er at drikke vil gjøre at kroppen raskere får en metthetsfølelse, som gjør at pasientene fortere blir mette og ikke orker å spise noe. Vi ble fortalt av en pasient at bare tanken på måtte tygge mat gjorde at hun ble uvel, og det ble uoverkommelig for henne å få i seg den anbefalte mengde av næring. Bye (2004, s. 164) mener da det er lurt å være tilbakeholden på drikke mellom måltidene for å unngå dette, ellers anbefales det at drikken som blir tilbudt er rik på de næringsstoffene pasienten trenger for eksempel energitette næringsdrikkere eller energitette shaker. Disse ernæringsdrikkene gjør at det blir mindre volum pasienten trenger å drikke, enn om hun skulle få i seg like mye kalorier igjennom annen mat. Det finnes mange ulike ernæringsdrikkere som pasienten kan prøve med forskjellige smaker. I tillegg er de basert på melk eller juice. Her kan pasienten eksperimentere og finne ut hva hun liker best (Apotek 1, 2014). Det er viktig at vi som sykepleiere informerer pasienten om at hun selv kan lage energidrikker hjemme. Ved å bruke riktige ingredienser kan protein og energiinnholdet nesten bli like høyt som de industrielle ernæringsdrikkene. Vår erfaring er at de hjemmelagde ernæringsdrikkene er friskere på smak enn de ferdigkjøpte. I tillegg inneholder de ikke kunstige tilsetningsstoffer.

Pasientene kan også lage energidrikker som inneholder mye kalorier og som har et høyt proteininnhold. Dette vil dekke pasientens dagsbehovet av næringsstoffer. Helsedirektoratet (2012, ss. 103-104) anbefaler å bruke energidrikkene som et supplement som en avslutning på måltidet. Da kan det være lurt å lage forskjellige type shaker for at pasienten ikke skal bli lei smakene. Vedlegg nr. 4 viser noen ulike oppskrifter på energirike shaker.

Selv om det er travelt på et sykehus er det viktig at sykepleier passer på at det ikke går for lenge mellom måltidene, derfor anbefaler vi å ha faste tider også til mellommåltidene (Helsedirektoratet, 2012, s. 101). I hypothalamus (en del av hjernen) er det et område som kalles appetittsenteret, økt aktivitet her vil gjøre at pasienten føler seg sulten (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006, s. 391). Ved å ta med seg en mattralle med ulike forfriskninger kan det gi pasienten muligheten til å velge det som frister mest. Dette kan medføre at pasienten stimuleres til å smake på ny mat og drikke, og få frem sulthetsfølelsen som hun i utgangspunktet ikke kjente fra før (Helsedirektoratet, 2012, s. 101). Dersom sykepleier bare har tatt med seg en forfriskning med for eksempel bare en type frukt, er sjansen stor for at pasienten ikke blir fristet og heller velger å gå uten noe næring. Konsekvensen av dette kan føre til som tidligere nevnt et ujevnt blodsukker, ujevn forbrenning og underernæring. Eksempler på mellommåltider kan være yoghurt med eller uten kornblanding, kjeks med ost, matmuffins, havrekjeks, vafler eller bakst/kakestykke, kakao med krem, drikkeyoghurt eller smoothie/shake (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

Videre vil vi ta for oss hvordan vi kan kartlegge om en pasient er i ernæringsmessig risiko og ulike kartleggingsverktøy, samt hvordan vi kan veilede/undervise pasienten slik at hun kan oppnå en best mulig ernæringsstatus.

4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere kartlegge og veilede pasienten til å oppnå en god ernæringsstatus?

«Å veilede og rettlede en annen» og «å undervise» er to av Orems (2001, ss. 57-60) hjelpemetoder. Vi har valgt å flette de sammen, de inneholder mye av det samme. «Å veilede og rettlede en annen» omhandler hvordan vi som sykepleiere kan komme med råd og veiledning slik at pasienten kan ta valg og beslutninger basert på hva som er best i hennes nåværende situasjon. «Å undervise» går ut på at sykepleieren virker som en lærer som kommer med råd og tips til hvordan pasienten kan fortsette å opprettholde matinntaket når hun forlater sykehuset. Rådene og kostveiledningen vil basere seg på resultatet av kartleggingen som har blitt gjort.

Mange av kvinnene som får eggstokkreft har, som tidligere nevnt, gått med denne diagnosen en lang stund før den blir oppdaget. Som regel vil sykdommen komme tilfeldig fram ved undersøkelse av andre helseproblemer, da denne sykdommen har lite symptomer i startfasen (Kristoff, 2011, s. 404).

Når kvinnen har fått konstatert denne sykdommen er det viktig at behandlingen starter med en gang (Tschudi-Madsen, Stenling, Granum, & Eide, 2011).

Som tidligere skrevet i kapittel 3.4.1 er nedsatt appetitt en vanlig bivirkning både før, under og etter cellegiftbehandling. Det kan være mange årsaker til at pasienten sliter med ernæringen, og det er nødvendig at sykepleier kartlegger disse (Helsedirektoratet, 2012, s. 213). I de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring legger Helsedirektoratet (09/2010, s. 8) frem åtte ulike ernæringskartleggingsskjemaer som kan brukes for å kartlegge om pasienten er i risiko for underernæring, inkludert i disse er NRS 2002, SGA og KMI.

Ved bruk av kartleggingsverktøy, vil sykepleier kunne ta en ordentlig og grundig vurdering om pasienten er i risiko for underernæring. Ved bruk av de nevnte kartleggingsverktøyene er det viktig at rutineene er like for ikke å få feil resultater. KMI tar utgangspunktet i utregning basert på vekt og høyde. Ut ifra disse tallene får pasienten vite om hun er undervektig, normal, overvektig eller lider av fedme. Dette er en enkel kartlegging, ulempen med denne er at den ikke tar hensyn til pasientens sykehistorie eller andre faktorer som kan spille inn. For eksempel vil vekten variere om den tas tidlig på morgenen eller på kvelden, i tillegg kan bruk av forskjellige vekter gi ulike tall (Helsedirektoratet, 2012, ss. 78-79). En annen faktor som kan gi feil resultat på KMI er hvis pasienten er dehydrert eller har ødemer i kroppen, disse væskeretensjonene kan skjule om pasienten har problemer med vektøstap (Bye, 2004, s. 160). Vi mener at disse feilmarginene kan avgjøre om pasienten blir kategorisert som undervektig eller mulig undervektig. Konsekvensene dette medfører kan være at pasientens vektøstap ikke blir tatt tak i med en gang, og det kan ta lengre tid for pasienten å komme seg tilbake til sin opprinnelige vekt.

