

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 122 & 208

Eksamensnavn: SYBA3900 Bacheloroppgave

Dato: 15.03.17

Klasse: 3E

Kull: 2014

Antall ord: 10 186

Sykepleie til pasienter med kreft i munn og svelg

Underernæring og livskvalitet

2017

Ord: 10 186

”Det synes lettere å forebygge vekttap enn å snu en negativ trend”

(Bye, 2010, s. 215)

SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

Tittel på oppgaven:

Sykepleie til pasienter med kreft i munn og svelg. Underernæring og livskvalitet.

Sammendrag:

Bakgrunn :

Det viser seg at så mange som 75-80% av pasienter med kreft i munn og svelg blir underernærte. Med tanke på at underernæring kan føre til andre følgesykdommer og nedsatt livskvalitet trenger sykepleier kunnskaper om hvordan dette kan forebygges.

Fremgangsmåte:

Et litteraturstudium basert på relevant litteratur og seks forskningsartikler, der det brukes kvantitativ og kvalitativ tilnærming.

Diskusjon, funn og konklusjon:

Oppgaven diskuterer hvilke tiltak sykepleier kan iverksette for å forebygge underernæring og hvordan underernæring påvirker livskvaliteten til pasientene. Diskusjonen tar for seg når det bør startes opp med enteral ernæring og hvilken ernæringsmetode som er best egnet.

Pasientene trenger tidlig oppfølging vedrørende ernæringsbehandlingen, helst fra diagnositidspunktet. Sykepleierens kunnskaper, erfaringer og informasjon blir en viktig faktor ved forebygging av underernæring og fremming av livskvalitet. Underernæring og nedsatt livskvalitet henger tett sammen. Ved å sette i gang forebyggende tiltak mot underernæring vil dette være en avgjørende faktor i arbeidet mot å fremme livskvaliteten til pasientene. Enteral ernæring er en vesentlig del av behandlingen, hvor det viser at det ikke er noen langsiktige ernæringsmessige forskjeller mellom nasogastrisk sonde eller PEG.

Nøkkelord:

Sykepleie, Kreft i munn og svelg, Underernæring, Livskvalitet

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling med sykepleiefaglig begrunnelse	2
1.3	Begrepsavklaring	3
1.4	Avgrensning	3
1.5	Oppgavens oppbygning	4
2.0	METODE	5
2.1	Litteraturstudium som metode	5
2.1.1	Kvantitativ og kvalitativ forskning	5
2.2	Søkestrategi	6
2.3	Databasesøk	6
2.3.1	Cinahl	7
2.3.2	Cochrane Library	9
2.3.3	PubMed	11
2.4	Fagbøker og litteratur	11
2.5	Kildekritikk	12
3.0	TEORI	14
3.1	Sykepleierens funksjonsområder	14
3.2	Kreft	15
3.2.1	Kreft i munn og svelg	15
3.2.2	Cytostatika og strålebehandling ved kreft i munn og svelg	16
3.3	Pasientens reaksjonsfaser	17
3.4	Ernæring	18
3.4.1	Kreft og ernæring	18
3.4.2	Underernæring ved kreft i munn og svelg	19
3.5	Livskvalitet	20
3.5.1	Livskvalitet hos pasienter med kreft i munn og svelg	20
3.6	Etikk, lovverk og retningslinjer	20
4.0	DRØFTING	23
4.1	Sykepleierens møte med ernæringsutfordringer	23

4.1.1	<u>Veien mot forebygging av underernæring</u>	25
4.1.2	<u>Sykepleierens funksjonsområder</u>	25
4.2	Ingen retningslinjer, ingen klare holdepunkt	27
4.3	Underernæring og nedsatt livskvalitet	28
4.4	Enteral ernæring	29
4.4.1	<u>Valg av ernæringsmetode</u>	29
4.4.2	<u>Hvilken metode foretrekkes?</u>	31
5.0	OPPSUMMERING	32
	LITTERATUR	33

1.0 INNLEDNING

Gjennom vår praksiserfaring har vi møtt pasienter med kreft i munn og svelg. Vi opplevde at det var mange ubesvarte spørsmål angående ernæringsproblematikken og hvorfor det ikke var noen klare retningslinjer for hvordan dette skulle håndteres. Som kommende sykepleiere så vi et stort behov for å sette oss inn i deres problematikk vedrørende underernæring, og etterhvert som vi tilegnet oss mer kunnskap omkring temaet og pasientgruppen ble dette fort en kompleks og spennende oppgave å starte på. Vi håper du som leser av denne oppgaven vil sitte igjen med kunnskaper om hvordan underernæring påvirker denne pasientgruppen både fysisk og psykisk og ikke minst hvilken nøkkelrolle sykepleier vil ha.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Kreft er en kompleks sykdom, og med en kreftsykdom kommer også andre følgesykdommer eller plager som kan ha innvirkning på pasientens dagligliv. Det er da ikke bare pasientens krefttype eller allmenntilstand sykepleier skal forholde seg til (Lorentsen & Grov, 2016). For eksempel er det et kjent fenomen at dårlig matlyst og vekttap ofte følger med en kreftsykdom (Bye, 2010).

Valget av tema for denne oppgaven er gjort på bakgrunn av egen erfaring fra praksis. Vi har lært at kreft i munn og svelg ofte regnes som en livsstilssykdom, der for eksempel alkohol og tobakk er predisponerende faktorer (Bjordal, 2010). Flere av pasientene vi ble kjent med i praksisperioden, ga inntrykk av et tøft liv. Mange var gråaktige i huden, gikk sakte og krumbøyd i gangene, lå i sengen store deler av dagen og så generelt slitne ut. Vi la også merke til at disse menneskene ikke var av den sorten som skriker høyest. Noe annet som fanget oppmerksomheten vår, var problematikken rundt ernæring og hvor stor innvirkning dette hadde for pasientene. Vi så at disse pasientene naturlig nok opplevde utfordringer knyttet til sin kreftsykdom, men samtidig at utfordringene knyttet til ernæring og livskvalitet i dagliglivet kom tydelig frem.

På bakgrunn av våre erfaringer i praksis syns vi derfor det vil være interessant å se på hvilke tiltak sykepleier kan iverksette for å forebygge underernæring. Vi ønsker også å finne ut av hvordan disse intervensjonene kan bidra til å fremme livskvalitet for pasienter med kreft i

munns og svelg. Vi vil derfor benytte oss av muligheten denne bacheloroppgaven gir oss til å gjøre et litteraturstudium som vil øke våre kunnskaper om temaet. Pasienter med kreft i munn og svelg er en utsatt pasientgruppe, og utfordringene de møter, ønsker vi også å møte på best mulig måte.

1.2 Problemstilling med sykepleiefaglig begrunnelse.

Problemstilling: Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette for å forebygge underernæring og fremme livskvalitet for pasienter som er under behandling for kreft i munn og svelg?

Før vi kommer med den sykepleiefaglige begrunnelsen vil vi først avklare hva sykepleie er og hvordan vi vil bruke dette begrepet i oppgaven vår. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Virginia Hendersons definisjon på sykepleie, som sier at “sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse” (Henderson, 1998, s. 45). Hendersons definisjon på sykepleie tydeliggjør sykepleierens rolle i denne oppgaven. Vi mener definisjonen bidrar til forankring i sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon og samtidig i den undervisende og veiledende funksjonen. Disse funksjonsområdene vil bli det sykepleiefaglige fokuset i oppgaven.

Ifølge Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren et ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2016). Og som kommende sykepleiere har vi en nøkkelrolle i det forebyggende arbeidet for opprettholdelse av tilfredsstillende ernæringsstatus hos pasienter med kreft i munn og svelg (Tschudi-Madsen, Mathisen Stenling, Granum & Eide, 2011). Siden denne pasientgruppen vil oppleve utfordringer med å få i seg tilstrekkelig med ernæring, på grunn av kreftens lokalisasjon og behandling, er de svært utsatt for underernæring og samtidig i stor risiko for å oppleve redusert livskvalitet. På bakgrunn av dette er pasientene avhengige av sykepleiere som møter deres behov, hvor tiltakene som iverksettes rettes spesifikt mot forebygging av underernæring og mot det å fremme livskvalitet.

1.3 Begrepsavklaring.

Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde: Sykepleie omfatter områder eller funksjoner som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Det er seks grunnleggende funksjonsområder, men vi skal fokusere på sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon og på den undervisende og veiledende funksjonen. Disse funksjonene er svært sentrale for oppgaven vår og vil bli presentert i teorikapittelet. **Behandling:** Behandling vil i denne oppgaven bety behandling av pasienter med kreft i munn og svelg, som mottar strålebehandling og/eller cellegift på sykehus. Vi har tatt utgangspunkt i behandlingsfasen, som er tidsrommet der pasienten er under aktiv behandling. Siden pasientene vil ha behov for enteral ernæring og fortsatt er i aktiv behandling når behandlingsforløpet er ferdig, med tanke på stråleeffektene, vil det være naturlig å trekke inn rehabiliteringsfasen (Reitan, 2010). **Voksen:** En voksen er et menneske som er myndig og i alderen 18 år eller eldre (Myndig, 2014) **Kreft i munn og svelg:** Med kreft i munn og svelg mener vi krefttyper som oppstår i dette området. Kreften utvikler seg vanligvis i flerlaget plateepitel, som slimhinner. Slimhinner kler innsiden av munnhulen, og disse cellene har hyppig celledeling ettersom området er utsatt for slitasje (Bjordal, 2010; Lorentsen & Grov, 2016) Tidlige stadier, som T1, T2, N0, har god prognose. 60% av alle nydiagnostiserte pasienter blir kurert for kreftsykdommen, noe som betyr at mange lever med denne diagnosen i dag (Evensen, 2013; Bjordal, 2010). **Underernæring:** Underernæring er et ufrivillig vekttap > 10% de siste 3-6 månedene, eller > 5% siste to månedene (Thorsrud & Blomhoff, 2013).

