

Bacheloroppgave

SYKHB3001

Kreft og ernæring;

Hvordan kan sykepleieren ivareta pasienter med nedsatt matlyst og vekttap som følge av langtkommet kreft?



Kandidatnummer. 34

Antall ord: 7615

Høgskolen Stord/Haugesund

Avd. Haugesund

Våren 2009

Sammendrag

Underernæring og vekttap på grunn av kreftsykdom er et kjent fenomen, som påvirker pasientens livskvalitet og overlevelsen av sykdommen. Det er hentydet til at ca. 25-30 % av pasienter med kreft dør som følge av avmagring, og ikke på grunn av tumorvekst i vitale organer. Nedsatt matlyst og vekttap gir blant annet et endret kroppsbylde, som forårsaker bekymringer både hos pasienten og pårørende. I en studie gjort i England, viste at mer en halvpart (52 %) av pasienter med langkommet kreft som mottok palliativ hjemmesykepleie opplevde bekymringer relatert til vekttap og ernæring.

Jeg har gjort en litteraturstudie, og funn viser at pasientene opplever blant annet identitetstap, tristhet, og tap av kontroll som følge av nedsatt matlyst og vekttap. Pårørende opplever på sin side frustrasjon, hjelpeløshet og udugelighet i omsorgsyttelsen. Det viste seg også at sykepleiere er motvillige til å innlede samtale om vekttap med pasienter og pårørende, og at kartlegging og oppmerksomhet på pasientenes og pårørendes bekymringer er manglende. Både kvaliteten på sykepleien og lindringen av pasientens plagsomme symptomer, kan påvirkes av sykepleiernes manglende kunnskap, om pasientene og pårørendes opplevelse av situasjonen. Sykepleieren bør ha en helhetlig tilnærming til pasientene, som også innebærer fokus på psykiske og sosiale problemer. For å kunne best mulig ivareta denne pasientgruppen må en bli mer oppmerksom på kakeksi og bekymringer knyttet til dette, for eksempel ved tidlig og rutinemessig kartlegging. Noen av tiltak som kan ivareta denne pasientgruppen er informasjonsformidling om kakeksi og støtte til selvhandlingsstrategier. Sykepleiere bør også få mer kunnskap om kakeksi og behandlingen, og tilegne seg bedre kommunikasjonsferdigheter. Pårørende vil også ha behov for oppmerksomhet og støtte. Det trengs mer forskning på psykiske og sosiale innvirkninger av kakeksi, også i Norge.

Summary

Malnutrition and weight loss due to cancer is a known phenomenon, which affects the patient's quality of life and survival of the disease. It is mentioned that ca. 25-30% of patients with cancer die as a result of emaciation, and not because of tumor growth in vital organs. Decreased appetite and weight loss, among other things, provides a modified body image, which is causing concerns among patients and relatives. A study in England, showed that more than half (52%) of patients with long-reaching cancer who received Palliative homecare experienced concerns related to weight loss and nutrition.

According to different studies in this assignment, patients experience loss of identity, sadness, and loss of control as a result of decreased appetite and weight loss. Relatives experience frustration, weakness and unprofitable care in the performance. It appeared also that nurses are reluctant to initiate conversation about weight loss patients and their families, and that monitoring and attention on patients and their concerns are missing. Both the quality of treatment and time of the patient's troublesome symptoms may be affected by the nurses' lack of knowledge about patients and their perception of the situation. The nurse should have a comprehensive approach to patients, which also involves a focus on psychological and social problems. In order to protect this patient group, nurses must be more aware of cachexia and concerns related to this, for example with early and routine monitoring. Some of the measures that can protect this patient group are information about cachexia and support to self-action strategies. Nurses should also gain more knowledge about cachexia and treatment, and acquire better communication skills. Relatives will also need attention and support. Further research is needed on the psychological and social implications of cachexia, also in Norway.

"Av og til helbrede,
Ofte lindre,
Alltid trøste".

Hentet fra Kaasa (2007, s.31).

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	5
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Metodisk tilnærming.....	7
2.2 Litteratursøk.....	7
2.3 Kildekritikk.....	9
2.5 Ethiske aspekter.....	10
3.0 Teoretisk tilnærming	11
3.1 Pasient med langtkommet kreft i palliativ fase	11
3.1.1 Palliasjon.....	11
3.2 Kreft og ernæring.....	12
3.2.1 Kakeksi	12
3.2.2 Behandlingstiltak for kakeksi	13
3.3 Kroppsbilde	14
3.4 Sykepleierens lindrende funksjon.....	15
3.4.1 Menneske – til – menneske forhold.....	15
3.5 Pårørende	16
4.0 Funn og drøfting.....	17
4.1 Pasientenes erfaringer.....	17
4.1.1 Pasientens håndtering av nedsatt matlyst og vekttap.....	18
4.2 Pårørendes erfaringer.....	19
4.3 Sykepleiernes erfaringer	19
4.4 Pasientenes og pårørendes erfaringer knyttet til sykepleiernes involvering.....	20
4.5 Drøfting av konsekvenser for sykepleie	21
4.6 Drøfting av tiltak	23
5.0 Avslutning	26
6.0 Litteraturliste	27

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Underernæring og vekttap på grunn av kreftsykdom er et kjent fenomen, som påvirker pasientens livskvalitet og overlevelsen av sykdommen (Aston, 2006). Det er hentydet til at ca. 25-30 % av pasienter med kreft dør som følge av avmagring, og ikke på grunn av tumorvekst i vitale organer (Bye, 2004). Nedsatt matlyst og vekttap gir blant annet et endret kroppsbilde, som forårsaker bekymringer både hos pasienten og pårørende (McClement, 2005). I en studie gjort i England, viste det seg at mer en halvpart (52 %) av pasienter med langtkommet kreft som mottok palliativ hjemmesykepleie opplevde bekymringer relatert til vekttap og ernæring (Hopkinson, Wright, McDonald og Corner, 2006). I følge Holder (2003) har endret utseende og dårlig ernæringsstatus negative konsekvenser for pasienten, som igjen påvirker hverdagen.

Temaet i oppgaven har jeg valgt på grunnlag av praksisstudier på kirurgisk avdeling, hvor jeg fikk møte mange pasienter med langtkommet kreftsykdom. Flere av disse pasientene var avmagret og hadde en del plagsomme symptomer, som blant annet smerter, nedsatt matlyst og kvalme. De fleste av disse pasientene mottok også palliativ behandling. Det var spesielt en pasient som gjorde inntrykk på meg. Denne pasienten hadde mange problemer i forhold til matinntak, som følge av sykdomsutviklingen. Pasientens spisevaner var betydelig endret, som medførte store bekymringer. Spisesituasjoner og kroppsforandringer var tydelig belastende for pasienten, men også for pårørende. Jeg opplevde under denne praksisen at pasientenes bekymringer og opplevelsene knyttet til ernæring, vekttap og endrede spisevaner fikk ofte noe mindre oppmerksomhet.