Kartleggingsverktøyet NRS-2002 ser både på ernæringsmessig risiko og grad av sykdomsmetabolisme. Den er enkel å bruke og klarer å skille ut de pasientene som trenger videre utredning. Denne er anbefalt å bruke på sykehuset (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 14). I studien til Kyle, Kossovsky, Karsegard & Pichard (2006) sammenligner de NRS-2002 opp mot SGA. De kom ikke fram til hvilke verktøy som fungerte best, siden begge hadde hver sine begrensninger. Fordelen ved å bruke NRS-2002 var at den var mindre tidkrevende og personalet trengte mindre opplæring enn ved SGA. Samtidig mente de at SGA var mer sensitivitet og spesifikt enn den andre. Ulempen med SGA var at de ikke hadde kategoriene mild underernæring og at den mer fokuserte på kronisk og etablert sykdom enn akutte forandringer i ernæringen. I studien til Laky et al. (2007) har SGA blitt videreført til PG-SGA. Denne fokuserer på kartlegging av underernæring hos kreftpasienter, istedenfor ulike sykdommer som SGA gjør. De forteller at PG-SGA er nyttig og pålitelig å bruke, i tillegg til at den bruker rangeringen A, B og C tar den også utgangspunktet i et poengsystem som beregnes ut fra hver enkelt pasients besvarelser. Siden PG-SGA er mest rettet mot kreftpasienter ville vi ha valgt å bruke dette kartleggingsverktøyet for vurdere om pasienten vår var i ernæringsmessig risiko. I følge

Helsedirektoratet (09/2010, s. 24) vil det ikke være nok å ta en kartlegging om pasienten er i ernæringsmessig risiko, det må også legges opp et individuelt opplegg med tiltak og oppfølging. Vi mener at hvert kartleggingsverktøy har noen begrensninger, men at det også er viktig å bruke et kartleggingsverktøy sykepleieren føler seg trygg på. Resultatet av disse kartleggingsverktøyene avhenger av at intervjuer har tolket resultatene ordentlig, dette vil være en metodisk feilkilde ved hvert verktøy som må tas i betraktning. Mennesker kan gjøre feil, og vurderer vi en pasient til å være i god ernæringsstatus, men som egentlig er underernært kan det gi store konsekvenser både behandlings- og sykdomsmessig. En erfaring vi har fra sykehuset, viser dette veldig godt. En dame kom inn med en kreftdiagnose. Ved første øyekast virket hun godt ernært. Da vi fikk sett hvordan hun så ut på overkroppen, viste det seg derimot at hun hadde mye ødemer fra beina og opp til brystregionen. Dette gjorde at hun virket godt ernært, men kragebeinet hennes viste at hun bar tydelige preg av underernæring.

Dersom det kommer fram i kartleggingen at pasienten er i ernæringsmessig risiko, er det viktig at sykepleieren finner ut hva som er årsaken til at pasienten ikke får dekket sitt ernæringsbehov. Dette må gjøres før vi setter i gang tiltak/behandling. Det kan være mange grunner til at pasienten ikke spiser nok, det kan komme av bivirkninger fra cellegiften (Helsedirektoratet, 2012, s. 213). Faktorene som da må kartlegges og vurderes er blant annet ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeve, svelgevansker og evne til å spise selv (Helsedirektoratet, 09/2010, s. 17).

Ernæringstrappen som er nevnt i kapittel 3.5 er fin å ta utgangspunkt i når vi som sykepleiere skal veilede pasienten til å oppnå en god ernæringsstatus både under og etter cellegiftbehandling. Vi må ha fokus på pasientens behov og ønsker når det gjelder matinntaket. Det første sykepleier må ta tak i, er de underliggende faktorene som i dette tilfellet vil være bivirkninger av cellegift. Av og til kan det være nok å lette disse plagene slik at det kan bli enklere for pasienten å spise. Hvordan disse bivirkningene kan håndteres kommer vi tilbake til i kapittel 4.3. Hvis vi fokuserer på måltidsmiljø ville vi anbefalt pasienten åpne vinduet slik at det blir frisk luft inne på rommet/stuen, dette kan hjelpe mot kvalme og hodevondt. I tillegg kan god matlukt stimulere matlysten, men hvis pasienten er var ovenfor lukter må vi heller skjerme henne fra disse matlukter (Helsedirektoratet, 2012, s. 99). En erfaring vi har fra vår tid på sykehuset er at kreftpasienter er en sårbar gruppe, som trenger ekstra oppmerksomhet og omsorg. Vi hadde en pasient som antagelig følte seg veldig alene og ikke hadde matlyst. Ved å ta henne med på fellesstuen og holde henne med selskap mens hun spiste hadde stor betydning. Det virket som hun glemte å kjenne på bivirkningene og heller fokuserte på hvordan maten så ut og luktet. Etter denne erfaringen ser vi hvor viktig det sosiale og miljøet har å si for matlysten til pasientene.

Ser vi på neste trinn i ernæringstrappen kommer mattilbudet. Her fokuserer de på mellommåltider, antall måltider og spesialkost. Vi ville anbefalt pasienten å øke antall måltider i døgnet dersom hun

sliter med å få i seg nok næring. Ved å ha seks-åtte måltider per dag vil pasienten kanskje få i seg det daglige behovet av proteiner, karbohydrater, fett og fiber. Mellommåltidene trenger ikke være store, det kan være yoghurt, shaker, næringsdrikker, kaker, fruktsalat osv. Pasienten kan også tilsette for eksempel nøytral olje i yoghurten for å øke energiinnholdet enda mer. Et annet tips vi ville gitt pasienten er å spise mat med mye proteiner, da det er kjent at sykdom øker proteinbehovet. Bruk av proteiner som kjøtt, fisk, egg eller meieriprodukter i måltidene vil hjelpe pasienten med å opprettholde ernæringsstatusen (Helsedirektoratet, 2012, s. 101). Da må vi også informere henne om at rødt kjøtt ofte vil gi bitter smak, mens fisk og lyst kjøtt som kylling og kalkun ikke vil gi denne smaksforandringen (Bye, 2004, s. 166). Det er også viktig at hun unngår lettprodukter, ettersom disse ikke er egnet til pasienter som sliter med ernæringen, i tillegg inneholder det lite energi (Helsedirektoratet, 2012, s. 101).

Når vi som sykepleiere skal gi pasienten råd om hva hun kan gjøre hjemme for å ha en tilfredsstillende ernæringsstilstand er det viktig å legge vekt på hvilke matvarer som gir mye og hvilke som gir lite energi. Det er også lurt at vi navngir de oljene som er nøytrale på smak så pasienten ikke opplever smaksforandringer på grunn av oljen (Helsedirektoratet, 2012, ss. 101-102).