1.4 Avgrensning.

Oppgaven er avgrenset til voksne pasienter som mottar kurativ behandling for kreft i munn og svelg. Dette på grunn av at kurativ behandling har flere fraksjoner og lengre behandlingstid (Bjordal, 2010). Videre avgrenses det til pasienter som befinner seg i behandlingsfasen og rehabiliteringsfasen, ettersom disse fasene er mest relevant for å besvare problemstilling. For å avklare pasientgruppen, har vi valgt å fokusere på pasienter som blir innlagt, og vi tar derfor ikke for oss pasientene som går til poliklinisk behandling. Det er flere forhold som vil påvirke næringsinntaket til pasientene, blant annet bivirkninger av behandlingen og selve kreftsykdommen. Siden behandlingen og effekten blir en stor belastning for pasienten, er

dette derfor en del av teorikapittelet. Ettersom underernæring påvirker til nedsatt livskvalitet, vil dette også presenteres i oppgaven. Reaksjonsfasene blir nevnt i teorien da dette har betydning for om pasienten er mottakelig for informasjon eller ikke. Andre psykiske aspekter ved kreftsykdommen vil vi derimot ikke trekke inn i oppgaven, fordi vi mener dette vil ligge utenfor vår problemstilling.

Vi benytter Virginia Hendersons definisjon på sykepleie, men vi kommer ikke til å utdype mer om hennes teorier videre i oppgaven. Vårt teoretiske rammeverk blir sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Sykepleierens funksjonsområde vil avgrenses til det helsefremmede og forebyggende arbeidet, og den veiledende og undervisende funksjonen, da disse funksjonsområdene er relevante for å kunne besvare problemstillingen.

1.5 Oppgavens oppbygning.

Denne bacheloroppgaven er delt inn i fem hovedkapitler, innlednings-, metode-, teori-, drøftingskapittel og oppsummering. Vi håper innledningskapittelet har gitt en oversikt over oppgavens hensikt, videre følger en presentasjon av de resterende kapitlene i bacheloroppgaven.

Metodekapittelet legger frem litteraturstudiet som metode, og gir en beskrivelse av hvordan vi har gått frem i søkeprosessen. Her vil databaser, relevante forskningsartikler og funn bli presentert. Forskning blir en mindre del av teorikapittelet, men vil bli lagt enda mer vekt på i drøftingskapittelet. Teorikapittelet tar for seg grunnleggende og sentral kunnskap med tanke på valgt problemstilling. Det vil bli presentert generell teori om sykepleierens relevante funksjonsområder, da dette legger grunnlaget for oppgaven. Teorikapittelet vil også ta for seg ernæring og kreft, som senere utdypes til kreft i munn og svelg og hvordan kreftbehandlingen kan påvirke matinntaket til pasientene. Livskvalitet og pasientens reaksjonsfaser vil nevnes i teorien, da dette blir relevant i drøftingskapittelet. Avslutningsvis i teorien har vi valgt å ta med etikk, lovverk og retningslinjer, da dette er noe sykepleier alltid skal ta hensyn til. I drøftingskapittelet vil presentert teori og forskning bli drøftet opp mot problemstillingen. Avslutningsvis vil det presenteres en oppsummering av oppgaven for å gi et tilbakeblikk på det som har blitt skrevet og det vi har kommet frem til i drøftingskapittelet.

2.0 METODE

”Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling” (Thidemann, 2015, s. 76). En metode forteller oss også om hvordan vi skal gå frem for å hente eller undersøke kunnskap (Dalland, 2012).

I emnebeskrivelsen av SYBA3900 er hensikten med bacheloroppgaven at vi skal anvende relevant og anerkjent teoretisk kunnskap (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017). Dette vil si at vi skal ta i bruk kunnskap fra sykepleierfaget, samt at vi skal ta i bruk forskning og erfaringskunnskap. Bacheloroppgaven skal være et litteraturstudium, som betyr at det er de skriftlige kildene som utgjør datamaterialet (Thidemann, 2015).

2.1 Litteraturstudium som metode.

I følge Thidemann (2015) skal et litteraturstudium være et studium som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Vi skal bruke eksisterende forskning og vurdere denne slik at vi på best mulig måte kan belyse og tydeliggjøre vår problemstilling sammen med teori og erfaring fra praksis. Et litteraturstudium handler om å samle inn forskning, derfor blir det viktig å ha et kritisk blikk, samtidig som at eksklusjons- og inklusjonskriterier må være tydelige. Hensikten med et litteraturstudium er å oppdatere leserens kunnskaper på området problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015).

2.1.1 Kvantitativ og kvalitativ forskning.

Den innsamlede dataen kan være kvantitativ eller kvalitativ forskning, og begge bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner fungerer og samhandler. Fordelen med kvantitativ forskning er at den gir data på målbare enheter, kvalitativ forskning derimot er med på å fange opp opplevelse og mening som ikke lar seg måle i form av tall (Dalland, 2012).

Vi vil trenge både kvantitativ og kvalitativ forskning for å besvare problemstillingen vår som etterspør begge aspekter (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Ved å benytte begge metodene, kalles dette metodetriangulering (Thidemann, 2015). Vedrørende underernæring, er vi interessert i å finne fakta og statistikk på hvor mange som opplever

utfordringer med dette under sin kreftbehandling og - sykdom. Derfor vil kvantitativ forskning være aktuell for å finne ut hvor mange som erfarer dette. Når det kommer til pasientens livskvalitet vedrørende kreft og underernæring, vil vi trenge kvalitativ forskning, da dette gir oss innsikt i pasientens tanker og følelser.

2.2 Søkestrategi.

“Å utvikle en god søkestrategi er vesentlig for et effektivt søkearbeid” (Thidemann, 2015, s. 87). Derfor valgte vi, etter at vi hadde avgrenset tema og kommet frem til en problemstilling, å sette i gang prosessen om å lese oss opp på temaet. Vi fant relevant litteratur for å tilegne oss kunnskap om emnet. Etter vi hadde fått en større forståelse omkring emnet, startet søket etter forskningsartikler. For å strukturere og dele opp problemstillingen på en hensiktsmessig måte, benyttet vi oss av rammeverket PICO. «P» står for patient/problem, «I» står for intervention, «C» står for comparison og tilslutt «O» som står for outcome (Thidemann, 2015). PICO-skjemaet ble brukt for vår egen del, og for å skape struktur i søkeprosessen, skjemaet vil derfor ikke bli presentert noe nærmere eller vist i oppgaven. Neste steg i søkeprosessen var å bruke søkeordene i databasesøk og de ulike søkeordene vil derfor bli presentert i databasesøkene.

2.3 Databasesøk.

For å finne forskningsartikler har vi tatt i bruk ulike databaser, da de har forskjellig innhold. Databasene som er brukt er Cinahl, Cochrane Library og Pubmed. Da vi skulle lete etter relevante forskningsartikler, tok vi først og fremst utgangspunkt i overskriften på artiklene for å se om de var aktuelle for problemstillingen. Deretter var neste steg å lese sammendraget og abstraktet for å se om forskningsartikkelen fortsatt var relevant for oppgaven. Siste uttak gikk ut på å lese hele artikkelen, dette var for å se om artikkelen var pålitelig og om den var brukbar i forhold til det å besvare oppgavens problemstilling. I punktene under skal vi presentere seks forskningsartikler som blir brukt i oppgaven.

2.3.1 Cinahl.

Cinahl (Comulative Index to Nursing and Allied Health) er en database som dekker sykepleie som fagområdet, og er derfor en relevant database å ta i bruk i oppgaven (Nortvedt et al., 2012).

Forfatter, tittel, tidsskrift og land	Søkeord	Hensikt og metode	Resultat
Nugent, B. Parker, M.J. McIntyre, I.A. <i>Nasogastric tube feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding in patients with head and neck cancer</i> Journal of Human Nutrition and Dietetics. (2010). s. 277-284. UK.	Head and Neck neoplasms AND radiotherapy AND (Nasoentareal Tubes OR PEG tubes OR Gastrostomy Tubes)	Hensikten med denne studien var å se på ernæringsmessige forskjeller mellom nasogastrisk sonde og PEG. Det ble også undersøkt hvilken metode som best egnet seg for pasientene. Tverrsnittstudie. 196 deltagere.	Kombinert stråle- og cellegiftbehandling resulterte i at flere pasienter trengte enteral ernæring, ettersom 75-80% av denne pasientgruppen fikk et betydelig vekttap under behandlingsperioden. Pasienter som fikk PEG, opplevde et mindre vekttap under behandlingsperioden, enn pasienter med nasogastrisk sonde. Disse ernæringsmessige forskjellene utjevnet seg etter 6 mnd.
Larsson, M. Hedelin, B. Athlin, E.	Head and neck neoplasms AND	Hensikten med studiet var å beskrive hvordan pasienter med kreft i	Sykepleierne møtte pasienter med kreft i hode- og hals på en trygg og sikker måte, som var viktig

<p><i>A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer</i></p> <p>European Journal of Oncology Nursing. (2017). 11. s. 49-59. Sverige og Norge.</p>	<p>(oncologic nursing OR Cancer nursing) AND (gastrostomy tubes OR nasoenteral Tubes OR Gastrostomy tube)</p>	<p>hode- og hals med ernæringsproblemer, opplevde betydningen av støtten fra sykepleier før, under og etter strålebehandling.</p> <p>Kvalitativt design med fenomenografisk tilnærming, åpen dialog. 12 deltakere.</p>	<p>før og etter behandlingen. En støttende sykepleieklinikk var med på å møte pasientene med kunnskap, omsorg og emosjonell støtte ved praktiske og psykiske problemstillinger. Studien konkluderer med at dette ville bidra til å bedre pasientenes helse og livskvalitet.</p>
<p>Moore, K. Ford, P. Farah, C.</p> <p><i>“I have quality of life...but...”: Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer.</i></p> <p>European Journal of Oncology Nursing. (2014). 18. s. 192-200. Australia.</p>	<p>Head and neck neoplasms AND (oncologic nursing OR Cancer nursing)</p>	<p>Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan støtte fra sykepleiere påvirker livskvaliteten til pasienter med kreft i hode og hals, og hvordan pasientene håndterte å ikke få nok støtte fra sykepleiere.</p> <p>Kvalitativt design, semi-strukturerte intervjuer.</p> <p>8 deltagere.</p>	<p>Resultatene fra denne forskningen kom fram til at pasienter med kreft i hode og hals, er i stor risiko for få nedsatt livskvalitet. Pasientene vil derfor trenge sykepleiere som både er støttende, og som arbeider mot å redusere bivirkninger av behandlingen.</p>

2.3.2 Cochrane Library.

Cochrane Library blir relevant å ta i bruk da den tilbyr systematiske oversikter om effekt av forebygging, behandling og rehabilitering (Nortvedt et al., 2012).