I følge International Council of Nurses (u.å.) omfatter sykepleie; helsefremmende arbeid, sykdomsforebygging, og pleie av syke, funksjonshemmete og døende. Symptomlindring er en nødvendig del av behandlingen og pleien til pasienter med langtkommet kreftsykdom (Kaasa, 2007). Dette for å sikre best mulig livskvalitet ved livets slutt. Lindrende sykepleie bør ta utgangspunkt i den enkelte pasienten, og den situasjonen han og pårørende befinner seg i (Winther og Madsen, 2006). Videre påpekes det her at menneskelig behov innbefatter ikke bare fysiske, men også blant annet psykiske - og sosiale sider.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleieren ivareta pasienter med nedsatt matlyst og vekttap som følge av langtkommet kreft?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven har jeg tenkt å fokusere på voksne pasienter med langt kommet kreftsykdom, som mottar palliativ behandling. Hovedfokuset med behandling for disse pasientene er ikke lenger kurativ, men lindrende behandling og omsorg. I den forbindelse vil jeg fokusere på sykepleierens lindrende funksjon, og bruke deler av Joyce Travelbees sykepleietilnærming. Pasientgruppen som mottar palliativ behandling er stor, og har derfor ikke valgt å konsentrere meg på de pasientene som er i den aller siste fasen, den terminale fasen. Ser også at tema kreft og ernæring er svært omfattende, og vil derfor konsentrere meg på de **erfaringene og bekymringene** både pasienter, deres pårørende og sykepleiere får og/eller har som følge av nedsatt matlyst og vekttap. Jeg kommer heller ikke til å komme inn på angst og depresjon, som også kan være aktuelt hos denne pasientgruppen.

2.0 Metode

2.1 Metodisk tilnærming

En metode brukes for å løse problemer og å komme frem til ny forståelse. Tranøy definerer i Dalland (2007, s. 81) metode som ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”.

I oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode. Dette siden det allerede finnes en god del litteratur og forskning innen kreft og ernæring. Jeg tror at det er mulig å belyse problemstillingen min på en faglig og interessant måte ved hjelp av den faglitteratur og forskning som allerede finnes. Denne metoden gir meg også muligheten til å finne en del oppdatert forskning av tema. En litteraturstudie innebærer systematisk og kritisk gjennomgang av data rundt et valgt problemområde (Forsberg og Wengström, 2008). Videre blir den aktuelle dataen fra tidligere studier analysert og sammensatt for å belyse problemstillingen.

2.2 Litteratursøk

Antallet studier som blir brukt i en litteraturstudie er blant annet avhengig av hva en kan finne av studier og hvilke kriterier en setter for studiene som inkluderes (Forsberg og Wengström, 2008). Siden kvalitative studier går i dybden, og tar sikte på å fange mening og opplevelse, kan de bedre beskrive pasientens erfaringer (Forsberg og Wengström, 2008). Dette blir vesentlig i forhold til å belyse problemstillingen min, og derfor vil jeg inkludere flest kvalitative studier.

Teori som jeg har brukt i oppgaven kommer fra ulike lære- og fagbøker, pensumlitteratur, fag- og forskningsartikler og andre relevante publikasjoner. Lære- og fagbøker har jeg først søkt etter ved hjelp av BIBSYS, og deretter lånt fra biblioteket til Høgskolen Stord/Haugesund. Søkeord som jeg brukte for å søke i BIBSYS var; palliasjon, kreft og ernæring (som kombinasjon) og Travelbee.

Fag- og forskningsartikler søkte jeg ved hjelp av helsefaglige artikkelbaser, som høgskolens bibliotek gir tilgang til. Søkeord som ble brukt var cancer, eating, palliative care, nutrition, cachexia og experience, i ulike kombinasjoner. Prøvde også å kombinere søkeord nursing med disse, men fikk opp få treff. Derfor valgte jeg også å bruke artikler om helsepersonell generelt. Jeg ville inkludere forskningsartikler som hadde fokus på pasientens og pårørendes opplevelse med nedsatt appetitt og vekttap. Ville også ta med sykepleierens perspektiv om

problematikk knyttet til pasientens ernæringsstatus. De forskningsartiklene som jeg utelukket, handlet om den terminale fasen av kreftsykdommen. Videre valgte jeg å utelukke forskningsartikler som handlet om barn, spesielle krefttyper og studier fra den østlige delen av verden. I tillegg ville jeg heller ikke ha med artikler som omhandlet ulike medikamentelle og ikke- medikamentelle behandlingstiltak for kakeksi.

I **Proquest** kombinerte jeg søkeordene cancer, eating og palliative care. Begrenset også søket til vitenskapelige tidsskrifter og artikler i full tekst. Fikk opp 4 treff. Her fant jeg en artikkel skrevet av Strasser, Binswanger, Cerny og Kesselring (2007). Denne artikkelen er basert på en studie, som omhandler bekymringer rundt ernæringsproblemer hos mannlige pasienter med kreft, og deres kvinnelige partnere.

I **Ovid nursing database** fikk jeg 17 treff ved å kombinere cancer, nutrition og palliative care. Her fant jeg artikkelen til Dewey og Dean (2007), som beskriver sykepleierens håndtering av pasienter med langtkommet kreft, spise- relaterte problemer og vekttap. Ved å kombinere søkeordene cancer, eating og palliative care, fikk jeg 7 treff. Fant artikkelen til Hopkinson (2007), som omhandler pasienters håndtering av endrede spisevaner som følge av langtkommet kreft. Her fant jeg også artikkelen til Souter (2005), som legger frem en studie om pasienters, som mottar palliativ behandling, og pårørendes opplevelse med mangelfull matlyst.