Som nevnt i teoridelen er proteiner bygd opp av aminosyrer og er oppbyggende for cellene i kroppen. Det finnes ikke noe ekstra lager for proteiner slik som det gjør for karbohydrater og fett. Hvis pasienten ikke får i seg nok proteiner vil dette påvirke kroppen. Proteinene vil dermed ikke bli brukt som byggesteiner, men som energi. Det er egentlig karbohydrater og fett sin hovedoppgave, og vil dermed føre til at oppbygningssprosessen stopper opp fordi kroppen prioriterer å få tilført nok energi. Dette skjer for eksempel når pasienten har et høyere energiforbruk enn den energien som blir tilført gjennom kosten (Sortland, 2011, s. 59). Derfor mener vi det er viktig å se på balansen mellom makronæringsstoffer pasienten får tilført i løpet av dagen, for å unngå at proteinene blir brukt som energi. I tillegg kan oppbygningsfasen pasienten går gjennom etter avsluttet behandling stoppe opp, og det vil da ta lengre tid for pasienten å komme seg.

Det er viktig å poengtere at vi ville gitt veiledning og råd til hele denne pasientgruppen, enten de ble kategorisert til å være underernært eller ikke. Vi mener at ved å gi god veiledning til pasientene er det større sjanse for at de prøver seg fram og finner ut hva som fungerer best for dem, enten det er næringsdrikker eller mellommåltider. Vår erfaring fra praksis er å gi skriftlig informasjon om oppskrifter og matvarer som er energitette. På denne måten kan pasienten lage den samme maten hjemme som hun har fått da hun var innlagt på sykehuset. Erfaringsmessig vet vi at muntlig informasjon fort blir glemt og da kan det være fint å få det skriftlig også. Ved å få oppskrifter med seg hjem er det enklere å kunne lage energitett mat selv.

Videre vil vi se på de underliggende faktorene som kan påvirke matinntaket til pasienten. I dette tilfelle vil det være bivirkningene cellegiften Carboplatin-/paklitaxel medfører.

4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere støtte pasienten for å minske bivirkningene cellegift medfører?

Den tredje hjelpemetoden som Orem (2001, s. 58) har heter «å sørge for fysisk og psykisk støtte». Her skal sykepleieren være en støttespiller for pasienten når hun opplever bivirkninger som cellegiften gir. Denne støtten kan være å sette i gang tiltak mot de ulike bivirkningene, men også ved å vise omsorg og nærhet. Her vil vi komme med noen eksempler mot bivirkninger som er mest vanlige hos kvinner med eggstokkreft. De nevnte er kvalme, oppkast, smaksforandringer, munnsårhet og obstipasjon.

For å opprettholde ernæringsstatusen hos pasienter med eggstokkreft er det viktig å fokusere på å lindre og forebygge bivirkningene som kan oppstå som følge av cytostatikabehandlingen (Lorentsen & Grov, 2010, s. 403). De vanligste bivirkningene er som tidligere nevnt nedsatt matlyst, vekttap, kvalme, oppkast, munnplager, smaksforandringer og forstoppelse. Disse bivirkningene vil variere fra person til person, og vi som sykepleiere kan ikke vite på forhånd hvordan hver enkelt pasient vil reagere (Knobloch, s.a.). Kreftforeningen (2008, s. 3) anslår at pasientene som oftest vil oppleve mer enn bare én bivirkning, og ubehandlet vil det medføre alvorlige konsekvenser for pasientens livskvalitet, spesielt da med tanke på næringen. I vår praksis på sykehuset kom vi i kontakt med flere pasienter som hadde vært gjennom cellegiftbehandling, disse pasientene opplevde mange av de samme bivirkningene. Samtidig reagerte hver enkelt pasient noe forskjellig. Noen ville si at kvalmen og oppkastet var det verste, mens andre heller mente at problematikken rundt matsituasjonen var det som påvirket dem mest. Fellesnevneren for pasientene vi kom i kontakt med var dårlig ernæringsstilstand og vekttap som oppsto på grunn av bivirkningene etter cellegift. Tschudi-Madsen et al. (2011) bekrefter også at de nevnte bivirkningene kan medføre at pasientene spiser mindre enn normalt, og blir ernæringsstatusen for dårlig vil det ha en avgjørende faktor for sykdomsforløpet og behandlingen. Det er vår jobb som sykepleiere å vise vår forståelse og støtte til denne pasientgruppen, og med vår kunnskap kan vi komme med tiltak som kan være med å lindre og forhindre at disse bivirkningene, ikke oppstår og eskalerer.

Det er viktig at vi som sykepleiere prøver ulike tiltak for å forebygge at pasienten opplever kvalme og oppkast ved cellegiftbehandling. Til pasienter med eggstokkreft blir cellegiftbehandlingen Paclitaxel – Carboplatin gitt, og bivirkning på denne er kvalme og oppkast opptil en uke etter gitt behandling (Carboplatin-/paklitaxelkur, 2014). Ifølge Aagaard (2011, s. 194) kan det prøves forskjellige kvalmestillende midler for å blokkere signalene som blir sendt til kvalmesenteret. Vår erfaring er at de vanligste medikamentene som blir brukt er Zofran og Afipran. Kreftforeningen (2008, s. 6) påpeker at akutt kvalme oppstår kort tid etter at behandling er startet, fra to-tjuefire timer. Et tiltak som sykepleieren kan gjøre for å forhindre at denne kvalmen oppstår eller redusere påkjenningen den medfører, er å gi kvalmestillende medikamenter i forkant av cellegiftbehandlingen. Det er da viktig å

dokumentere effekten den har, og eventuelt skifte medikament ved ugunstig effekt (Lorentsen & Grov, 2010, s. 418). Vi har i praksis erfart at kvalmestillende medikamenter blir brukt opptil fem dager etter cytostatikabehandlingen er gjennomført, dette for å forbygge den forsinkede kvalmen som kan oppstå. Et råd vi fikk av sykepleier på kreftenheten var å minne pasientene på å drikke mye vann etter en cellegiftbehandling, dette ville hjelpe kroppen med å skille ut avfallsstoffene. Dette var spesielt viktig opptil to dager etter avsluttet behandling.