Forfatter, tittel, tidsskrift og land	Søkeord	Hensikt og metode	Resultat
Corry, J. Poon, W. McPhee, N., Milner, AD., Cruickshank, D., Porceddu, SV., Rischin, D., Peters, LJ. <i>Randomized study of percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tubes for enteral feeding in head and neck cancer patients treated with (chemo)radiation.</i> Journal of	"enteral nutrition", + "radiotherapy", + "head and neck cancer"	Hensikten med denne studien er å identifisere pasienter som blir behandlet med stråling og/eller cellegift, og deres behov for enteral ernæring. Pasientene ble delt inn i grupper, hvor den ene gruppen fikk PEG, og den andre nasogastrisk ernæringssonde. Målet var å sammenligne de forskjellige ernæringsmetodene, med tanke på ernæringsmessige resultat, komplikasjoner, tilfredsstillelse og kostnader.	12 av 15 pasienter med nasogastrisk sonde, opplevde at den kom ut av posisjon, ingen opplevde dette med PEG. Gruppen med nasogastrisk ernæringssonde opplevde et større vekttap etter seks uker, versus gruppen med PEG. Etter seks måneder var disse forskjellene utjevnet. Forskningen kom frem til at det ikke var noen store forskjeller mellom ernæringsmetodene med tanke på komplikasjoner, brystinfeksjoner eller pasientens livskvalitet. Den største forskjellen

<p>Medical Imaging and Radiation Oncology (2008). Vol. 52, s.503-510. Australia.</p>			<p>mellom PEG og nasogastrisk ernæringssonde, er at PEG er 10 ganger så dyr som nasogastrisk ernæringssonde.</p>
<p>Nugent, B. Lewis, S. O'Sullivan, J. M.</p> <p><i>Enteral feeding methods for nutritional management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy.</i></p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013 Issue 1. UK.</p>	<p>“Enteral feeding” + “Head and Neck Cancer” + “Radiotherapy”</p>	<p>Hensikten med denne studien er å sammenligne ernæringsmetodene, derav PEG eller nasogastrisk ernæringssonde, til pasienter med kreft i hode eller hals.</p> <p>Forskjeller som kliniske resultater, ernæringsstatus, livskvalitet og komplikasjoner ble sammenlignet. Dette er et oppfølgingsstudie av av forskningen til Nugent et al. (2010).</p> <p>Randomisert kontrollert studie, kvantitativ design. 33 deltagere.</p>	<p>Ingen forskjeller i ernæringsmetodene, av pasienter med kreft i munn og svelg som mottar strålebehandling og/eller cellegift.</p> <p>Derimot anbefales det at disse metodene blir forsket mer på, i et større forskningsprosjekt, for å se om flere ulikheter kommer frem.</p>

2.3.3 PubMed.

PubMed er en en utgave av databasen MEDLINE, her vil vi kunne finne artikler som omhandler tema rundt sykepleiefaget (Glasdam, 2011).

Forfatter, tittel, tidsskrift og land	Søkeord	Hensikt og metode	Resultat
Van den Berg, M, G.A. Rasmussen-Conrad, E, L. Nispen, L. Binsbergen, J, J. Merckx, M, A.W. <i>A prospective study on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer.</i> Oral Oncology. (2008). 44. s. 830-837. Nederland.	Malnutrition AND oropharyngeal cancer AND quality of life	Hensikten med denne forskningsartikkelen er å finne ut av hvordan en kreftdiagnose i hode og eller hals, påvirker livskvaliteten. Prospektivt studie, kvantitativt design. 47 pasienter.	Pasienter med et stort vekttap, >10%, hadde dårligere livskvalitet, sammenlignet med gruppen som et vekttap på <10%. Å ta tidligere tak i ernæringsutfordringene, mener disse forfatterne at bør rekvireres allerede ved diagnosefastsetting.

2.4 Fagbøker og litteratur.

I tillegg til forskning har vi også brukt en del fagbøker. Fagbøker et godt utgangspunkt for grunnleggende teori, men ikke tilstrekkelig i en slik oppgave alene (Dalland, 2012). For å

finne relevante og gode fagbøker har vi først og fremst tatt utgangspunkt i sykepleierstudiets pensumslitteratur. Videre har vi brukt ORIA som er søkemotoren til biblioteket på Høgskolen i Oslo og Akershus, dette var til stor hjelp for å finne fagbøker som omhandler temaet, og som kan bidra til å besvare problemstillingen.

2.5 Kildekritikk.

Det å være kritisk i kildebruk skal vise at vi er i stand til å forholde oss kritiske til det materialet vi har valgt å ta i bruk i bacheloroppgaven vår. Det innebærer at vi skal vurdere og kritisere de kildene vi benytter. Kildekritikk kan deles inn i to grupper, der kildesøking er første del, og begrunnelsen for valgt litteratur er andre del. Kunnskaper om kildekritikk vil hjelpe oss med å skille kilder av god kvalitet fra kilder med dårlig kvalitet. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få et innblikk i hvilke refleksjoner vi har gjort. Vi skal vurdere datamaterialets relevans, gyldighet og holdbarhet i forhold til den problemstillingen vi har valgt å ta for oss (Dalland, 2012; NTNU, 2010). Alle forskningsartiklene som er tatt i bruk, er fra år 2007-2017.

Noe som er vesentlig å ta i betraktning er at hvem som helst kan publisere informasjon på nettet, uten at dette har blitt vurdert av en fagperson først. Det kan bidra til at materialet som blir lagt ut, ikke samsvarer med annet materiale som har blitt gjennomgått av en fagperson (NTNU, 2010). På bakgrunn av dette har vi kun benyttet oss av materiale fra biblioteket og kjente databaser, hvor vi vet at kildene er troverdige. Artiklene fra databasene er forskningsartikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter. Vi kan derfor være sikre på at de er fagfellevurdert da det i slike tidsskrifter er strengere kvalitetssikring og høyere krav. At artiklene er fagfellevurdert, betyr at de er gjennomgått av eksperter innenfor artikkelens fagområde. Vi har også sett etter forskningsartikler som følger IMRaD-strukturen, da dette bidrar til at det blir lettere å orientere seg, og at lesingen av artiklene går raskere (Dalland, 2012). Videre er det også hensiktsmessig å være kritisk i forhold til bruk av sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur er skrevet på grunnlag av primærlitteratur, og dette kan bidra til å endre essensen til primærlitteraturen (Thidemann, 2015). Derfor har vi, så langt det har latt seg gjøre, gått tilbake til primærlitteraturen. Et eksempel på dette kan være Virginia Hendersons definisjon på sykepleie.

Ettersom vi vil trenge både kvantitativ og kvalitativ forskning for å kunne besvare problemstillingen, er det viktig å ta i betraktning at det vil være både ulemper og fordeler ved å bruke disse metodene som datamateriale. Når det kommer til kvalitativ forskning er dette gjort med få informanter, fordelen er et rikt beskrivende datamateriale. Ulempen her kan være at studien ikke er godt nok gjennomført, og at gjennomføringen ikke er beskrevet på en god nok måte. Ved kvantitative forskningsartikler blir det motsatt. Fordelen er at det er mange informanter, ulempen er et lite beskrivende datamateriale. Ved de kvantitative forskningsartiklene har vi vurdert metoddelen av artikkelen, der vi har sett på gruppen som studeres, hvordan respondentene er plukket ut og svarprosenten. Dette er noe vi har tatt med i betraktning når vi vurderer og kvalitetssikrer forskningsartiklene som benyttes i bacheloroppgaven (Nortvedt et al., 2012). En annen faktor er at vi har benyttet flere engelskspråklige forskningsartikler. Ved oversettelse kan dette bidra til at momenter eller detaljer vil kunne bli tapt, men dette vil mest sannsynlig ha liten betydning for oppgaven.

3.0 TEORI

I følge Kristoffersen (2011a) brukes teori til å trekke fram og beskrive de aspektene vi vurderer som viktige. Det skal derfor presenteres ulike områder som omhandler problemstillingen og derfor vil teorien legge grunnlaget for videre drøfting i kapittel 4.0.

3.1 Sykepleierens funksjonsområder.

“Norsk Sykepleierforbund (2008) fremhever at sykepleierens særegne funksjoner er å fremme helse og å hjelpe pasienter som er utsatt for sykdom og helsesvikt. Sykepleie iverksettes gjennom omsorg, behandling, helsefremmende og forebyggende arbeid” (Gammersvik, 2012, s. 99). Sykepleie blir sett på som et praktisk yrke, som omfatter områder og funksjoner som tilsammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen et al., 2011).

Helsefremming og forebygging er funksjoner som utfyller hverandre, men med to forskjellige mål (Kristoffersen et al., 2011; Alvsvåg, 2012). Forebygging rettes mot det å identifisere mulige aktuelle problemer. Helsefremming derimot, retter seg mot pasientens helse, velvære og livskvalitet. Generelt vil helsefremming og forebygging rette seg mot tre ulike gruppe mennesker, det er friske mennesker, personer som er utsatt for helsesvikt og til slutt personer som er utsatt for komplikasjoner (Kristoffersen et al., 2011). I denne oppgaven vil sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon rette seg mot pasientene som er, eller kan bli, utsatt for komplikasjoner, altså underernæring og nedsatt livskvalitet grunnet kreftsykdom og behandling.

Undervisning og veiledning retter seg mot det å bidra til læring, utvikling og mestring. Sykepleierens informasjon og støtte er et viktig grunnlag for denne funksjonen. Undervisning og veiledning er også knyttet opp mot pasientens behov for kunnskap og forståelse, dette vil være med på å hjelpe pasienten i å ta valg for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2011). Under veiledning og informering av sykepleier, vil den didaktiske relasjonsmodellen være et viktig redskap. Denne modellen handler om hvordan undervisningsprosessens rammer påvirker læring (Tveiten, 2008). Når det kommer til sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, vil det være forskjeller på tidspunktene for når disse skal benyttes. Noe som spiller inn når det blir gitt eller mottatt informasjon er rammefaktorene til pasient og

sykepleier. Dette blir viktig å ta hensyn til, ettersom disse vil begrense eller åpne muligheter for begge parter. Et tilpasset læringsmiljø, med tanke på sykepleierens tid og hvor pasienten befinner seg, er eksempler på rammefaktorer som vil påvirke samtalen (Tveiten, 2008). Dette må sykepleier vurdere ved hvert enkelt tilfelle. Ved for eksempel i forkant av en sondenedleggelse, vil pasienten ha behov for informasjon om hvordan prosedyren skjer, og viktigheten av å opprettholde god ernæringsstatus. Utover i behandlingsforløpet vil mange pasienter ha behov for veiledning i bruk av sondepumpe da de fleste er avhengig av denne når de skal reise hjem.