I **PubMed** fikk jeg opp 43 treff ved å kombinere cancer, eating og palliative care, og begrense søket til artikler publisert i løpet av de siste 10 årene. Her fant jeg artikkelen til Hopkinson og Corner (2006), som undersøker blant annet hvorfor spising kan oppleves bekymringsfullt av pasienter med langtkommet kreft. Her nevnes det også hvilke muligheter som finnes for å hjelpe denne pasientgruppen til å leve med de endrede spisevanene. Fant også artikkelen til Poole og Froggatt (2002), som nevner erfaringer og problemer med ernæring som følge av langtkommet kreft, hos både pasienter, pårørende og helsepersonell. Ved å kombinere cachexia og experience fikk jeg 52 treff, og her fant jeg artikkelen til Reid, McKenna, Fitzsimons og McCance (2008). Artikkelen beskriver erfaringer med kakeksi hos pasienter med kreft og deres pårørende.

I **SveMed** fikk jeg opp 6 treff ved å kombinere cancer, nutrition og palliative care. Av disse seks artiklene kunne jeg bruke en i teoridelen min, og den var utgitt i Tidsskriftet for den norske legeföreningen.

Ved å gå gjennom referanselistene til de artiklene som jeg allerede hadde funnet, fant jeg fram til andre artikler som kunne være aktuelle. Blant annet fant jeg artikkelen til Hopkinson, Wright og Corner (2006), som nevner en del om erfaringer knyttet til vekttap og håndtering av disse hos pasienter med langtømmet kreft. Videre fant jeg artikkelen til Hinsley og Hughes (2007), som beskriver påvirkninger som kakeksi har på kroppsbilde hos personer med langtømmet kreft. I tillegg fant jeg artikkelen til Shragge, Wismer, Olson og Baracos (2006), som snakker om pasientens erfaringer med nedsatt matlyst som følge av langtømmet kreft. Ved hjelp av artikkelen til Dewey og Dean (2007) fant jeg også artikkelen til Dewey og Dean (2008). Denne beskriver hvordan sykepleierne håndterer pasientenes spisevansker og vekttap i hverdagen, og på hvilket grunnlag de tar avgjørelser om å sette i gang ernæringstiltak.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk blir brukt for å avgjøre om en kilde er sann, ved å vurdere og å karakterisere kildene som benyttes (Dalland, 2007). Tilgangen på litteratur var varierende. Det visste seg å være vanskelig å finne forskningsartikler som spesifikt handlet om erfaringer og bekymringer hos kreftsyke pasienter i palliativ fase, og tiltak hvordan sykepleiere kan ivareta disse pasientene. Det var også lite relevante artikler og finne på norsk, så har derfor brukt en god del internasjonale artikler, hvor jeg konsentrerte meg hovedsakelig om Europa og USA. Det var også en del forskningsartikler som ikke fantes i full teks på internett og som ikke kunne bestilles gjennom biblioteket.

I oppgaven ville jeg bruke fag- og forskningsartikler som ikke var mer enn 10 år gamle for å få mest mulig oppdatert forskning av temaet. Påliteligheten til de utvalgte artiklene vurderte jeg blant annet i forhold til hvor de var publisert. Alle artiklene er publisert i internasjonale og vitenskapelige tidsskrifter. Alle forskningsartiklene jeg har valgt beskriver også hvordan de har gått frem for å finne data, noe som fikk meg til å anse resultatene som pålitelige. Jeg mener at de artiklene jeg har valgt er relevante i forhold til problemstillingen min, og artiklenes funn belyser problemstillingen min på flere sider.

2.5 Etiske aspekter

Ved litteraturstudier bør etiske overveielser gjøres ved utvelgelse av studier og når resultater skal presenteres (Forsberg og Wengström, 2008). Videre blir det nevnt at en bør velge ut studier som har gjort etiske overveielser eller blitt godkjent av etisk komité. Ved presentasjon av forskningsresultater må en også ta med alle mulige artikler, og ikke bare de som støtter eget påstand (Forsberg og Wengström, 2008). Når andres forskning og utsagn var informasjonskilden min i oppgaven, ville jeg også være rettferdig mot disse kildene. I oppgaven prøvde jeg å bruke mest mulig primærkilder. Dette siden sekundærkildene kan inneholde oversettelser og tolkninger av andres arbeid (Dalland, 2007). Oppga også kildene der jeg brukte litteratur, for å skille mellom mine egne ord og det andre har skrevet.

3.0 Teoretisk tilnærming

3.1 Pasient med langtkommet kreft i palliativ fase

Kreft er et samlenavn for ulike kreftsykdommer, som alle arter seg forskjellig (Norsk elektronisk legehåndbok, u.å.). Her kommer det også frem at kreft kan ramme alle de ulike organene i kroppen, og at kreftstadium og krefttype er avgjørende for behandling og prognose. De ulike kreftsykdommene er preget av ukontrollert celledeling og metastasering i varierende grad (Norsk elektronisk legehåndbok, u.å.). I følge Kreftregisteret fikk 25 943 personer kreft i Norge i 2007.

Utviklingen innenfor medisin og kreftbehandlingen har ført til at flere pasienter lever lenger med kreftsykdommen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre hevdes det her at disse pasientene vil ofte ha behov for palliativ behandling og omsorg, i kortere eller lengre perioder av sykdomsforløpet. Pasientgruppen som mottar palliativ behandling, har ofte en uhelbredelig kreftsykdom og kort forventet levetid (Loge, Bjordal og Paulsen, 2006). Her nevnes det videre at den forventede levetiden er som regel begrenset til mindre enn 9-12 måneder. Den palliative fasen starter når sykdommen anses som uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har ofte mange plager, som kan være direkte forårsaket av sykdommen eller bivirkninger av behandlingen (Kaasa, 2007).

3.1.1 Palliasjon

Palliativ medisin, blir også kalt for lindrende behandling eller palliasjon (Kaasa, 2007). Videre omhandler palliasjon aktiv behandling, pleie og omsorg til pasienter som har uhelbredelig sykdom. Sentralt står lindring av fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, og i tillegg er tiltakene rettet mot psykiske, sosiale og åndelige vanskeligheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre nevnes det her at palliativ behandling og omsorg anser døden som en normal del av livet, og skal verken fremskynde eller forlenge dødsprosessen. Palliativ behandling, pleie og omsorg har som mål å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for best mulig livskvalitet, både for pasienten og pårørende (Kaasa, 2007). Livskvalitet tar utgangspunkt i den enkelt menneskes opplevelse av sitt liv og kan oppfattes som flerdimensjonal (Rustøen, 2004).

3.2 Kreft og ernæring

Behovet for væske og ernæring er ett grunnleggende behov for alle mennesker. Mat er nødvendig for overlevelse, for uten mat vil en frisk voksen person dø av sult etter 60-70 dager (Nordøy, Thorensen, Kvikstad og Svensen, 2006). For at kroppens skal kunne fungere optimalt og at enhver skal kunne utøve arbeid, trenger kroppen tilført energi og næringsstoffer gjennom mat og drikke (Sortland, 2007). Mangel på ett eller flere næringsstoffer fører til mangelsykdommer og både nedsatt velvære og almenntilstand (Pedersen, 2007).