Det er ikke alltid kvalmestillende tiltak vil ha ønsket effekt. Vi som sykepleiere må derfor prøve å finne andre måter for å gjøre situasjonen bedre for pasienten. Ved for eksempel forventet kvalme vil pasienten assosiere lukter, situasjoner eller gjenstander med avsmak (Lorentsen & Grov, 2010, s. 408). Opplever pasienten kvalme ved spesielle lukter kan sykepleieren prøve å skjerme pasienten fra dette, ved for eksempel å åpne et vindu eller la pasienten få et eget rom så lukten av mat eller parfyme ikke er så merkbar (Helsedirektoratet, 2012, s. 99). Thommesen forklarer sin opplevelse av kvalme sånn: «noen ganger kunne den begynne allerede om morgenen før jeg hadde kommet til sykehuset, andre ganger slo den i en bølge over meg i det øyeblikket jeg trådte over terskelen til cyt-en eller etter det første nålsticket» (s.33). I hennes tilfelle ble kvalmen som en refleks som oppsto ved oppstart av en ny cellegiftbehandling, og kvalmestillende medikamenter hadde ikke noen effekt. Her mener vi at sykepleieren må være kreativ og prøve å finne på andre tiltak. I noen tilfeller vil det kanskje heller være best å sette seg ned med pasienten og sammen komme fram til ulike tiltak som kan prøves for å skjerme henne så langt det er mulig. Helsedirektoratet (2012, s. 214) foreslår avledning som et tiltak sykepleieren kan prøve mens pasienten spiser. Ved å starte en samtale om et tema pasienten er interessert i, kan oppmerksomheten bli flyttet vekk fra maten som gir kvalmefølelsen. I praksis erfarte vi at de pasientene som opplevde kvalme og oppkast selv med kvalmestillende medikamenter satte pris på tilstedeværelsen og omsorgen sykepleieren ga. Vi ble fortalt at det var enklere å takle bivirkningen hvis hun hadde noen å støtte seg til.

Sliter pasienten med munnsårhet og smaksforandringer vil dette påvirke ernæringen i stor grad. Det kan gjøre at maten ikke smaker som før, eller at det er vondt å tygge. Her er det viktig at sykepleier informerer pasienten om viktigheten med god munnhygiene for å forebygge infeksjoner (Kreftforeningen, 2008, s. 28). I følge Orems (2001, s. 354) støttende og undervisende system kan sykepleieren støtte pasienten og hjelpe til på de områdene det er mulig. Det innebærer å komme med råd som kan iverksettes for å lindre ubehaget bivirkningene medfører.

Ved smaksforandringer må sykepleieren først finne ut hvilke forandringer pasienten opplever, siden dette vil varierer fra individ til individ. Skyldes smaksforandringene en forandring av smaksløkene, er ulempen at pasienten må vente til bivirkningen går over av seg selv. Ved cellegift kan bivirkningene ha varighet fra et par dager til flere uker etter avsluttet behandling (Kreftforeningen, 2004, s. 15). Her kan vi som sykepleiere komme med råd som kan gjøre matsituasjonen litt enklere, ved for eksempel

bruk av krydder og urter for å gi en ekstra smak. I tillegg kan det være viktig å drikke mye vann før måltidet for å fjerne dårlig smak i munnen. Opplever pasienten metallsmak kan et tiltak være å bruke plastbestikk istedenfor metall (Helsedirektoratet, 2012, s. 214). Vi må derfor gi informasjon og veiledning om tiltak som pasienten selv kan prøve for å lindre ubehaget smaksforandringene medfører. Dette utdyper vi mer i kapittel 4.4.

Munnsårhet og munntørrehet kan gjøre det vanskelig for pasienten å svelge og fordøye mat. Denne tilstanden kan oppstå fordi cellegiften har svekket immunforsvaret slik at giften kan angripe kreftcellene. Munnsårheten vil vedvare så lenge de hvite blodcellene ikke har stabilisert seg (Lorentsen & Grov, 2010, s. 408). Helsedirektoratet (2012, s. 214) skriver om forskjellige praktiske råd som pasienter med sår munn kan prøve. For å lindre plagene kan det være godt å suge på en isbit eller spise iskrem. Det er også lurt å spise mat av myk konsistens, siden grov mat for eksempel knekkebrød, kan irritere slimhinnene. Sterkt krydder og varm mat bør også unngås, dette vil irritere munnhulen og svelget.

Bra munnstell kan være et godt tiltak som pasienten selv kan gjøre. Det finnes en pakke som kalles «munnpleiesettet». Den inneholder flere gode midler som spesielt kreftpasienter trenger for å kunne ha en god munnhelse. Her er det viktig at tannbørsten som blir brukt er myk for å unngå å skade slimhinnene. I tillegg er lurt å unngå å bruke tannkrem som inneholder kunstig såpe, da det kan tørke ut og ødelegge slimhinnene. Dette gjelder også flere munnskyllevæsker (Kreftforeningen, 2008, s. 34). Får pasienten en infeksjon i munnen kan legen ordne med tabletter eller en spray (Xylocain) som vil lindre plagene ved matinntak (Kreftforeningen, 2004, s. 23) eller så kan pasienten prøve å skylle munnen med 0,1% klorheksidin to ganger daglig for bli kvitt infeksjonen. Vedvarende infeksjoner eller tørrehet i munnen kan føre til redusert appetitt. Derfor er det viktig at sykepleieren forteller hvor viktig god munnhygiene er (Kreftforeningen, 2008, s. 31).

I praksis på sykehuset hadde vi en pasient som hadde store blemmer og sår i munnen, dette gikk mye ut over hennes matinntak, da det var vondt å få i seg fast føde. Ved å lage en blanding av Paracetamolmikstur, Xylocain viscøs og kremfløte som pasienten kunne skylde munnen med, ville plagene bli dempet en liten periode slik at matinntaket ble mindre smertefullt.

En annen bivirkning som kan oppstå er obstipasjon. Det innebærer at innholdet i tykktarmen blir forstoppet. Denne tilstanden oppstår når avføringen blir hard, uregelmessig og forekommer sjeldnere enn to ganger per uke (Gjerland, 2011, s. 255). Obstipasjon er et vanlig problem hos mange pasienter med kreft. Det kan være en bivirkning av cellegiften, inaktivitet, mangelfullt inntak av fiberrik kost, nedsatt væskeinntak og bruk av smerte- og kvalmestillende medisiner. Denne tilstanden er ubehagelig, og det er viktig at tiltak blir iverksatt med en gang. Denne bivirkningen vil gi ernæringsproblemer og går det for lang tid ubehandlet kan pasienten stå i fare for å utvikle subileus (delvis passasjehinder i tarmen) (Lorentsen & Grov, 2010, s. 409). Derfor er det viktig at sykepleier får en oversikt over

pasientens avføringsvaner. Det innebærer informasjon om når siste tømming var, antall avføringer de siste fjorten dagene, mengde og konsistens, bruk av avføringsmidler og effekten av dem. Med denne informasjonen kan sykepleier sette i gang tiltak for å forebygge og fjerne obstipasjonen (Kreftforeningen, 2008, ss. 41-42). Som sykepleiere vil vi først anbefale pasienten som har obstipasjonsproblemer å lage seg toalettrutiner og være i fysisk aktivitet hvis det er mulig. I tillegg vil nok væske og fiberrik kost være viktig. Klarer pasienten å gjennomføre disse tiltakene er det mindre sjanse for forstoppelse (Kreftforeningen, 2008, s. 43). Pasienten bør få god informasjon om denne bivirkningen på forhånd, slik at hun er klar over tiltak som kan iverksettes.