3.2 Kreft.

Som nevnt i kapittel 1.1 er kreft en kompleks sykdom. Kreft er relatert til gener, og sykdommen vil oppstå ved endring av arvematerialet. Utvikling av kreftcellene skjer på bakgrunn av mutasjoner, noe som fører til at cellene mister sin normale vekstkontroll. Dette gjør at kreftcellene vil dele seg ukontrollert, og cellene som blir angrepet av kreftceller, vil derfor miste sin normale funksjon (Lorentsen & Grov, 2016; Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie, Toverud, 2006). I 2015 var det registrert 32 592 nye tilfeller av kreft i Norge, hvorav 628 tilfeller var av kreft i munn og svelg (Kreftregisteret, 2015).

3.2.1 Kreft i munn og svelg.

Kreft i munn og svelg blir ofte sett på som en typisk livsstilssykdom, der tobakk og alkohol er viktige årsaker til utvikling av kreft. Sammen kan kombinasjonen av tobakk og alkohol skape en synergisk effekt, kombinasjonen kan altså være med på å øke risikoen. Andre årsaker kan være humant papillomvavirus, eller at det ikke opprettholdes god munnhygiene og tannstatus. Symptomene vil være avhengig av kreftens lokalisasjon. Ved kreft i munnhulen vil pasienten oppleve sårhet, smerter og at sårene som kan oppstå, ikke vil gro. Ernæringsvansker og dysarti vil man ofte se ved langtkommen sykdom. Ved kreft i svelget kan symptomene være noe av det samme, men denne krefttypen vil ofte gi sår hals, mye slim, dårlig lukt fra munnhulen, tranghet i halsen og refererte smerter til øret (Evensen, 2015a; Evensen 2015b; Bjordal, 2010).

3.2.2 Cytostatika og strålebehandling ved kreft i munn og svelg.

Cytostatika er en behandling som dreper eller hemmer veksten av maligne celler. En høy andel av stoffene som anvendes i cytostatika, virker primært på celler som deler seg. Ettersom celledeling foregår i den normale cellebiologien, har cytostatika også en toksisk virkning på disse cellene. Normalt vev med hurtig celledeling, som for eksempel slimhinner, vil derfor reagere på disse stoffene (Specht, Herrstedt, Storm & Rørth, 2015).

Cytostatika kan anvendes med kurativ eller palliativ hensikt. Det brukes ofte i sammenheng med stråleterapi og/eller kirurgi. Det er en intensiv behandling som ofte fører med seg mange uønskede, men forventede bivirkninger. Når det gjelder hvilke bivirkninger som oppstår, kommer det helt an på hvilken type cellegift som blir gitt, men de vanligste bivirkningene er kvalme og oppkast, alopeci, diaré og obstipasjon, fatigue og problemer med slimhinner og munnsårhet (Varre, 2010). Når pasienter mottar cellegift, må det tas noen forholdsregler da mange vil få nedsatt immunforsvar og blir mer mottakelige for infeksjoner (Generelt om cellegift i forbindelse med kreftbehandling, 2017).

Den andre behandlingsformen vi skal ta for oss er strålebehandling, dette er etter kirurgi den nest vanligste formen for kreftbehandling (Jetne, 2010). Selv om en operasjon kan være vellykket, er det ofte slik at det vil være igjen mikroskopisk sykdom der hvor tumor var lokalisert. I munn og svelg er det mange strålefølsomme strukturer, og dermed burde disse spares for stråling, selv om dette i praksis er vanskelig å få til. Som oftest må det aksepteres at det vil oppstå strålebelastning, derfor vil totaldosen fordeles over en lengre periode (Evensen, 2015a; Evensen 2015b). Pasienter med kreft i munn og svelg, får i tillegg til strålebehandling rettet mot svulsten, også stråler rettet mot risikoområder på halsen. Bjordal (2010) skriver at et vanlig stråleforløp for denne pasientgruppen er fem eller seks strålebehandlinger per uke, inntil seks uker. Siden plateepitelceller og kreftceller har hyppig celledeling, vil de derfor være svært strålefølsomme overfor radioaktive stråler. Normale celler har likevel en større toleranse for stråling enn kreftceller, fordi disse cellene har en bedre evne til å reparere skadene som stråling medfører (Strålebehandling ved kreft i svelg, 2017).

Ifølge Lydersen (2010) kan strålebehandling føre med seg bivirkninger som forverrer hele sykdomsbildet. Bivirkningene er på sitt sterkeste mot slutten av behandlingen og ukene etter avsluttet behandling, altså i rehabiliteringsfasen. Det oppstår både generelle og lokale

bivirkninger av strålebehandling, men siden strålebehandling er en lokal behandlingsform, er det strålefeltet som er mest utsatt for skader. Ofte opplever pasienter generelle bivirkninger som tretthet, feber, kvalme og oppkast mens de lokale bivirkningene vil ramme hardere (Jetne, 2010; Specht et al., 2015). Stråling mot munn og svelg kan gi plager i form av såre og tørre slimhinner, redusert spyttsekresjon, økt slimdannelse, nedsatt smaks- og luktesans, hudreaksjoner, mukositt, dysfagi og ikke minst smerter (Bjordal, 2010; Johnston, Barret & Bowling, 2010).

3.3 Pasientens reaksjonsfaser.

Å få en kreftdiagnose vil påvirke pasientens psykiske forhold. Det er store variasjoner i hvordan pasienten reagerer på kreftdiagnosen, men vanlige reaksjoner er redsel, fortvilelse, uvirkelighetsfølelse eller sjokk. Disse følelsene viser seg som krisereaksjoner, hvor man videre deler dette inn i en sjokkfase, en reaksjonsfase og en nyorienteringsfase. Disse fasene følger ikke et lineært forløp, og pasienten vil som oftest bevege seg mellom de ulike fasene (Loge & Ekeberg, 2013).

I sjokkfasen sier Eide & Eide (2007) at det er normalt å ha dårligere kontakt med følelsene sine, slik at vurderings- og tankeevnen blir nedsatt. Videre skriver forfatterne at informasjonen som blir gitt i denne fasen, ofte blir feiltolket eller kun delvis oppfattet, og at det derfor blir viktig at samme informasjon blir gjentatt ved senere anledninger. I reaksjonsfasen begynner beskjeden å synke inn. Sannheten blokkeres ikke ute lenger, slik at følelser og reaksjoner på kreftsykdommen slippes frem. I denne fasen er vanlige reaksjoner angst for døden, fortvilelse over konsekvensene kreftdiagnosen medfører og bekymringer for fremtiden. En viktig sykepleieroppgave blir derfor å skape rom for å la pasienten dele det hun eller han har på hjertet og svare på spørsmålene som pasienter sitter inne med (Eide & Eide, 2007). I nyorienteringsfasen vil pasienten være mer fattet, hvor de sterke emosjonelle reaksjonene på sykdom ikke vil være like dominerende som i de tidligere nevnte fasene. Pasienten vil vise større aksept over det som har skjedd, og oppmerksomheten vil rettes mot å skape en ny plattform for livet (Håkonsen, 2014).

3.4 Ernæring.

“Behovet for væske og ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og velvære. Men mat og drikke er langt mer enn det som ligger på tallerkenen” (Aagaard, 2011, s.161). Kroppen må produsere energi for å opprettholde de grunnleggende behovene. For at kroppen skal få tilført energi trengs det energigivende næringsstoffer som karbohydrater, proteiner og fett.

3.4.1 Kreft og ernæring.

Et vanlig problem hos kreftrammede er dårlig matlyst og vekttap, disse problemene kan oppstå når som helst i sykdomsforløpet, og er avhengig av krefttype, behandling og pasienten selv (Bye, 2010). Etter hvert som kunnskapen om hvilken betydning ernæring har for sykdomsprosessen, har det blitt et større fokus på kreftpasienters ernæring og ernæringsbehov. Denne kunnskapen bidrar til å bedre livskvaliteten og å øke motstandskraften mot sykdommen i seg selv, i tillegg vil pasientene også ha større nytte av behandlingen som gis (Sortland, 2011).

En rekke forhold kan virke negativt inn på ernæringstilstanden hos kreftpasienter. En kreftsykdom vil påvirke kroppens evne til å nyttiggjøre seg næringsstoffene, slik at kroppens metabolske tilstand forandres. Dette kan være med på å påvirke appetittreguleringen. Endringer i appetittreguleringen kan føre til at pasienten får redusert matlyst og at energiomsetningen økes (Sortland, 2011; Bye, 2010). Et lavere matinntak over en lengre tidsperiode kan føre til flere følgesykdommer som får konsekvenser for pasienten. Eksempler er svekket immunforsvar og økt risiko for infeksjoner og sepsis, forsinket sårtilheling, muskeltap og muskelsvakhet som vil påvirke lunge- og hjertefunksjon og redusert mobilitet hvor økt risiko for trombose er tilstede (Thorsrud & Blomhoff, 2013). Andre forhold som bidrar til ernæringsproblemer hos kreftsyke, er lokalisasjonen av tumoren. Denne kan ligge som et hinder for maten, som for eksempel ved svulst i svelget. Deretter kommer bivirkninger av selve behandlingen, og smerter, som begge er viktige faktorer som spiller inn når det kommer til pasientens matinntak (Bye, 2010).

3.4.2 Underernæring ved kreft i munn og svelg.

“Mange kreftrammede har lidd et betydelig vekttap før diagnosen blir stilt. Pasienter med kreft i øre-, nese- og halsregionen utmerker seg som en gruppe med et særlig dårlig utgangspunkt for å gjenvinne næringsbalanse” (Lydersen, 2010, s. 498-499). Opptil 60% av pasientene opplever et vekttap før behandlingen starter (Specht et al., 2015). Og i følge Nugent et al. (2010) vil 75-80% av pasientene med kreft i munn og svelg også oppleve et betydelig vekttap under behandlingsperioden. De definerer videre et betydelig vekttap som et uønsket vekttap på 10% de siste seks månedene. Denne risikoen øker når pasientene får en kombinasjonsbehandling, altså stråle- og cellegiftbehandling samtidig.