Ernæringsstatus påvirker også menneskers selvhjulpenhet, utøvelse av fysisk aktivitet og trivsel (Halvorsen, Pedersen og Øien, 2007). I følge Pedersen (2007) varierer behovet for energi og næringsstoffer blant annet etter alder, kjønn, fysisk aktivitet, helsetilstand og sykdom. Kreft er en sykdom, hvor allmennsymptomer som nedsatt matlyst, vekttap og avmagring er vanlige problemer (Bye, 2004). Kreft forårsaker biologiske prosesser i kroppen, i tillegg til psykiske og sosiale påkjenninger (Valand og Fodstad, 2001). For eksempel i følge Bye (2004) kan manglende matlyst og avmagring føre til endringer av kroppoppfatningen og skape angst. Underernæring på grunn av kreft er også forbundet med dårligere prognose, høyere dødelighet og større risiko for komplikasjoner ved kreftbehandling (Aston, 2006).

Men ernæring er ikke bare et grunnleggende behov. For det antydes også at matlyst og det å kunne spise, har mye å si for livskvaliteten hos mennesker (Aston, 2006). I følge Sortland (2007) har mat ikke bare en ernæringsmessig verdi, men er også kulturbundet. Dette fordi mat er med på å skape følelse av tilhørighet og knytter mennesker sammen. Mat har også en sosial rolle, hvor mat og måltider ofte blir forbundet med kos, hygge og glede (Halvorsen, et al., 2007). Manglende matlyst og endrede spisevaner hos pasienter med kreft, kan ta gleden av måltidene og hindre pasienten fra å delta i sosialt felleskap (Bye, 2004). Dette kan dermed fort utvikle seg til et sosialt problem.

3.2.1 Kakeksi

Kakeksi, også kalt anorexi – kacheksi – syndrom, kjennetegnes av appetittløshet, vekttap på grunn av tap av muskelmasse og underhudsfett, kraftløshet, utmattelse, anemi og tidlig metthetsfølelse (Bye, 2004). Kakeksi kan defineres som ufrivillig vekttap på mer en 5-10 % av normalvekt i løpet av de 2-6 siste måneder, og er vanlig hos pasienter med langtkommet kreft (Nordøy et al., 2006). Det finnes to typer av kakeksi, primær og sekundær.

Primærkakeksi er et metabolsksyndrom, direkte forårsaket av kreftsykdommen, som fører til tap av fett og muskelmasse, og påvirker appetittreguleringen (Nordøy et al., 2006). Disse forandringer kombinert med redusert matinntak fører til negativ energibalanse og avmagring

(Bosaeus, 2008). Sekundærkakeksi oppstår som følge av sideeffekter til kreftsykdommen og/eller som bivirkninger til sykdomsbehandlingen (Bye, 2004). Årsaker kan være mange, og for eksempel kan lukt- og smaksforandringer, munntørrehet, svelgproblemer og smerter påvirke matinntak negativt (Valand og Fodstad, 2001). Mage – tarm – kanal kan fungere dårligere, som følge av malabsorpsjon eller at tumor hemmer tarmpassasje, og forårsaker forstoppelse og kvalme (Bye, 2004). Videre nevnes det her at kvalme, oppkast og diaré kan være bivirkninger av stråle- og cytostatikabehandling. Også immobilisering, kraftløshet og psykososiale vanskeligheter kan forårsake sekundærkakeksi.

3.2.2 Behandlingstiltak for kakeksi

Studier viser at det å oppernære pasienter med primærkakeksi med intensive ernæringstiltak er vanskelig (Bosaeus, 2008 og Nordøy et al., 2006). Det blir også nevnt at målet bør være å lindre opplevelsen av og både forebygge og/eller stabilisere utviklingen av kakeksien. Pasienter med sekundærkakeksi er ofte ”lettere” å ernære opp. I følge Brown (2002) må det ofte til en flersidig tilnærming for å kunne bedre og/eller hindre dårlig ernæringsstatus hos denne pasientgruppen. Tiltak mot avmagring og kakeksi bør også settes i verk tidlig (Bosaeus, 2008 og Thoresen og Nordøy, 2007). Ernæringsbehandlingen bør være individuelt tilpasset, slik at den tar hensyn til den enkeltes problemer og ønsker (Bye, 2004). Siden både kartlegging av ernæringsstatus og ernæringstiltak er omfattende områder, vil jeg derfor kun nevne de kort her. Kartlegging av ernæringsstatus kan blant annet skje ved veiing, kostanamnese og biokjemiske målinger (Bye, 2004). Her blir det også nevnt at når ernæringsbehandling settes i gang er det nødvendig at pasienten og eventuelt pårørende får grundig informasjon og opplæring. Behandlingstiltak for kakeksi er tilrettelegging for økt inntak av mat og drikke, medikamentell behandling, og enteral og parenteral ernæring (Kaasa, 2007).

Tilrettelegging for å øke pasienten matinntak kan blant annet innebære kostråd, tilpasset kost, tilrettelegging av spisemiljøet, lindring av symptomer som påvirker matinntaket og næringstilskudd. Den maten pasienten klarer å spise bør være energitett (Bye, 2004). Lindring av plagsomme symptomer som kvalme, oppkast, smerter og obstipasjon er en forutsetning at pasienten skal kunne opprettholde normalt inntak av mat (Thoresen og Nordøy, 2007). Det kommer også frem her at for eksempel antall måltider, porsjonsstørrelse, matvarevalg, konsistens og omgivelser som stimulerer appetitten kan fremme matinntak hos pasienter med dårlig matlyst. Det finnes også mange sorter av næringstilskudd, som i ulike mengder

inneholder viktige næringsstoffer og energi (Thoresen og Nordøy, 2007). Disse kan blandes enten i maten eller inntas som ernæringsdrikk.

Den medikamentelle behandlingen er rettet mot tidlig metthet og appetittløshet som følge av kakeksi (Kaasa, 2007). Enteralernæring kan vurderes når ikke matinntak via munn er mulig eller ikke er tilfredsstillende (Kaasa, 2007). Her kommer det også videre frem at sondeernæring kan gis ved hjelp av ernæringssonde gjennom nesen eller ved hjelp av PEG – sonde. Å kunne gi sondeernæring forutsetter en vel fungerende mage- tarm- kanal. Når næringstilførsel via munn eller enteralt er umulig og/eller utilstrekkelig, kan næring også gis parenteralt (Thoresen og Nordøy, 2007). Pasienten kan spise det han klarer, selv om han får enteral eller parenteral næring.