Ved å spise mer fiberrik mat som grovt brød, knekkebrød og rå grønnsaker vil aktiviteten i tykktarmen bli stimulert og forstoppelsen vil kanskje forsvinne. Komplikasjonen med å spise for mye fiberrik mat hos kreftpasienter er at da må væskeinntaket også økes (ca. 2 liter per døgn). Dette kan bli en stor utfordring hvis pasienten har problemer med å få i seg nok væske fra før. Fiberrikmat kombinert med lavt væskeinntak vil bare forverre forstoppelsen pasienten allerede har. (Gjerland, 2011, s. 260) (Allingstrup, 1996, s. 51). Et alternativ til fiberrik mat er å spise fiberrik frukt. Da kan pasienten prøve å spise fiken, kiwi, rosiner eller oppbløtte svisker eller drikke fiken- eller sviskejuice. Alle disse inneholder mye fiber (Allingstrup, 1996, s. 52).

Et annet tiltak pasienten kan forsøke er å være i mer aktivitet, siden inaktivitet kan føre til forstoppelse. Ulempen med dette tiltaket er at noen pasienter som går gjennom cellegiftbehandling ikke har overskudd til å være i fysisk aktivitet. Er dette tilfellet kan pasienten heller prøve å gjøre noen gymnastikkøvelser i sengen for å holde magen i bevegelse (Allingstrup, 1996, s. 51). Det finnes også medisiner som pasienten kan forsøke, som for eksempel lakserende avføringsmiddel. Ved bruk av Laktulose gjør at volumet på tarminnholdet øker og konsistensen vil bli bløtere. Latenstiden på dette middelet er en til to dager. Har ikke dette ønsket effekt kan klyster forsøkes, her vil effekten komme etter fem til femten minutter (Kreftforeningen, 2008, s. 44).

4.4 Hvilke tiltak kan vi som sykepleiere gjøre for at maten skal være mer appetittvekkende?

Orems (2001, ss. 58-59) fjerde hjelpemetode er «å sørge for omgivelser som fremmer utvikling». Det går ut på å tilrettelegge omgivelsene og maten slik at pasienten opplever matsituasjonen som positiv. Dette omhandler hvordan maten blir servert, smaker og omgivelsene rundt pasienten når hun skal spise.

Når sykepleieren skal servere mat til en pasient som har nedsatt matlyst er det viktig at vi tenker over hvordan matsituasjonen er for pasienten. Fra hvordan maten blir servert, til hvordan det ser ut der pasienten skal spise. Det bør være et stort fokus på omgivelsene rundt pasienten på sykehuset, dette

kan medvirke til å gi økt matlyst hos pasienter som er syke og som virkelig trenger ekstra næring. Er for eksempel omgivelsene som pasienten oppholder seg i uryddig og fylt med søppel, medisinsk utstyr og møkkete klær vil matlysten bli redusert (Helsedirektoratet, 2012, s. 99). Vi mener at det er mer appetittvekkende å spise i et rom som er rent og ryddig, dette vil være positivt for pasienten når hun skal spise. Ligger det igjen matrester fra et tidligere måltid som gir fra seg litt lukt kan dette være nok til at pasienten mister matlysten helt. Det er derfor viktig at vi er oppmerksomme ovenfor denne pasientgruppen, da det er lite som skal til for at pasienten assosierer en lukt med kvalme (Kreftforeningen, 2008, s. 11).

Når sykepleieren gjør i stand maten til pasienten, kan det være fint å bruke ulike ingredienser med forskjellige farger på tallerkenen (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Grønnsaker har ofte fine farger som virker appetittvekkende, mens bruk av bare én farge eller brune matvarer vil ha motsatt effekt. Da er det viktig å se på matsammensetningen før vi serverer maten, er det noe som kunne blitt ordnet/lagt annerledes? (Helsedirektoratet, 2012, s. 142). Vi har selv opplevd å få tallerkener med mat fra kjøkkenet, der det ser ut som maten har blitt slengt på asjetten og det ligner en klump med grå masse. Når vi selv sitter igjen med følelsen av at dette ville vi selv ikke spist, bare tenk hva pasienten vil føle? En annen erfaring vi har med oss er en episode med en pasient som ikke ville spise maten sin hvis det ikke var fint dandert eller hadde farger. Denne damen fikk oss til å innse hvor viktig det er at maten ser mer appetittlig ut. Hun fortalte at hvis måltidene så fristende og delikat ut ville hun ha mer interesse for å smake, selv om hun ikke hadde noe matlyst. Denne erfaringen vil vi ha med oss videre i arbeidslivet. Vi ble mer observante på hvordan frokosten blir ordnet på tallerkenen enn tidligere. Helsedirektoratet (2012, s. 100) nevner også viktigheten med å bruke farger i maten for å få den til å se fristende ut. Det er positivt om pasienten selv får krydret maten sin, da noen liker mer krydder enn andre. Ifølge Hougaard (2011, s. 542) er det lurt å servere maten i små porsjoner så pasienten ikke skal miste appetitten ved å se en overfylt tallerken. Ved å servere små porsjoner på store tallerkener kan det virke som det er mye mindre mat enn det egentlig er. Dette kan hjelpe pasienten med å unngå å bli mett bare av synet av maten og muligheten for at hun spiser noe er større (Helsedirektoratet, 2012, s. 100).

Bye (2004, s. 156) skriver at fokus på mat ikke alltid blir prioritert på et sykehus. De som jobber der konsentrerer seg heller om sykdommen enn de bivirkningene som kan oppstå. Det kan gi signaler til pasienten om at mat ikke er så viktig. Dette kan føre til at pasienten ser på maten som et ork og spiser bare for å overleve. Pasienten vil kunne oppleve matsituasjonene som negativ. Det krever at vi som sykepleiere ser på mat som mer enn en energikilde og at et måltid kan være en positiv situasjon for pasienten (Bye, 2004, s. 156).