“Underernæring er årsak til redusert livskvalitet, økt morbiditet og økt mortalitet hos kreftpasienter” (Thorsrud & Blomhoff, 2013, s.154). Dette understreker hvor viktig det er å forebygge underernæring, da dette har en signifikant negativ effekt på behandlingen. Redusert respons på behandlingen, risiko for bivirkninger eller at pasienten ikke er sterk nok til å motta planlagt behandling, er alle årsaker av et uønsket vekttap (Thorsrud & Blomhoff, 2013). For at pasienten skal få optimal ernæringsbehandling, er det nødvendig at sykepleier oppdager endringer i ernæringsstatusen. Dette innebærer ikke bare å se hvem som er underernærte, men også de pasientene som er i fare for å bli det. For å kunne vurdere pasientens ernæringsstatus og å skaffe seg oversikt over ernæringsinntaket, vil det være nødvendig å utføre en vektanamnese og en kostanamnese. Dette innebærer å veie pasienten slik at sykepleier har et utgangspunkt å forholde seg til med tanke på pasientens ernæringsinntak og vekt nedgang. En kostanamnese vil gi informasjon om hva pasienten får i seg i løpet av en dag og hva slags forhold pasienten har til mat (Bye, 2010).

Ut ifra dette vil man kunne finne riktig ernæringsbehandling (Bye, 2010). Helsedirektoratet har dessuten utviklet en ernæringstrapp som brukes som veiledning ved ernæringsproblematikk hos pasienter. Ernæringstrappen omhandler trinn helsepersonell kan følge når matinntaket blir for lite. Trinnene er normalkost, tilpasset kost, beriket kost, mellommåltider, næringsdrikker, sondeernæring og intravenøs ernæring (Helsedirektoratet, 2012). Det anbefales og foretrekkes at pasienter bør få i seg normalkost så langt det lar seg gjøre. En stor andel av pasienter med kreft i munn og svelg, vil ha problemer med å få i seg tilstrekkelig med ernæring. Enteral ernæring som nasogastrisk ernæringssonde eller PEG, vil derfor være nødvendig for disse utsatte pasientene (Bye, 2010). Enteral ernæring som en

nasogastrisk sonde eller PEG, er flytende mat som føres ned i magesekken eller tynntarmen (Sortland, 2011). Det som vil være viktig før en setter i gang en slik behandling, er å vurdere fordeler, ulemper og ikke minst de etiske sidene rundt behandlingen (Bye, 2010).

3.5 Livskvalitet.

Livskvalitet kan bli definert på mange måter, men vi har valgt å ta utgangspunkt i Siri Næss sin definisjon. Hun mener at "livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv" (Næss, Mastekaasa, Monum & Sørensen, 2001, s. 10). I følge Næss et al. (2001) er glede, engasjement og kjærlighet eksempler på gode følelser, og at positive vurderinger er tilfredshet med eget liv, selvspekt og opplevelse av mening med tilværelsen. Næss vektlegger følelser og vurderinger, hvor disse begrepene glir over i hverandre og påvirker hverandre (Næss et al., 2001).

Et viktig perspektiv å ta i betraktning når pasienten får behandling og omsorg, er positiv stimuli. Ved alvorlig sykdom, som kreft, vil positive stimuli ha en positiv effekt på pasientens stemningsleie. Målet vil være å flytte oppmerksomheten til muligheter og ressurser, fra problemer og begrensninger (Ribu, 2010).

3.5.1 Livskvalitet hos pasienter med kreft i munn og svelg.

Underernæring av kreftpasienter er en årsak til redusert livskvalitet. Opplevelsen av å ha mindre krefter til å utføre daglige gjøremål og delta i sosiale sammenhenger, vil bidra til at kreftpasienter opplever redusert livskvalitet (Thorsrud & Blomhoff, 2013). Dette viser også studien til Van den Berg et al. (2008), som mener at et uønsket vekttap bidrar til nedsatt livskvalitet, og at dette er et kjent fenomen hos pasienter med kreft i munn og svelg. Videre trekker forskningsartikkelen frem at pasienter som allerede hadde hatt et vekttap før behandlingen begynte, opplevde dårligere livskvalitet, enn pasientene som fikk vektnedgang under behandlingsperioden.

3.6 Etikk, lovverk og retningslinjer.

I sykepleieetikken er det fire prinsipper som står sentralt. Vi mener det kan være vanskelig å vite hvilket prinsipp som blir mest berørt i forskjellige pasientsituasjoner. Etske prinsipper er

svært viktige i sykepleien, siden det er mange etiske hensyn vi må ta stilling til i helsevesenet. Velgjørenhetsprinsippet er et fundament i sykepleie og i alt helserelatert arbeid. Det handler om at sykepleier skal handle etter beste evne for å gjøre det som er det beste for pasienten. Ikke skade-prinsippet går ut på at sykepleieren har en plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av behandlingen han eller hun mottar. Disse prinsippene omfatter hverandre fordi begge fokuserer på pasientens beste, de kalles også konsekvensetiske prinsipper. Autonomiprinsippet handler om selvbestemmelse, hvor pasientens ønsker og behov skal respekteres ved medisinske og sykepleiefaglige avgjørelser. At pasienten er kompetent til kritisk selvrefleksjon, er avgjørende når det kommer til selvregulering og selvstyring. Det vil si at pasienten har mulighet til å bestemme over egen behandling og pleie, og også over retten til å nekte slik hjelp. Rettferdighetsprinsippet handler om at pasientene skal ha rett til likebehandling, uavhengig av sosial status, kjønn, rase, familie og sosialt nettverk. Dette prinsippet sier også noe om at det skal være en rettferdig fordeling av ressursene helsevesenet tilbyr (Nortvedt, 2012; Slettebø, 2013). Alt arbeid som utføres i helsevesenet har lover og retningslinjer som må følges. Som sykepleierstudenter og som kommende sykepleiere, skal vi innrette oss etter Helsepersonelloven. Formålet med denne loven skal bidra til sikkerhet til pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og samtidig vise helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten tillit (Helsepersonelloven, 2017).

Det blir også viktig å ta i betraktning at pasientenes rettigheter blir ivaretatt av Pasient- og brukerrettighetsloven. Under Pasient- og brukerrettighetsloven §4-1 kan helsehjelp kun gis ved pasientens samtykke. Samtykket er gyldig så lenge pasienten har fått nødvendig informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. §3-2 fra pasient- og brukerrettighetsloven blir også gjeldende da loven sier at pasienten har rett til informasjon slik at han eller hun kan få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016).

En annen faktor å ta i betraktning når det skal gis helsehjelp er at det finnes retningslinjer som skal følges. I Norge finnes det ingen ferdigstilte retningslinjer for pasienter med kreft i hode og hals siden disse fortsatt er under utvikling, de skal derimot ferdigstilles og publiseres i løpet av 2017 (Hode-hals-kreft-handlingsprogram, 2017). National Comprehensive Cancer Network (heretter NCCN) publiserte nylige nasjonale retningslinjer for pasienter med kreft i hode og hals. Disse retningslinjene har klarhet i hvilke pasientsituasjoner hvor enteral ernæring blir anbefalt. NCCN legger frem forskjellige faktorer som gir grunnlag for om

pasienten skal få nasogastrisk sonde eller PEG (National Comprehensive Cancer Network, 2017), men ifølge litteratur og forskning viser det seg at forebygging av underernæring er viktigst hos denne pasientgruppen, derfor vil faktoren angående pasientens vekt være mest vektlagt i drøftingen. Helsedirektoratet har derimot utviklet et pakkeforløp for hode- og halskreft, dette blir som en fremdriftsplan som gir forutsigbarhet og trygghet for pasientene (Helsedirektoratet, 2016). Målet med et pakkeforløp er at det skal bidra til unødvendig ventetid (Kristoffersen, 2011b).

4.0 DRØFTING

Kunnskaper, ferdigheter og gode holdninger må ligge til grunn for å gi god sykepleie, og i følge Norsk sykepleierforbund (2016) er sykepleierens ansvar å fremme helse og å forebygge sykdom. I vår sammenheng, der vi tar for oss sykepleiere som arbeider med pasienter med kreft i munn og svelg, er det også vesentlig at dette er grunnlaget i arbeidet med å forebygge underernæring og fremme livskvalitet.

Det viser seg at det har blitt et større fokus på ernæring etter man har sett hvilken betydning dette har på sykdomsprosessen (Sortland, 2011), men ifølge forskning er det fortsatt svakheter rundt kunnskap om ernæring og hvordan sykepleier håndterer dette (Larsson et al., 2007). Med en kreftsykdom følger utfordringer med å få i seg tilstrekkelig med ernæring, og hos pasienter med kreft i munn og svelg, vil denne utfordringen være desto større (Bye, 2010). Et gjennomgående funn i forskningsartiklene, som nevnt i kapittel 3.4.2, viser at 75-80% av pasienter med kreft i munn og svelg blir underernært på grunn av kreftsykdommen og behandlingen (Nugent et al., 2010; Nugent et al., 2013). At sykepleier da har kunnskaper og ferdigheter vedrørende ernæring, vil være essensielt for den forebyggende sykepleiefunksjonen.

Underernæring bidrar til redusert livskvalitet, det gjør også behandlingen pasienten gjennomgår. Dette underbygges av forskningsartikkelen til Moore et al. (2014), derfor mener vi det blir viktig at sykepleierens helsefremmende funksjon også har fokus på arbeid med å fremme livskvalitet for denne pasientgruppen.

4.1 Sykepleierens møte med ernæringsutfordringer.

Når vi som sykepleiere skal hjelpe denne pasientgruppen, trengs det først og fremst informasjon om pasienten. Derfor blir kartlegging og et godt tverrfaglig samarbeid med leger og ernæringsfysiologer en viktig del av behandlingen. I teori og forskning ser vi at det ikke kommer tydelig frem hva som er de beste metodene for å kartlegge ernæringsstatusen til pasientene. Bye (2010) nevner at det kan utføres en vektanamnese og en kostanamnese, for å skaffe en generell oversikt over pasientens status. Etter at kartleggingen er utført, vil neste steg være å sette i gang tiltak, og heller ikke her kommer det tydelig frem i teori, forskning

eller retningslinjer hva som er ideelt når det kommer til ernæringsbehandlingen. Riktignok har Lydersen (2010) flere eksempler på hvordan sykepleier kan møte ernæringsutfordringene til pasientene. Hun skriver at underernæring av denne pasientgruppen kan forebygges ved at sykepleier iverksetter tiltak og bruker andre ernæringsmetoder når maten serveres. For eksempel kan vi tilpasse matens konsistens ved å mose maten, vi kan tilby ønskekost eller næringsdrikker.