3.3 Kroppsbilde

Kroppsbilde er oppfatning av egen kropp i forhold til utseende og kroppsfunksjoner, og har stor betydning for selvbildet og ens identitet (Schjølberg, 2004). Menneskers kroppsbilde omfatter aktuelle og tidligere oppfatninger og følelser, i forhold til kroppsstørrelse, hvordan en tar seg ut og hvilke muligheter for ytelse kroppen gir (Hummelvoll, 2006). Kroppsbilde må ses i en sosial og kulturell sammenheng, siden kroppsbilde har innvirkning på forholdet til andre mennesker (Bye, 2004). Gjennom livet må en også tilpasse sitt kroppsbilde, for eksempel på grunn av normal aldringsprosess, men også traumer, sykdom og degenerative forandringer kan forandre kroppsbildet (Schjølberg, 2004). Ordet *kreft* har en angst skapende påvirkning på det fleste, og kreftdiagnosen forbindes ofte med knuste fremtidsplaner og frykten for å dø (Valand og Fodstad, 2001). Videre blir det nevnt her at de fleste pasienter med kreft har angst for smerter og for å miste både sitt fysiske og psykiske selvbilde. Mange er også redd for å bli avhengige av andre og isolerte. Utseende og dermed kroppsbilde forandres som følge av vekttap og avmagring, som også påvirker ens selvbilde og selvfølelse. Dette kan igjen påvirke forhold til familie, venner, arbeid og ellers den sosiale omverden (Schjølberg, 2004). Hvordan en forholder seg til endret kroppsbilde er avhengig av mestringsstrategier, tidligere opplevelse av vanskelige situasjoner og støtte fra andre (Schjølberg, 2004).

3.4 Sykepleierens lindrende funksjon

Sykepleiere har i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fire grunnleggende ansvarsområder. Disse er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Det å lindre lidelse kan blant annet bidra til at pasienten kan leve med konsekvensene av helse- og funksjonssvikt og behandling, slik at pasienten får muligheten for en verdigfull død (Norsk Sykepleierforbund, 2005).

Sykepleierens lindrende funksjon og det å lindre er en humanistisk aktivitet, som er en naturlig del av sykepleierens oppgaver (Winther og Madsen, 2006). Videre nevnes det her at lindring innebærer pleie, støtte, veiledning og ytelse av omsorg til pasienter og pårørende uansett kjønn, alder, bakgrunn, diagnose og symptomenes art, og uavhengig av om pasienten lider av akutt, kronisk eller uhelbredelig sykdom. Lindrende sykepleie bør ta utgangspunkt både i den enkelte pasientens opplevelse og i den konkrete situasjonen pasienten og pårørende befinner seg i (Winther og Madsen, 2006). Dette fordi lindringen kan utebli hvis ikke pasienten og sykepleieren har felles forståelse av situasjonen. Definerende kjennetegn ved lindrende sykepleie er blant annet; engasjement, forståelse, medfølelse, medmenneskelighet, nærvær, omsorg, respekt, støtte, tillit, velvære og trygghet (Winther og Madsen, 2006).

I følge Travelbee (1999) er lidelse og sykdom livserfaringer som alle mennesker kommer til å møte. Lidelse er en følelse som forårsakes av fysisk, psykisk eller åndelig ubehag, og som hver enkelt opplever og føler på sin unike måte (Travelbee, 1999). Her nevnes det videre at sykepleierens funksjon og mål/hensikt er å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre og/eller finne mening i erfaringer og opplevelse med sykdom og lidelse. Sykepleieren kan oppnå sykepleiens mål og hensikt ved å etablere et menneske – til – menneske – forhold.

3.4.1 Menneske – til – menneske forhold

Menneske – til – menneske – forhold etableres ved å gå gjennom fire ulike faser (Travelbee, 1999). I det innledende møtet dannes "førsteintrykket", og denne fasen følges av fremvekst av identiteter. Både sykepleieren og pasienten begynner å oppfatte hverandre som unike individer. Deretter kommer empatifasen. I følge Travelbee (1999) er empati en bevisst prosess, som innebærer evnen til å ta del i og forstå den andre personens psykisk tilstand, men samtidig stå utenfor, og ikke tenke og føle som den andre gjør. Forutsetninger for empati er at det er likhetstrekk mellom personenes erfaringer, og at en har en ønske om å forstå den andre. Videre går empatifasen over til sympati og medfølelse. I følge Travelbee (1999) er sympati og medfølelse knyttet til å forstå den andres plager, og ønske om å hjelpe og lindre disse plagene.

Når en sykepleier formidler sympati og medfølelse viser en engasjement i pasienten som person, og bryr seg om hans situasjon (Travelbee, 1999). Ønske om å hjelpe er likevel ikke nok, men den medfølende sykepleieren må også ha kunnskaper og ferdigheter for å vite hvordan hun kan hjelpe. Dette for at medfølelsen skal kunne bli omsatt til sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999). Fremvekst av tillit er et resultat av sympati og medfølelse, som igjen skaper trygghet og gjør at forholdet mellom sykepleieren og pasienten blir preget av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon en prosess, som hjelper sykepleieren til å opprette et menneske – til – menneske – forhold. For eksempel kan sympati og medfølelse formidles både verbalt og nonverbalt gjennom ens væremåte og holdning. Ved verbal kommunikasjon bruker en ord, enten muntlig eller skriftlig, og nonverbal kommunikasjon skjer uten å bruke ord (Travelbee, 1999). Nonverbal kommunikasjon kan for eksempel innebære ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk, berøring og lyder (gråt og stønning). Den verbale kommunikasjonen ledsages av nonverbal kommunikasjon, og en kan dermed tolke andres følelser og uttrykk. For nonverbal kommunikasjon kan ofte avsløre ens underliggende følelser og holdninger, som kan være delvis- eller ubevisste for en selv (Eide og Eide, 2006). En kan dermed gjøre seg en mening, om den andre er oppriktig og mener det vedkommende sier. I et hvert møte sykepleieren har med pasienter hun har ansvar for, foregår det kommunikasjon (Travelbee, 1999). Kommunikasjon kan brukes for å bli mer kjent med pasienten som menneske, og til å avgjøre og ivareta hans individuelle behov. Kommunikasjon ses også som gjensidig prosess, hvor mennesker meddeler sine tanker og følelser (Travelbee, 1999). Sykepleieren kan blant annet bruke denne prosessen for å søke og å gi informasjon, og pasienten og pårørende bruker den for å søke hjelp og råd.