Mens vi har vært i praksis har vi kommet i kontakt med noen kreftpasienter som har fortalt om smaksforandringer som har oppstått under og etter cellegiftbehandling. Vi snakket med sykepleier om

dette, hun ga oss noen tips som vi kunne prøve da vi serverte mat til henne senere. Disse innebar å fortelle pasientene som opplevde dårlig smak i munnen å drikke mye før et måltid, så smaken ikke smittet over på maten. Helsedirektoratet (2012, s. 214) anbefaler også at de får skylle munnen med vann som er tilsatt enten sitronsaft eller bakepulver før måltidene for å få en annen smak. Pasienten kan også bruke ingefærøl eller saltvann om de først nevnte alternativene ikke fungerer. Matmessig er det en fordel å bruke fisk istedenfor kjøtt for å minske metallsmaken, da rødt kjøtt fremhever det. Kylling, kalkun og skalldyr kan også være fint alternativ til rødt kjøtt (Bye, 2004, s. 166). Helsedirektoratet (2012, s. 99) tar også opp viktigheten med at sykepleier har kjennskap til pasientens ønsker, behov og utfordringer med kosten. Dette gjør at matsituasjonen blir best mulig for pasienten. Derfor er det lurt å unngå å servere mat som pasienten tidligere har hatt en negativ opplevelse med, dette kan da virke hemmende på matlysten hennes.

Smaksforandringene kan virke inn på hvordan pasienten opplever søtt, surt og bittert. Blir disse smakene feil i forhold til det de husker kan det føre til at matlysten forsvinner. Steinbach et al. (2009) nevner i sin studie at saltsmaken var den som mest ble påvirket under cellegiftbehandling. Denne funksjonen kom tilbake etter tre måneder. Opplever pasienten at maten blir for salt kan det tilsettes sukker for å nøytralisere smaken. Det beste er å lage maten uten salt, så kan pasienten selv salte etter sin preferanse. Det kan også være lurt å bruke ekstra krydder og urter i matlagingen for å fremheve smaken. Et annet tiltak for å få mer smak i maten, er å bruke marinert fisk og kjøtt. I tillegg kan det være fint for pasientene å få servert kald mat, da kald mat lukter mindre enn varm mat og det gir mindre smak. Lunken mat kan også gi en sterkere smaksfølelse (Helsedirektoratet, 2012, s. 214).

Mange pasienter som har nedsatt matlyst blir satt på ønskekost. Dette er ikke alltid så lurt, pasienter som sliter med matlysten kan ha vansker med å komme på matretter de vil ha. Da er det bedre å snakke med kokken på kjøkkenet, og la de komme med tips på energitett mat som pasienten kan spise (Bye, 2004, s. 165). Vår erfaring har vist at samarbeid mellom postkjøkkenet og sykehusets avdeling kan variere veldig. Noen av de som jobber på kjøkkenet er lite innstilt på å lage noe ekstra eller gjøre noe mer ut av maten slik at den blir mer appetittlig og næringsrik. Hvis det blir et tettere samarbeid mellom kjøkkenet og avdelingen kommer dette pasienten til gode, og de kan få et bedre ernæringstilbud. Dette krever at kjøkkenpersonalet er interessert og at pleiepersonalet gir informasjon om hvilke utfordringene pasienten har (Bye, 2004, s. 165).

5.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi lært mye om hva vi som sykepleiere kan gjøre for pasienter med eggstokkreft som sliter med dårlig ernæringsstatus. Vi har sett på ulike kartleggingsverktøy som vil vurdere om pasienten er i fare for underernæring, samt hvordan vi kan forebygge/lindre bivirkningene cellegiften kan medføre.

Vi ser viktigheten av å begynne tidlig med kartlegging, forebyggende tiltak og veiledning for å unngå vekttap og opprettholde ernæringsstatusen til denne pasientgruppen. Slik vil pasienten være bedre rustet til å møte utfordringene sykdommen og behandlingen medfører. Dersom vi som sykepleiere blir flinke til å kartlegge jevnlig, vil vi fort se forandringer og kan justere tiltakene ut i fra resultatet på kartleggingen. Dette er noe sykehusene må bli flinkere på, da det er mange av de nevnte kartleggingsverktøyene vi aldri har sett blitt brukt i praksis. Vi ser at det er lurt å informere pasienten om eventuelle bivirkninger på forhånd, da disse kan avgjøre om pasienten orker eller klarer å få i seg mat. Ved å forebygge tidlig vil pasienten lettere kunne mestre sine utfordringer og håndtere sykdommen på en bedre måte. Dersom bivirkningene ikke blir gjort noe med tidlig i behandlingsforløpet vil det i senere tid være enda vanskeligere å behandle.

Vi vil også poengtere viktigheten med å gi informasjon både muntlig og skriftlig fordi mye av informasjonen kan bli glemt. Hvis pasienten får skriftlig informasjon om hvordan hun selv kan forebygge og lindre symptomer, kostforslag med hva som er energirik mat, menyforslag og muligheten til å kjøpe ernæringsdrikker, vil tiden hjemme også bli enklere å takle. Ved å øke pasientens kunnskap om sykdommen, bivirkninger fra cellegiften og ernæring kan vi hjelpe pasienten å ivareta ernæringsstatusen. Gjennom oppgaven har vi lært at ved å gjøre noen enkle grep kan pasienten oppnå en tilfredsstillende ernæringsstatus. Bare ved å tilrettelegge omgivelsene der pasienten skal spise og berike maten har vi gjort en stor forskjell. Dette er like viktige faktorer som håndtering av bivirkninger. Alt henger sammen og blir disse ivaretatt vil pasienten klare å håndtere sykdomsforløpet bedre.

Vi ser at en del av tiltakene ikke vil fungere på alle pasienter, og at vi må ta utgangspunktet i hvert enkelt individ. Ingen behandlingsmetoder er like. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere er oppmerksomme på pasientens behov og ønsker.

Litteraturliste

- *Aagaard, H. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov: Bind 2* (2.utg., s. 161-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Allingstrup, L. (1996). *Kræft, kost og energi: Kost- og ernærings veiledning for kræftpasienter og pårørende*. København: Gads.
- *Apotek 1. (2014). *Fullverdige næringsdrikker*. Lokalisert 21. mai 2014, på <http://www.apotek1.no/kost-og-ernaering/fullverdige-naeringsdrikker>
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, (Red.). *Sykdom og behandling* (s. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Bjørneboe, G.-E. A., & Aarsland, A. (1999). Protein. I G.-E. A. Bjørneboe, & C. A. Drevon, (Red.). *Mat og medisin* (s. 127-139). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- *Bjørneboe, G.-E. A., & Drevon, C. A. (1999). Kosthold og helse. I G.-E. A. Bjørneboe, & C. A. Drevon, (Red.). *Mat og medisin* (s. 21-28). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- *Bye, A. (2004). Ernæring. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient - utfordringer - handling* (2.utg., s. 156 - 173). Oslo: Akribe.
- *Carboplatin-/paklitaxelkur. (2014). *Carboplatin-/paklitaxelkur*. Lokalisert 22. mai 2014, på <http://kreftlex.no/no/Kreft-i-eggstokk-og-eggleder/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/KarboplatinPaklitaxel.aspx?lg=ks&CancerType=Ovarial&containsFaq=False>
- *Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Gjerland, A. (2011). Eliminasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, (Red.). *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov: Bind 2* (2.utg., s. 209-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Helsedirektoratet. (09/2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. (IS-1580). Oslo: Andvord Grafisk.