Et annet tiltak for å forebygge underernæring er å iverksette en kostliste (Bye, 2010) hos pasienten med en gang pasienten blir innlagt. Dette går ut på å skrive ned hva pasienten får i seg av næring i løpet av en dag. Om en kostliste faktisk virker i praksis, underbygges ikke av forskning eller teori, men vi har derimot sett ut ifra egen praksiserfaring at dette er tiltak som gir sykepleier god oversikt over pasientens ernæringsstatus.

Etter at sykepleier har fått oversikt over hva pasienten får i seg av næring daglig, vil det være lettere å opprettholde ernæringsstatusen. I arbeidet med dette tenker vi at ernæringstrappen kan være et godt verktøy. Som nevnt i teoridelen består ernæringstrappen av ulike trinn (Helsedirektoratet, 2012). Ved å benytte ernæringstrappen sammen med pasienten, vil dette gi sykepleier kunnskaper og klarhet i hvilket behov pasienten har for ernæring.

Et annet moment er at denne pasientgruppen vil oppleve ulike plager, for eksempel sårhet i munn og økt slimdannelse på grunn av bivirkninger av behandling. Det blir da viktig å iverksette praktiske tiltak, som å holde munnhulen ren ved hjelp av munnstell. Et annet tiltak kan være legemidler som gir en bedøvende lokal effekt, som for eksempel Xylocain. Dette kan gis før måltider slik at sårhet og smerter lindres. Disse tiltakene er nødvendige for sykepleier å utføre før bivirkningene har blitt så fremtredende at næring per os ikke er tilstrekkelig lenger (Lydersen, 2010). Hvis pasientene ikke lenger får i seg næring per os, blir en viktig del av ernæringsbehandlingen å få innlagt nasogastrisk sonde eller PEG (Moore et al., 2014). Siden det ikke er noen klare retningslinjer om problematikken rundt ernæring hos pasienter med kreft i munn og svelg (Hode-hals-kreft-handlingsprogram, 2017), vil det derfor bli en svært viktig sykepleieroppgave å kartlegge ernæringsstatusen.

4.1.1 Veien mot forebygging av underernæring.

Forskning viser at 25% av pasientene med kreft i munn og svelg er underernærte før de kommer til behandling (Nugent et al., 2010). På bakgrunn av dette blir en viktig del av sykepleierens forebyggende funksjon å arbeide mot å hindre ytterligere underernæring, slik at ernæringsstatusen blir opprettholdt. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon vil være avgjørende i denne sammenhengen. Her vil sykepleierne spille en sentral rolle i behandlingsforløpet til pasienten, og kunnskaper og erfaringer blir igjen grunnleggende. Dette understreker også Foulkes (2013), som sier at pasienter med kreft i munn og svelg trenger kvalifiserte og erfarne sykepleiere til å informere og veilede under behandlingsperioden. Det er også lovfestet i Helsepersonelloven at vi som sykepleierstudenter og kommende sykepleiere blant annet skal bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 2017). Forskningsartikkelen til Larsson et al. (2007) trekker frem at den viktigste informasjonen sykepleierne gir, er om hvor betydningsfullt det er å få i seg riktig og, ikke minst, nok ernæring. De konkluderer med at pasientene som fikk tilpasset og gjentatt informasjon tidlig i behandlingsforløpet, var de som møtte utfordringene med behandlingen på best mulig måte, noe som også bedrer livskvaliteten. Dette understrekes også Pasient- og brukerrettighetsloven, som skriver at pasienten har rett til informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 2016).

4.1.2 Sykepleierens funksjonsområder.

Vi mener også det vil være store variasjoner i tidspunktene for når sykepleier skal ta i bruk den undervisende og veiledende funksjonen. Dette vil være avhengig av pasientens helsetilstand og hvor i behandlingsforløpet pasienten er. Etterhvert som bivirkninger av behandlingen påvirker pasientens tilværelse, vil ny undervisning være nødvendig. I det hele tatt vil undervisning være nødvendig under hele behandlingsforløpet, men på individuelle tidspunkt for pasientene.

Eksempelvis er munntørrehet en kjent bivirkning. Her vil undervisning og veiledning i bruk av munnskyll, spyttstimulerende munnspray eller bruk av tyggegummi som stimulerer spyttsekresjonen, bidra til å lindre plager (Bye, 2010). Dette støtter også forskningen til Foulkes (2013), som skriver at råd fra sykepleiere kan hjelpe pasientene med hvordan de skal håndtere symptomene sine og hvordan de kan opprettholde velvære. Ifølge Moore et al.

(2014) må sykepleier også ivareta pasientens omsorgsbehov for å fremme livskvalitet og velvære. Dette blir gjeldende under og etter behandlingen og blir derfor en sentral del av sykepleierens helsefremmende funksjon. Som nevnt i kapittel 3.5, blir livskvalitet definert som “å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv” (Næss et al., 2001, s.10). At sykepleier ivaretar omsorgsbehovet til pasientene, er ifølge Moore et al. (2014) nødvendig, ønskelig og hensiktsmessig for å opprettholde god livskvalitet. En pasient med kreft har flere omsorgsbehov, både på fysiske, psykiske og praktiske områder, og sykepleierens rolle blir viktig for å kunne møte pasientene der han eller hun er (Tveiten, 2008).

Det å møte pasienten der han eller hun er blir vesentlig når man skal undervise og veilede. Ved slike situasjoner vil også rammefaktorene spille en rolle for hvordan informasjonen blir gitt og forstått. Som nevnt vil en kreftdiagnose skape ulike reaksjoner hos pasienten. Erfaringen til sykepleier blir derfor viktig for gjenkjennelse av hvilken fase pasienten er i, ettersom pasienten kan bevege seg mellom de tre ulike reaksjonsfasene (Eide & Eide, 2007). Erfaringen til sykepleier blir også viktig for å avgjøre om pasienten er mottakelig for informasjon eller ikke. Det blir da viktig å ta i betraktning at behandlingsforløpet som pasienten gjennomgår, som oftest er lineært. Sykepleier må huske på at pasientenes reaksjonsfaser og behov vil endre seg etter som behandlingen går fremover. Behovene til pasientene vil alltid være individuelle og dynamiske, og de kan endre seg på kort tid. Sykepleieren må derfor ta utgangspunkt i pasientens opplevelse, fysiske forhold og praktiske forhold når det skal gjøres en pedagogisk tilnærming. Den didaktiske relasjonsmodellen vil derfor være viktig for sykepleier å ha kunnskaper om for å kunne organisere undervisningen og veiledningen best mulig (Tveiten, 2008). I denne modellen ser vi at sykepleier må ta hensyn til rammefaktorer rundt pasienten, da dette er faktorer som vil påvirke læring. Slike faktorer kan være lyd, forskjellige lukter, alder, følelsen av å være syk eller om det er ro på rommet. Et tilpasset læringsmiljø vil bidra til å fremme læring uansett hva konteksten er (Tveiten, 2008). På den andre siden blir det like viktig å se på rammefaktorene til sykepleier, med tanke på tiden som er til rådighet, ressurser, kunnskaper og erfaring. Det å ta i betraktning at disse forholdene vil påvirke både pasient og sykepleier, viser hvor krevende undervisningsfunksjonene kan være og hvor forskjellige de vil være (Tveiten, 2008). Et eksempel fra erfaring i praksis, er at pasienter på sykehus ofte ikke har eget rom, men at mange må dele rom med andre. Skal vi som sykepleiere for eksempel ta opp

sensitive temaer med pasienten, kan tid og sted være avgjørende for hvordan samtalen og informasjonen utvikler seg (Sortland, 2011). Delte rom kan i denne sammenhengen være en stor ulempe.

4.2 Ingen retningslinjer, ingen klare holdepunkt.

Sykepleierens kunnskaper, erfaringer og vurderingsevne har vi nå sett er viktige områder for denne pasientgruppen. Vi har hittil i drøftingen tatt for oss hvordan sykepleier kan kartlegge, veilede og undervise for å forebygge og bedre ernæringsstatusen til pasienten. Men et viktig moment å trekke inn igjen, er at det ikke er ferdigstilte retningslinjer rundt problematikken vedrørende ernæringsbehandling til denne pasientgruppen (Hode-hals-kreft-handlingsprogram, 2017). Det er som nevnt ingen norske retningslinjer for hvordan denne utfordringen skal håndteres, men den 7. februar 2017 publiserte NCCN nasjonale retningslinjer for hode- og halskreft (National Comprehensive Cancer Network, 2017). Disse retningslinjene har klarhet i hvilke pasientsituasjoner det anbefales å sette i gang tiltak i for å forebygge ytterligere underernæring. Retningslinjene til NCCN anbefaler at pasienten får hjelp til å bedre ernæringsstatusen med nasogastrisk sonde eller PEG om pasienten har gått ned i vekt før behandlingen starter, har hatt en nedgang på 5% i løpet av én måned eller en nedgang på 10% i løpet av de siste seks månedene (National Comprehensive Cancer Network, 2017).

Et vekttap blir viktig å få kartlagt tidlig, uavhengig av om pasienten er tynn, normalvektig eller overvektig. Uansett hvilken kroppsfasong pasienten har, vil alle bli like underernærte fysiologisk sett, fordi de på samme måte vil oppleve bivirkninger av behandlingen og derfor ha vanskeligheter med å få i seg tilstrekkelig med næring (Bye, 2010). Dette understreker hvor viktig det er å ta utgangspunkt i prosentvis vektnedgang.