3.5 Pårørende

Pasienten er del av en familie, og derfor rammer ikke sykdom bare den syke, men også familien og de som står nær (Sand, 2001). Sykdom hos en i familien kan blant annet medføre bekymringer, redsel og angst hos familiemedlemmer (Travelbee, 1999). Å leve sammen med en som har uhelbredelig sykdom, er også en belastning for pårørendes psykisk og fysisk helse (Reitan, 2004). Pårørende er betydningsfulle støttespillere og en ressurs for pasienten (Sand, 2001). Hvordan pårørende har det, har igjen innvirkning på pasientens situasjon (Valand og Fodstad, 2001). For eksempel når sykepleieren gjør noe godt for pårørende, gjør en samtidig noe godt for pasienten (Sand, 2001).

4.0 Funn og drøfting

I dette kapittelet skal jeg først presentere funn fra forskningsartiklene knyttet til erfaringer rundt nedsatt matlyst og vekttap som følge av langtkommet kreft. Jeg vil først se på dette fra pasientens perspektiv, og vil i tillegg se på hvordan pasientene håndterer denne problematikken. Deretter skal jeg se erfaringer fra pårørendes perspektiv. For å kunne belyse problemstillingen på flere sider, vil jeg også ta med sykepleiernes perspektiv om erfaringer rundt nedsatt matlyst og vekttap, og se hvordan pasientene og pårørende opplever sykepleiernes involvering i håndteringen av deres erfaringer. Deretter vil jeg drøfte hvilke konsekvensene disse funnene har i forhold til sykepleie, og videre hvilke tiltak som kan iverksettes.

4.1 Pasientenes erfaringer

Som tidligere nevnt er nedsatt matlyst og vekttap vanlige symptomer hos pasienter med langtkommet kreft. For å kunne ivareta denne pasientgruppen må sykepleieren ha kunnskaper om pasientens egen opplevelse av situasjonen. Studiene til Hopkinson (et al., 2006) og Reid (et al., 2008) viser at bekymringer hos pasienter med langtkommet kreft oppstår når kreften blir synlig som følge av vekttap. Videre uttrykker synlig vekttap nærhet til døden, tap av kontroll og både fysisk og emosjonell svakhet. I en annen studie (Hopkinson og Corner, 2006) ble det fastslått at tap av matlyst ikke bare fører til følelse av utilstrekkelighet og selv klandring, men også til skyldfølelse. Pasientene beskrev også tap av identitet og fremmedgjøring av seg selv, på grunn av forandringer i det ”vanlige” utseende (Reid et al., 2008). Deltakere i studien til Hinsley og Hughes (2007) uttrykte at følelsen av ulikhet og sykdommens synlighet via vekttap, hadde skadelige effekter på selvrespekten. Studiens deltakere uttrykte også tristhet, å være gammel og svak, og mindre attraktiv. Når sykdommen utviklet seg, fikk mange også følelsen av å bli en belastning for andre og mistet dermed deler av sin uavhengighet.

I følge Holder (2003), kan manglende interesse for mat også føre til sosial isolasjon. Reid (et al., 2008) nevner i sin studie blant annet at psykiske påkjenninger av kakeksi kan forårsake sosial stigmatisering. Kreftens synlighet i vekttap er en barriere for mange til å delta i sosiale sammenkomster. Andres reaksjoner på pasientens endrede kropp er en påminnelse av sykdommen, og kan være vanskelig å håndtere for mange (Hinsley og Hughes, 2007). Dette kan for eksempel forårsake fravær fra felles måltider innenfor familier, som igjen kan føre til konflikter mellom pasienter og pårørende. En annen årsak som kan føre til sosial isolasjon, er

at pasienten føler seg for svak til å omgås med andre. For vekttap medfører både nedsatte krefter og fysiske funksjoner (Holder, 2003).

Disse funnene bekrefter det jeg opplevde på praksis i forhold til denne pasientgruppen. Det er tydelig at pasientene opplever nedsatt matlyst og vekttap som en stor belastning, som går utover deres livskvalitet.

4.1.1 Pasientens håndtering av nedsatt matlyst og vekttap

Siden hver pasient er en unik person og ”ekspert” på seg selv, vil det være viktig for sykepleieren å ha kunnskaper om hvordan pasienten håndterer sin situasjon. Dette for å finne frem til mest mulig effektive og individuelt tilpassede tiltak. I følge Souter (2005) valgte noen av pasientene å akseptere de endrede spisevanene og begrensningene i forhold til matinntak. Dette medførte at de ikke alltid var like stresset over situasjonen, siden de viste at de hadde gjort alt de kunne. Pasientene kunne også manipulere sine matinntak ved å spise mindre porsjoner eller ved å bruke mindre tallerkener (Souter, 2005 og Shragge, et al., 2006). I studien til Shragge (et al., 2006) ble det også nevnt at noen brukte og stolte på tilleggsnæring eller unngikk sosiale matsituasjoner.

I følge studie av Hopkinson (2007), brukte pasientene fire ulike selvhandlingsstrategier; ta over kontroll, fremme selvfølelse, relasjons bearbeiding og distrahering. Ved å sette i verk disse strategiene kunne pasienten endre sin tenkemåte og oppførsel, slik at ønske om å opprettholde eller forbedre sitt velvære ble oppnådd. For eksempel kunne pasienten fokusere på den maten som kunne spises, og sette pris på den, i stedet for maten som ikke kunne spises. Noen av pasientene kunne også spise bare for å unngå konflikter med pårørende. Pasientene kunne presse seg selv til å spise, selv om de ikke hadde matlyst (Reid, et al., 2008 og Strasser, et al., 2007).

I følge studien til Poole og Froggatt (2002), Souter (2005) og Hinsley og Hughes (2007) utrykte flere av pasientene ønske om å kunne selv kontrollere sitt eget matinntak, og ta selvstendige avgjørelser. Pasientene ønsket å bli hørt og forstått, og at deres begrensninger kunne bli akseptert av andre. Dette for å beholde en del av selvbestemmelsen i en situasjon hvor mange pasienter opplever tap av kontroll. Søk om hjelp og råd var også en måte å prøve å håndtere situasjonen på (Shragge, et al., 2006 og Strasser, et al., 2007).