- *Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester*. (IS-1972). Oslo: Direktoratet.
- Hougaard, L. (2011). Ernæring. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s. 523-552). Oslo: Akribe.
- *Iversen, T., & Trope, C. G. (2005). Svulster i kvinnelige genitalia. I R. Kåresen, & E. Wist, (Red.). *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (2.utg., s. 245-258). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Knobloch, M.-B. (s.a.). *Cellegift*. Lokalisert 22. mai 2014, på <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/>
- *Kreftforeningen. (2004). *Kostråd til kreftpasienter: Kreftinfo 1/2004. Informasjon til pasienter, pårørende og andre interesserte*. Oslo: Kreftforeningen.
- *Kreftforeningen. (2008). *Kreft og fordøyelsesplager: Informasjon til helsepersonell*. Oslo: Kreftforeningen.
- *Kreftforeningen. (2012). *Matlyst og smak*. Lokalisert 22. mai 2014, på <http://www.vardesenteret.no/filestore/Bilder/Forskjellig/Matlystogsmak-kostrdtilkreftpasienter.pdf>
- *Kristensen, G. (2004). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg, (Red.). *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (2.utg., s. 388-392). Oslo: Akribe.
- Kristoff, A. (2011). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, (Red.). *Sykdom og behandling* (s. 393-410). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar: Bind 1* (2.utg., s. 207 - 280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kyle, U. G., Kossovsky, M. P., Karsegard, V. L., & Pichard, C. (2006). Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study. *Clinical Nutrition*, 25(3), 409-417. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2005.11.001>

- *Laky, B., Janda, M., Bauer, J., Vavra, C., Cleghorn, G., & Obermair, A. (2007). Malnutrition among gynaecological cancer patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(5), 642-646. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602540>
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsydommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (4.utg., s. 401-438). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Om cellegiftbehandling. (2014). *Om cellegiftbehandling*. Lokalisert 22. mai 2014, på http://kreftlex.no/no/Kreft-i-eggstokk-og-eggleder/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/generell_cellegift.aspx?lg=ks&CancerType=Ovarial&containsFaq=True
- *Orem, D. E. (2001). *The practice of Nursing*. (6.utg.). St. Louis: Mosby.
- *Paclitaxel Hospira. (s.a.). *Felleskatalogen*. Lokalisert på <http://www.felleskatalogen.no/medisin/paclitaxel-hospira-hospira-562557>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). Fordøyelsessystemet. I O. Sand, Ø. V. Sjaastad, E. Haug, & J. G. Bjålie, *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (2.utg., s. 378-420). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). Omsetning av karbohydrater, fett og proteiner. I O. Sand, Ø. V. Sjaastad, E. Haug, & J. G. Bjålie, *Menneskekroppen - Fysiologi og anatomi* (2.utg., s. 424-435). Oslo: Akribe.
- Sortland, K. (2011). *Ernæring: mer enn bare mat og drikke*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norske-anbefalinger-for-ernering-og-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/norske-anbefalinger-for-ernering-og-fysisk-aktivitet.pdf>
- Stubberud, D.-G., Almås, H., & Kondrup, J. (2010). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s. 479 - 505). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- *Steinbach, S., Hummel, T., Böhner, C., Berktold, S., Hundt, W., Kriner, M., . . . Harbeck, N. (2009). Qualitative and Quantitative Assessment of Taste and Smell Changes in Patients Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer or Gynecologic Malignancies. *Journal of Clinical Oncology*, 27(11), 1899-1905.
<http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2008.19.2690>
- *Stenling, E. M., & Nortvedt, M. W. (2011). Effekt av ernæringsveiledning til pasienter med kreft. *Sykepleien Forskning*, 6(3), 222-228.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0157>
- Stubberud, D.-G., & Nilsen, C. (2010). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s. 431-450). Oslo: Gyldendal.
- *Svendsen, L. (2013). *Eggstokkreft*. Lokalisert 22. mai 2014, på
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/eggstokkreft/>
- *Tschudi-Madsen, C., Stenling, E. M., Granum, V., & Eide, H. (2011). Kreftpasienter risikerer underernæring. *Sykepleien*, 99(13), 66-69.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0195>
- Ulvund, I. (2008). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad, (Red.). *Sykepleierboken 3: Klinisk sykepleie* (s. 679-734). Oslo: Akribe.
- *Ursin, G. (2008). *Beregnet antall krefttilfeller i år 2020*. Lokalisert 22. mai 2014, på
<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Beregnet-antall-krefttilfeller-i-ar-2020/>
- *Ursin, G. (2013). *Fakta om kreft*. Lokalisert 15. april 2014, på
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- *Varre, P. (2004). Utfordringer ved kjempoterapi. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, (Red.). *Kreftsykepleie. Pasient - utfordringer - handlinger* (2.utg., s. 116). Oslo: Akribe.
- *World Health Organization. (2014). *BMI classification*. Lokalisert 22. mai 2014, på
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Vedlegg 1

PICO-skjema			
Fullstendig spørsmål: Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta ernæringsstatus hos pasienter som er under cytostatikabehandling?			
Patient/problem. Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om?	Intervention Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om?	Comparison. Hva sammenlignes intervensjonen med?	Outcome. Hvilke effekter/utfall er av interesse?
P person/pasient/problem	I intervensjon/eksposisjon	C evt. sammenligning	O utfall
Eggstokkreft Ovarian neoplasms Ovarian cancer	Ernæring Underernæring Malnutrition		Cellegiftbehandling Antineoplastic agents Chemotherapy

Screening av ernæringsmessig risiko (NRS 2002)

Innledende screening

		JA	NEI
1	Er BMI < 20,5?		
2	Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste ukene?		
3	Har pasienten hatt redusert næringsinntak de siste ukene?		
4	Er pasienten alvorlig syk.		

Ja: Dersom svaret er JA på noen av disse spørsmålene, gjennomføres hovedscreeningen på neste side.
Nei: Dersom svaret er NEI på alle svarene, gjennomføres innledende screening ukjentlig.
 Dersom pasienten skal gjennomgå planlagt større kirurgi, skal en forebyggende ernæringsplan vurderes for å unngå assosiert ernæringsrisiko.