McGinley (2016) legger også frem hvor viktig det er å forebygge underernæring. Hun hevder at et vekttap hos kreftpasienter vil assosieres med lavere overlevelse, dårligere respons på behandlingen og et lengre sykehusopphold. Når pasientens matinntak blir mindre, må tiltak iverksettes, og dette understreker hvor viktig sykepleierens forebyggende funksjon blir hos denne pasientgruppen. Vi mener det så klart blir viktig å forebygge underernæring, men det blir like viktig å ta i betraktning at bivirkninger av behandling vil påvirke matinntaket til

pasienten. Derfor blir det vesentlig at sykepleier også forebygger bivirkningene. Som nevnt i kap 3.2.2 vil typiske bivirkninger av strålebehandling og cellegift være tretthet, såre og tørre slimhinner, redusert spyttsekresjon, kvalme og smerter (Jetne, 2010; Specht et al., 2015). Sykepleieren må derfor ta i betraktning at medikamenter, som for eksempel lindrer smerte eller kvalme, kan bidra til å gjøre måltidsituasjonene bedre for pasientene (Lydersen, 2010).

4.3 Underernæring og nedsatt livskvalitet.

Nugent et al. (2013) skriver at et matinntak per os ikke vil være tilfredsstillende hos pasienter med kreft i munn og svelg som gjennomgår strålebehandling og/eller cellegift. Bivirkninger vil bidra til dette, i tillegg vil svulstens lokalisasjon ha stor betydning. Derfor anbefaler de at pasienter bør få enteral ernæring, som PEG eller nasogastrisk ernæringssonde.

En annen forskningsartikkel legger frem at indikasjonene for enteral ernæring bør vurderes når matinntaket er 60% eller mindre enn dagsbehovet til pasienten, eller når pasienten har hatt et prosentvist vekttap på 5% etter behandlingsstart (Nugent et al., 2010).

Helsedirektoratet (2016) har som nevnt utviklet et pakkeforløp for hode- og halskreft. Ifølge disse behandlingslinjene vil det ta inntil 28 dager fra diagnosen stilles til behandlingen er i gang, og dette tror vi kan bidra til at pasienten går ytterligere ned i vekt. På bakgrunn av forskningen til Nugent et al. (2010) og tidsforløpet på pakkeforløpet, mener vi dette er urovekkende for pasientgruppen. Som nevnt har 25% av denne pasientgruppen hatt et vekttap før behandlingen starter (Nugent et al., 2010). Dette faktum fører til at vi kan tvile på at det er riktig å ta utgangspunkt i vekten fra sykehusinnleggelsen. Med forskning og teori som vi har lagt frem, mener vi dette ikke blir riktig. Hos denne pasientgruppen blir tid avgjørende for at ernæringsstatusen skal kunne forebygges, slik at pasientene slipper unødvendige følgesykdommer og nedsatt livskvalitet. I følge Van den Berg et al. (2008) bør det ikke bare fokuseres på selve behandlingen av kreften, men også på å opprettholde eller forbedre livskvaliteten til pasienten. Videre mener Van den Berg et al. (2008) at et uønsket vekttap vil bidra til nedsatt livskvalitet, og at dette er et kjent fenomen hos pasienter med kreft i munn og svelg. Det understreker viktigheten av hvorfor underernæring bør forebygges før behandlingsstart. Det viser seg at pasienter som opplevde et vekttap før behandling, opplevde å ha dårligere livskvalitet sammenlignet med pasientene som hadde vektnedgang under behandlingsperioden. Siden underernæring og nedsatt livskvalitet henger så tett sammen, vil

en logisk konklusjon ifølge Van den Berg et al. (2008) være at nedsatt livskvalitet kan forebygges ved at pasienten mottar adekvat ernæringsbehandling.

4.4 Enteral ernæring.

NCCN anbefaler ikke profylaktisk innleggelse av nasogastrisk sonde eller PEG hos pasienter med et lavt vekttap før behandlingen starter (National Comprehensive Cancer Network, 2017). Bye (2010, s. 215) hevder egentlig det motsatte, da hun skriver at “det synes lettere å forebygge et vekttap enn å snu en negativ trend”. Har pasienten allerede kommet inn i en katabol fase, vil det derfor bli vanskeligere for oss som sykepleiere å forebygge et ytterligere vekttap. Sortland (2011) drøfter også temaet enteral ernæring. Hun nevner at det ved enkelte kreftdiagnoser som for eksempel kreft i munn og svelg, bør diskuteres om det bør innlegges PEG ved diagnosetidspunkt, med tanke på forebygging av ernæringsproblemene som oppstår. Dette ser vi oss enige i ettersom denne pasientgruppen er svært utsatt for å bli underernærte. Det må også presiseres at de norske retningslinjene ikke er ferdigstilt enda, men at disse er under utvikling. Når disse blir ferdig utviklet, håper vi dette vil bidra til at denne pasientgruppen får klarere føringer på problematikken rundt ernæring.

4.4.1 Valg av ernæringsmetode.

En annen diskusjon vi ønsker å trekke frem, er valg av ernæringsmetode, nasogastrisk sonde eller PEG. Hvem bestemmer om pasienten skal få nasogastrisk sonde eller PEG? Teori, forskning eller retningslinjer har ikke bidratt til klarhet hos oss om hvem som avgjør dette. I situasjoner der sykepleier ser at pasienten vil ha behov for enteral ernæring blir autonomiprinsippet berørt. Pasienten skal ha selvbestemmelse og mulighet til å komme med ønsker og behov ved medisinske og sykepleiefaglige avgjørelser. Pasienten kan derfor nekte å motta helsehjelp forutsatt at pasienten har evne til kritisk selvrefleksjon (Nortvedt, 2012). Dette er også lovfestet i Pasientrettighetsloven §4-1: Hovedregel om samtykke, som sier at helsehjelp kan kun gis med pasientens samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 2016). Selv om behovet for enteral ernæring er tydelig, kan ikke helsepersonell tvinge pasienter til å få nedlagt nasogastrisk ernæringssonde eller PEG. Dette er pasientens valg, noe som bringer oss tilbake til sykepleierfunksjonene og hvor viktig det er å ha informert pasienten om konsekvenser og følger av underernæring. Har sykepleieren informert pasienten

godt i starten av behandlingsforløpet, mener vi det vil gjøre arbeidet lettere for den forebyggende sykepleierfunksjonen av underernæring (Larsson et al., 2007).

Forskning viser at det ikke er noen langsiktige ernæringsmessige forskjeller mellom en nasogastrisk sonde eller PEG, den viser derimot at pasienter som ble behandlet med en nasogastrisk sonde, mest sannsynlig ville bli frigjort fra den tidligere enn pasienter som har PEG (Nugent et al., 2010). Forskningsartikkelen trekker også frem at pasienter som har hatt PEG, hadde valgt å ha dette igjen dersom det skulle være et behov. De konkluderer med at PEG er å foretrekke framfor en nasogastrisk sonde for pasienter som sliter med plager i munn og svelg. Som nevnt er disse pasientene en sårbar pasientgruppe. Det at kreften kan være synlig, kan oppleves som ubehagelig. En nasogastrisk ernæringssonde vil vi derfor tro at kan bidra til en økt sykdomsfølelse og en større belastning for pasientene. Dette understreker også forskningen til Corry et al. (2008), som trekker frem at pasienter med nasogastrisk sonde opplevde en større følelse av endret kroppsbilde sammenlignet med pasienter med PEG.

Nugent et al. (2013) skriver at det i en periode etter behandlingen er forskjell på vekttapet hos pasienter som blir ernært med nasogastrisk ernæringssonde sammenlignet med PEG. Det trekkes også frem at seks uker etter behandlingen var ferdig, var vekttapet større hos pasienter med nasogastrisk ernæringssonde. Videre skriver de at disse forskjellene var utjevnet da vekttapet ble kartlagt seks måneder etter behandlingen. Som nevnt i kapittel 3.2.2, er kvalme og oppkast en kjent bivirkning av cellegift (Jetne, 2010). Problematikken rundt kvalme og nasogastrisk sonde har vi sett gjennom praksiserfaring. Dette kommer også frem i forskningen til Corry et al. (2008), som viser til at 12 av 15 pasienter med nasogastrisk sonde opplevde at den måtte legges inn på nytt. Flere pasienter slet med betydelig kvalme, noe som førte til at ernæringssonden ble kastet opp. Vi mener dette kan ha betydning for den første vektmålingen i forskningen til Corry et al. (2008). Kvalmen pasienten har kan bidra til en uregelmessig ernærings situasjon om pasienten har nasogastrisk sonde.

Et helt annet moment er økonomi. Forskningen til Corry et al. (2008) trekker frem at PEG er ti ganger så dyrt som en nasogastrisk sonde, noe som skyldes ressursene sykehuset må bruke ved innleggelse av PEG. Denne innleggelsen er mer krevende enn en nasogastrisk sondenedleggelse. En PEG krever kirurgi og mer planlegging, mens en nasogastrisk sonde kan derimot legges ned av erfarne sykepleiere på avdelingen (Corry et al., 2008). I valg av

behandlingsmetode mener vi rettferdighetsprinsippet bør være sentralt. Dette går ut på at det skal være en rettferdig fordeling av ressursene helsevesenet tilbyr (Nortvedt, 2012; Slettebø, 2013). Dette fører oss videre inn på velgjørenhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet. Disse prinsippene går over i hverandre, hvor begge fokuserer på at sykepleier skal fokusere på det som er til det beste for pasienten (Nortvedt, 2012). Etter at pasienten har fått nedlagt en nasogastrisk sonde eller innlagt en PEG, vil pasienten ha behov for undervisning og veiledning. Det blir da sykepleierens oppgave å demonstrere og veilede i bruk av selve sondepumpen, i type sondeernæring og i hvor mye pasienten bør få i seg i løpet av en dag. Som nevnt vil det være mange som er avhengig av enteral ernæring i tiden etter behandlingen, altså i rehabiliteringsfasen, og derfor blir det vesentlig at pasienten føler seg trygg på dette området for å opprettholde ernæringsstatusen på egenhånd.

4.4.2 Hvilken metode foretrekkes?

Som nevnt i kapittel 3.2.2 har pasientene et langt behandlingsforløp og et langt opphold på sykehus. Pasientene gjennomgår da en lang og smertefull periode der bivirkningene er varierende (Jetne, 2010; Specht et al., 2015). Dette er også med på å påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier. Når pasientsituasjonen forandrer seg, må sykepleier tilpasse seg den nye situasjonen. Ved for eksempel innleggelse av nasogastrisk sonde eller PEG, vil en ny situasjon oppstå. Forskningen til Corry et al. (2008) viser at det ikke er noen klare forskjeller på hvordan pasienten opplever det ene eller det andre fysisk eller psykisk, og at dette ikke påvirker livskvaliteten til pasienten. Men skal vi se på helheten av forskningen, kommer det frem at underernæring fører til nedsatt livskvalitet og at pasientene som mister mest vekt, er de som opplever dårligst livskvalitet. Vi vil derfor anta, på bakgrunn av forskningen som er lagt frem i denne oppgaven, at PEG er å foretrekke framfor en nasogastrisk sonde ettersom pasientene med nasogastrisk sonde går mest ned i vekt under behandlingsperioden.