4.2 Pårørendes erfaringer

Omsorg for pasientens pårørende er også en betydningsfull del av pasientpleien. Endringer i spisevaner og vekttap, er ofte mer problematiske for pårørende enn for pasienten selv (Poole og Froggatt, 2002). Videre kom det frem at når pårørende tilberedte og serverte av mat, var det et tegn på omsorg og omtanke. Pårørende uttrykte frykt, sinne og frustrasjon over deres udugelighet til å engasjere pasienten til å spise. Mange av de pårørendes opplevde også hjelpeløshet og tristhet (Souter, 2005 og Strasser, et al., 2007). En del pårørende kunne mase, presse og be pasienten til å spise, for å bedre eller opprettholde ”normalt” matinntak. Dette kunne igjen føre til konflikt mellom pasienten og pårørende. Shragge (et al., 2006) påpeker at i mange tilfeller var det vanskelig for pasienter og pårørende med å komme til enighet, men også å håndtere emosjonelle og sosiale konsekvensene av pasientens kakeksi. Pasientene så ut til å lide mer av dette misforholdet enn av de psykiske innvirkninger kakeksi (Shragge, et al., 2006). Disse funnene viser at pasientens nedsatt matlyst og vekttap ikke bare er en stor belastning for pasienten, men også for pårørende.

4.3 Sykepleiernes erfaringer

En del norske sykepleiere opplevde ernæringsproblemer hos pasienter med kreft, som problematiske i sin arbeidshverdag (Rustøen, Schjølberg og Walh, 2003). Det mest problematiske var pasientens engstelse. Hopkinson (et al., 2006) og Dewey og Dean (2007) hevder at vekttap eller bekymringene knyttet til dette, ikke blir rutinemessig vurdert av sykepleiere. Det viste seg også at videre oppfølging av ernæringsstatus var manglende (Dewey og Dean, 2007). Flere av sykepleierne mente at lite kunne gjøres for å hjelpe denne pasientgruppen til å leve med symptomene (Hopkinson, et al., 2006). Sykepleiere følte seg ofte hjelpeløse og frustrerte, siden vekttap svekket deres rolle som ”hjelpere” (Hopkinson og Corner, 2006). Slike følelser førte til at vekttap ble sett som ”tabu”. Flere studier (Dewey og Dean, 2007, Hopkinson og Corner, 2006 og Shragge, et al., 2006) antyder også at mange sykepleiere var motvillige til å innlede samtale om vekttap med pasienter som har kreft. Dette siden sykepleiere ofte fryktet å forverre familiens følelsesmessig uenighet og sosial spenning (Shragge, et al., 2006). Istedenfor ventet de til at pasienten selv eller pårørende ga uttrykk for bekymringene.

Funn til Dewey og Dean (2008) viste at de fleste sykepleiere i studien hadde lave forventninger til vektøkning ved hjelp av ernæringsråd og/eller tilleggsernæring. Noen av sykepleiere synes også at pasientene hadde urealistiske forventninger til tiltak for å bedre ernæringsstatusen. En del av sykepleierne som deltok i studien til Dewey og Dean (2007)

uttrykte også at det å ta opp ernæringsproblematikk med pasient og pårørende, kunne medføre at tiltak knyttet til underernæring ble sett på som synonymt med kurering av kreft. Det ble også beskrevet bekymringer rundt bruk av formelle vurderingsverktøy, inkludert veiing av pasienter. Sykepleiere mente at veiing og fokus på vekttap kunne forårsake unødvendig angst og urealistiske forventninger, siden det i mange tilfeller var lite å gjøre for å optimalisere vekten (Dewey og Dean, 2007).

Poole og Froggatt (2002) konkluderer at problemer knyttet til manglende matlyst og vekttap ikke er godt nok forstått blant helsepersonell. Mange sykepleiere ga ernæringsråd, men ofte først etter at pasientene eller pårørende hadde spurt om det (Dewey og Dean, 2008).

Sykepleiere som deltok i studien til Dewey og Dean (2007) hadde begrensede kunnskaper og de fikk heller ikke opplæring til spesifikke praktiske ferdigheter knyttet til ernæringsproblemer hos pasienter med langt kommet kreft.

4.4 Pasientenes og pårørendes erfaringer knyttet til sykepleiernes involvering

I studien til Hopkinson (et al., 2006), kom det frem at vekttap var et lite diskutert tema mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Flere av pasientene følte seg forlat med bekymringer knyttet til vekttap, spesielt når de ble klar over at alle rundt dem følte hjelpeløshet. Mange følte da at ingen brydde seg. Pasientene som søkte støtte til selvhandlingsstrategier fra sykepleiere og annet helsepersonell, ble ofte skuffet over responsen de fikk (Hopkinson og Corner, 2006).

Mange pasienter og pårørende hadde manglende kunnskaper og informasjon når det gjaldt problemer knyttet til ernæring og vekttap, og de opplevde ofte manglende oppmerksomhet av helsepersonell (Strasser, et al., 2007, Shragge, et al., 2006, Reid, et al., 2008 og Souter, 2005). Manglende informasjon og misforståelser kunne føre til konflikter mellom pasienten og pårørende, som igjen forårsaket mer stress (Reid, et al., 2008). Her kom det også frem at deltakere synes at helsepersonell ikke ville erkjenne vekttap, uansett at de var informert om det. Mange opplevde også manglende kommunikasjon med helsepersonell, og følte fortvilelse over helsepersonels lite involvering. I følge artikkelen til Shragge (et al., 2006) var mange skuffet over råd som helsepersonell ga, blant annet siden de var lite individuelt tilpasset, og var generelt upassende for situasjonen pasienter og pårørende befant seg i.

4.5 Drøfting av konsekvenser for sykepleie

Funn fra de ulike artikler er i stor grad samstemte, men mange nevner likevel at det er lite forskning gjort på dette temaet. Ut ifra de artiklene som jeg har valgt å bruke i oppgaven, er det nok ikke mulig å generalisere til å gjelde alle pasienter, pårørende og sykepleiere. Jeg mener likevel at artiklene påpeker på en del ting som kan være tilfelle i mange steder hvor det ytes palliativ omsorg, og dette kan ha negative konsekvenser for sykepleien. For eksempel viser funn at sykepleierne unngår å ta opp ernæringsproblematikk med pasienter. Dermed kan de nok heller ikke få kunnskap om pasientenes erfaringer om den forandrede situasjonen. Dette kan igjen medføre at kvaliteten på sykepleien ikke blir like god. For kvaliteten på sykepleien er blant annet avhengig av at sykepleiere gjør seg kjent med pasienten, hans livssituasjon og erfaringer av problemene (Valand og Fodstad, 2001). Sykepleieren bør nok ha en helhetlig tilnærming til pasientene, som også innebærer fokus på psykiske og sosiale problemer. I følge Travelbee (1999) er menneske en helhet, og både de fysiske og psykiske behovene henger sammen.