Hovedscreening – vurdering av risikograd

Score	Ernæringstilstand	Score	Sykdommens alvorlighetsgrad
0	Normal ernæringstilstand	0	Ikke syk
1	Vekttap > 5% siste 3 måneder eller Matinntak 50-75% av behov siste uke.	1	En pasient med kronisk sykdom eller en pasient som har gjennomgått et mindre kirurgisk inngrep. Studier er gjort på pasienter med leverchirrose, nyresvikt, kronisk lungesykdom, kreftpasienter, pasienter med collum femoris fraktur, etter cholecystectomi og laparoskopiske operasjoner.
2	Vekttap > 5% siste 2 måneder eller BMI 18,5 - 20,5 + redusert allmentilstand eller Matinntak 25-50% av behov siste uke	2	En pasient med tydelig redusert allmentilstand pga sin sykdom. Studier er gjort på pasienter med alvorlig pneumoni, inflammatorisk tarmsykdom med feber, akutt nyresvikt, større kirurgiske inngrep som kolektomi og gastrektomi, ileus, anastomoselekkasje og gjentatte operasjoner.
3	Vekttap > 5% siste måned (> 15% siste 3 måneder) eller BMI < 18,5 + redusert allmentilstand eller Matinntak 0-25% av behov siste uke.	3	En pasient som er alvorlig syk. Studier er gjort på pasienter med store apopleksier, alvorlig sepsis, intensivpasienter (APACHE>10), benmargstransplantasjoner, store hodeskader, brannskader > 40 % og alvorlig akutt pancreatitt.

Forklaring til hovedscreening

<p>Ernæringsmessig risiko vurderes på bakgrunn av ernæringstilstand og sykdommens alvorlighetsgrad ved hjelp av tabellen til venstre på følgende måte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienten scores fra 0–3 for ernæringstilstand. • Pasienten scores fra 0–3 for sykdommens alvorlighetsgrad. • For pasienter eldre enn 70 år legges det til 1 score. • Dersom summen av scorene blir ≥ 3, er pasienten i ernæringsmessig risiko og målrettet ernæringsbehandling må iverksettes. • Dersom summen av scorene blir < 3, er pasienten ikke i ernæringsmessig risiko. Screening gjentas etter en uke.

Vedlegg 3

SGA for ERNÆRINGSSTATUS

Denne siden kan fylles ut av pasient eller pårørende

Navn:

Fylt ut dato:

Matinntak

Sammenliknet med ditt normale, har matinntaket ditt siste måneden vært

- uendret
- mer enn vanlig
- mindre enn vanlig

Hvis mindre

- små mengder vanlig mat
- for det meste supper og drikker
- veldig lite eller ingen ting
- sondeernæring eller intravenøs ernæring

Fysisk kapasitet

Den siste måneden vil jeg beskrive aktiviteten min som

- normal, ingen begrensninger
- ikke normal, men er oppe og har noen aktiviteter
- sitter for det meste i stol
- tilbringer det meste av tiden i senga
- fullt sengeliggende

Symptomer

De siste ukene har jeg hatt følgende problem som har hindret meg fra å spise tilstrekkelig (flere enn ett kryss hvis aktuelt)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ingen problem | <input type="checkbox"/> sår i munnen | <input type="checkbox"/> kvalme |
| <input type="checkbox"/> liten appetitt | <input type="checkbox"/> munntørret | <input type="checkbox"/> oppkast |
| <input type="checkbox"/> diaré | <input type="checkbox"/> spiser alene | |
| <input type="checkbox"/> forstoppelse | <input type="checkbox"/> maten smaker annerledes | |
| <input type="checkbox"/> smerter | <input type="checkbox"/> annet _____ | |

Vektendringer

Høyde: cm Vekt: kg

Har du hatt ufrivillig vekttap? ja nei Om ja, hvor mye kg

Tidligere normalvekt: kg På hvor lang tid? mnd

De siste 2 ukene har vekten min:

- vært stabil
- økt
- minsket
- vet ikke

Denne siden fylles ut av lege, sykepleier eller klinisk ernæringsfysiolog

Diagnose _____

Metabolsk påvirkning _____ (0-3)

0 = ingen,
1 = litt
2 = en del
3 = svært mye

(Med metabolsk påvirkning menes eventuelt feber, infeksjon, kjent økning i CRP)

Fysisk påvirkning

Deklive ødem _____ (0-3)

Tap av underhudsfett _____ (0-3)

Pleuravæske _____ (0-3)

Tap av muskelmasse _____ (0-3)

Ascites _____ (0-3)

(Deklive ødem; i føtter/ankler hos oppegående pasienter, over hofte/bak hos sengeliggende pasienter. Ascitesvæske kan utgjøre mange kilo og derfor maskere eventuelt vekttap.)

(Tap av underhudsfett og muskelmasse inspiseres på muskelgrupper og hudområder der det faller naturlig å undersøke i løpet av konsultasjonen. Hender og ansikt kan inspiseres uten at pasienten behøver å kle av seg. 1-3 brukes ved grader av synlig tap. 3 innebærer at pasienten er betydelig avmagret. Vurderingen er subjektiv.)

Vurdering av ernæringstilstanden (ring rundt)

A - Velernært

Pasienten har ikke hatt vekttap, har ingen ernæringsrelaterte symptomer, normal kroppsbygning, ingen tegn til underernæring, velges også når pasienten har hatt noe vekttap, men er i positiv energibalanse og har god symptomkontroll

B - Noe/mistenkt underernært

Velges når pasienten har hatt vekttap og ikke oppnådd stabilisering/økning i vekt, har sikkert redusert matinntak og ernæringsrelaterte symptomer, noe tap av fettvev og muskelmasse, men har normal KMI. KMI >20 for alder opp til 65 år, KMI > 24 for alder over 65 år

C - Alvorlig underernært

Pasienten har hatt alvorlig vekttap. Synlig tap av fettvev og muskelmasse, kan ofte ha ødemer. KMI er vanligvis < 20, (<24 for alder over 65 år)

(Helsedirektoratet, 2012, ss. 264-265)

Vedlegg 4

Smoothie med havregryn (1 porsjon)

- 125 g fruktyoghurt (3,9 % fett)
- 1 dl juice
- 1 dl frosne bringebær (kan erstattes med andre sorter)
- 10 ml rapsolje
- 1 ss havregryn

Blandes med stavmikser. Gir 320 kcal, 6,5 g proteiner og 3,7 g fiber (Helsedirektoratet, 2012, s. 105)

Oppskrift på hjemmelaget energidrikk (8 porsjoner)

- 6 dl kremfløte
- 1 dl helmelk
- 50 g bær eller frukt
- 4 egg
- 1 dl sukker
- 2 dl iskrem (vanilje).

Bruk blender eller stavmikser. Denne drikken gir 400 kcal og 6.5 g proteiner pr porsjon (1.5 dl) (Helsedirektoratet, 2012, s. 105).



Fig. 1. Bringebær shake, fra Colourbox, 2014.