Uansett hvilken metode som blir tatt i bruk, eller hvilken tilstand pasienten er i ved behandlingsstart, vil sykepleieren bli sentral hos denne pasientgruppen, ettersom vi får en nøkkelrolle i det forebyggende arbeidet med underernæring (Tschudi-Madsen et al., 2011). Dette er en svært sårbar og utsatt pasientgruppe. Et økt fokus på ernæringsbehandling og livskvalitet er nødvendig, ettersom pasientene kommer i mange forskjellige og komplekse situasjoner som følge av kreftdiagnosen og underernæringen.

5.0 OPPSUMMERING

Ettersom kunnskapen vår vedrørende denne pasientgruppen har økt, ser vi at det er et stort behov for å rette fokuset mot ernæringsproblematikken. Kreft i munn og svelg er en kompleks sykdom som sammen med behandling bringer med seg mange uønskede og negative følger. Det er en utsatt pasientgruppe når det kommer til underernæring og nedsatt livskvalitet. Etterhvert som kunnskapen om hvilken betydning ernæring har på pasientene ser vi at sykepleierens rolle i forhold til den forebyggende og helsefremmende og den undervisende og veiledende funksjonen blir sentral. Det kommer frem at underernæring er noe som rammer en stor andel av disse pasientene selv før behandlingen starter, det konkluderes derfor med at denne pasientgruppen bør få tidligere oppfølging og veiledning allerede fra diagnosetidspunkt. Sykepleierens arbeid mot å forebygge underernæring vil være lettere hvis det tas tak i før pasienten allerede har gått ned i vekt, dette understreker viktigheten av tid. En viktig faktor hos pasienter med kreft i munn og svelg er at “det å bli frisk kan ha en høy pris med hensyn til livskvalitet” (Evensen, 2015c). Derfor vil sykepleierens fokus ikke bare rettes mot å forebygge underernæring, men også mot det å fremme livskvalitet.

Vi har nå sett at enteral ernæring blir en viktig del av ernæringsbehandlingen til pasientene, og at PEG er å foretrekke hvis man tar underernæring og livskvalitet med i betraktning. Selv om det viser seg at PEG er dyrere, er det fortsatt bare en liten andel av krefttilfellene i Norge som utgjør kreft i munn og svelg (Kreftregisteret, 2015). Vi tenker da at det da bør tas hensyn til faktorene rundt det å ha kreft i munn og svelg, som bivirkninger og nedsatt livskvalitet når det skal velges ernæringsmetode. Vårt ønske for denne pasientgruppen er at når de norske retningslinjene for hode- og halskreft blir ferdigstilt, håper vi de vil bidra til å bedre denne komplekse situasjonen som disse menneskene gjennomgår.

LITTERATUR

A

Aagaard, H. (2011). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (2.utg., Bind 2, s.161-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging - et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å., Gammersvik. & T., Larsen. (red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (s.79-98). Bergen: Fagbokforlaget.

B

Bjordal, K. (2010). Kreft i øre-, nese- og halsregionen. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (3.utg., s. 487-497). Oslo: Akribe.

Bye, A. (2010). Ernæring. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (3.utg., s. 214-233). Oslo: Akribe.

C

Corry, J., Poon, W., McPhee, N., Milner, A. D., Cruickshank, D., Porceddu, S. V., Rischin, D., Peters, L. J. (2008). Randomized study of percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tubes for enteral feeding in head and neck cancer patients treated with (chemo)radiation. *Journal of medical imaging and radiation oncology*. 52(5). s.503-510. [10.1111/j.1440-1673.2008.02003.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1673.2008.02003.x)

D

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

E

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg., s. 165-195) Oslo: Gyldendal Akademisk

Evensen, J. F. (2013). Svulster i nese, munnhule, pharynx og larynx. I R., Kåresen & E., Wist. (red.). *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. (4.utg., s. 200-214) Oslo: Gyldendal Akademisk

Evensen, J. F. (2015b). Kreft i svelg. *Oncolex*. Hentet 26.01.2017 fra <http://oncolex.no/Hodehals/Diagnoser/Svelg>.

Evensen, J. F. (2015a). Munnhulekreft. *Oncolex*. Hentet 26.01.2017 fra <http://oncolex.no/Hodehals/Diagnoser/Munnhule>.

Evensen, J. F. (2015c). Stråleterapi ved kreft i svelg. *Oncolex*. Hentet 15.03.17 fra http://oncolex.no/Hodehals/Diagnoser/Svelg/Prosedyre katalog/BEHANDLING/3_Straleterapi?lg=procedureGroup

F

Foulkes, M. (2013). Oral cancer: risk factors, treatment and nursing care. *Nursing Standard*, 28(8), 49-57. doi:10.7748/ns2013.10.28.8.49.e7593

G

Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen. (red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (s.99-119). Bergen: Fagbokforlaget.

Generelt om cellegift i forbindelse med kreftbehandling. (2017). *Kreftlex*. Hentet 31.01.17 fra <http://kreftlex.no/Hodehals-svelgkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Hva%20er%20cellegiftbehandling?lg=ks&CancerType=Hodehals%20Svelg&containsFaq=True>

Glasdam, S. (red.). (2011). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. (2.utg.) Dansk sygeplejeråd: Nyt nordisk forlag Arnold Busck

H

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo.

Helsedirektoratet. (2016). *Pakkeforløp for hode- og halskreft*. (IS-nummer: 2500). Hentet 08.02.17 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-hode-halskreft>.

Helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell*. Hentet 14.02.17 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanninger. Refleksjoner etter 25 år*. Universitetsforlaget: Oslo.

Hode-hals-kreft-handlingsprogram. (2017). *Nasjonal handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av hode- hals kreft*. Hentet 03.02.17 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-hode-hals-kreft>

Høgskolen i Oslo og Akershus. (2017). *SYBA3900 Bacheloroppgave*. Hentet 25.01.17 fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Pilestredet/Programplaner-for-tidligere-kull/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-kull-2015/SYBA3900-Bacheloroppgave-2015>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg., s. 251-268). Oslo: Gyldendal Akademisk

J

Jetne, V. (2010). Strålebehandling. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (3.utg., s. 408-427). Oslo: Akribe.

Johnston, R.D., Barrett, R.A. & Bowling, T.E. (2010). Nutritional management of patients

receiving primary cancer therapy. I del Fabbro, E., Baracos, V., Demark-Wahnefried, W., Bowling, T., Hopkinson, J. & Bruera, E. *Nutrition and the Cancer Patient*. (s.395-433) New York: Oxford University Press

K

Kreftregisteret. (2015). Nye tilfeller i 2015. Hentet 26.01.17 fra <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kristoffersen, N. J. (2011a). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., Bind 1, s.161-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., Bind 1, s.281-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg., Bind 1, s.15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

L

Larsson, M., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 11(1), 49-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2006.04.033>

Loge, J. H & Ekeberg, Ø. (2013). Psykiske og psykiatriske aspekter ved kreftsykdommer. I Kåresen, R. & Wist, E. *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (4.utg. s. 463-476). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, V. B. & Grov, K. E. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie*. (5.utg., Bind 2, s. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lydersen, I. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i øre-, nese- og halsregionen. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg. (red.). *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (3.utg., s. 498-503). Oslo: Akribe.

M

McGinley, E. (2016). The provision of nutritional advice in patients with cancer. *Journal Of Community Nursing*, 30(5), 60-66.

Moore, K., Ford, P., & Farah, C. (2014). "I have quality of life...but...": Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(2), 192-200. doi:10.1016/j.ejon.2013.10.010

Myndig. (2014, 9.oktober). I *Store Norske Leksikon*. Hentet 15.03.17 fra <https://snl.no/myndig>

N

National Comprehensive Cancer Network. (2017). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). *Head and Neck Cancers*. (s.105). Hentet 17.02.17 fra https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf

Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet. (2011, 17.12.10). *Kildekritikk*. Hentet 25.01.17 fra <http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20.01.17 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). Kritisk vurdering. I *Jobb Kunnskapsbasert - En arbeidsbok*. (2.utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Nugent, B., Lewis, S., & O'Sullivan, J. M. (2013). Enteral feeding methods for nutritional

management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD007904. DOI: 10.1002/14651858.CD007904.pub3.

Nugent, B., Parker, M., & McIntyre, I. (2010). Nasogastric tube feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding in patients with head and neck cancer. *Journal Of Human Nutrition & Dietetics*, 23(3), 277-284. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01047.x>

Næss, S., Mastekaasa, A., Monum, T. & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Hentet 07.02.17 fra http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf

P

Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 27.01.17 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

R

Reitan A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg. *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (3.utg., s. 21-34). Oslo: Akribe.

Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg. *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (3.utg., s. 48-61). Oslo: Akribe.

S

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. (2006). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*. (2.utg., s. 44-77). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Specht, L., Herrstedt, J., Storm, H.H., Rørth, M. (2015). *Klinisk onkologi*. (1.utg.). København: Munksgaard

Strålebehandling ved kreft i svelg. (2017). *Kreftlex*. Hentet 02.02.17 fra

http://kreftlex.no/Hodehals-Svelg/ProsedyreFolder/BEHANDLING/3_Stralebehandling/New-ksProcedureChapter

Sortland, K. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

T

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsrud, H. & Blomhoff, R. (2013). Ernæringsbehandling av kreftpasienter. I R. Kåresen, & E. Wist (red.). *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. (4.utg. s. 154-163) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tschudi-Madsen, C., Mathisen Stenling, E., Granum, V., Eide, H. (2011). *Kreftpasienter risikerer underernæring*. Hentet 19.01.17 fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/11/kreftpasienter-risikerer-underernaering>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

V

Van den Berg, M.G.A., Rasmussen-Conrad, E.L., van Nispen, L., van Binsbergen, J.J. & Merkx, M.A.W. (2008). A prospective study on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer. *Oral Oncology*. 44(9). s.830-837. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2007.11.002>

Varre, P. (2010). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. (3.utg. s. 161-173). Oslo: Akribe.