Manglende kunnskap om pasientens og pårørendes erfaringer, kan også begrense etableringen av menneske – til – menneske – forhold. Dette vil igjen medføre at det ikke blir mulig å oppnå det som Travelbee definerer som sykepleierens mål og hensikt. Dersom sykepleieren får kunnskaper om pasienten og pårørendes erfaringer, kan hun kanskje også lettere hjelpe pasientene til å mestre den vanskelige situasjonen, på deres premisser. For å kunne lindre pasientens plagsomme symptomer, er det også vesentlig at sykepleieren vet hvordan pasienten opplever situasjonen. For som nevnt tidligere kan lindringen utebli hvis ikke pasienten og sykepleieren har felles forståelse av situasjonen (Winther og Madsen, 2006).

En annen ting som kan svekke kvaliteten på sykepleien, er mangel på kunnskaper. Flere sykepleiere opplevde seg hjelpeløse, og følte at lite kunne gjøres for denne pasientgruppen. Dette kan igjen være et tegn på manglende kunnskap om behandlingen av kakeksi. I følge Travelbee (1999) kan en alltid gjøre noe for pasienten, uansett hvor syk han er. Videre nevnes det at sykepleiere kan hjelpe med å finne mening i sykdommen, selv om det ikke finnes håp for helbredelse. Sykepleiernes holdninger og følelser kan også gjenspeiles i ens væremåte. Pasienter kan dermed "lese" sykepleiernes nonverbal kommunikasjon, og føle situasjonen enda mer håpløs, når ingenting kan gjøres. Dette kan kanskje medføre mer unødvendig engstelse.

Sykepleiernes mangelfull interesse i tillegg til mangelfull kunnskap reduserer ikke bare kvaliteten på sykepleien, men kan også svekke pasientenes og pårørendes tillit til sykepleiere. Det er jo forståelig at tillitten svekkes når en føler at helsepersonell vet lite om et problem, og i tillegg viser lite interesse for det. Det at sykepleiere ikke viser noe særlig interesse gjør at pasientene kanskje føler seg forlatt med bekymringer. Dette kan også være et tegn på lite støtte fra sykepleiere. Sykepleierens lindrende funksjon innebærer blant annet å gi støtte og veiledning (Winther og Madsen, 2006). Ut ifra artiklens funn, er det også mye som tyder på at pasienter og pårørende får dårlig informasjon og veiledning om ernæringsproblematikk knyttet til langtkommet kreft. For eksempel kunne pårørende feilaktig tro at økt matinntak ville øke vekten og forlenge liv (Reid, et al., 2008). Manglende kunnskaper kan muligens føre til både urealistiske forventninger, og gjør pasientene og pårørendes mestring av situasjonen vanskeligere. Det er også mulig at både pasienten og pårørende har fått informasjon opptil flere ganger, men at informasjonen er gitt på et tidspunkt der pasienten og pårørende kanskje ikke var så mottakelig for det. Årsak til dette kan kanskje være manglende kommunikasjon. Både kommunikasjon og formidling av informasjon er viktig for psykososial velvære (Hopkinson, et al., 2006).

Jeg fant lite forskning gjort i Norge om pasientenes og pårørendes opplevelsene knyttet til nedsatt matlyst og vekttap. Det kan være at sykepleie i forhold til pasienter og pårørendes psykiske innvikninger av kakeksi er lite fokusert på i Norge. Jeg mener likevel at kakeksi kan oppleves like bekymringsfullt av norske pasienter og pårørende som av andre pasienter i andre land, som plages av nedsatt matlyst og vekttap forårsaket av langtkommet kreft. Dette igjen kan kanskje bety at norske pasienter og deres pårørende ikke får fullgod pleie og omsorg i en vanskelig fase.

4.6 Drøfting av tiltak

Ut ifra det som kommer frem i fra funn og konsekvenser for sykepleien, bør en øke oppmerksomhet på kakeksi, og de bekymringene og erfaringene pasientene og pårørende har og/eller får. Sykepleieren bør rutinemessig kartlegge pasientens følelser og erfaringer for å få forståelse for pasientens opplevelse av situasjonen. For forståelse for erfaringer knyttet til nedsatt matlyst er viktig for å kunne yte hensiktsmessig pleie og støtte pasientene (Souter, 2005). Flere av artiklene (Holder, 2003, Dewey og Dean, 2007 og Dewey og Dean, 2008) har kommet fram til at tidlig kartlegging av ernæringsstatus må til for å ivareta pasienter med langt kommet kreft, som har ernæringsproblemer. Det kan kanskje være for lenge å vente til at pasientene selv eller pårørende tar opp bekymringer. Som nevnt i teori kapittelet, er det mest hensiktsmessig å sette i gang med ernæringstiltak tidlig. Ved å iverksette tiltak tidlig for å hindre ytterligere vekttap, kan muligens også forebygge utviklingen av bekymringer.

Et tiltak vil være formidling av informasjon om kakeksi, dens innviklinger og behandling. Dette vil øke pasientenes og pårørendes kunnskaper, forståelse og fremme pasientens håndtering av situasjonen (Hopkinson, 2007, Dewey og Dean, 2008 og Souter 2005).

Informasjon kan også gi pasienter opplevelsen av trygghet og kontroll, som igjen fremmer mestring (Kvåle, 2006). For å kunne gi informasjon på en måte som kommer til nytte for pasienten, er det blant annet nødvendig å finne ut av pasientens egen opplevelse av situasjonen (Tveiten, 2008). Videre bør sykepleieren spørre pasienten hva han selv mener, forstår og kan fra før av. Informasjon må også formidles når pasienten er mottagelig for det, og forsikre at pasienten forstår. Sykepleieren kan også gi pasienten skriftlig informasjon i tillegg til muntlig. Hopkinson, (2007) og Souter (2005) foreslår også webbasert informasjon.

For å forstå pasienten som individ, yte hensiktsmessig støtte og omsorg, og stimulere til utvikling på en best mulig måte, trenger man gode kommunikasjonsferdigheter (Eide og Eide, 2006). Dermed kan kanskje sykepleieren ivareta pasienten og pårørende, ved å tilegne seg bedre kommunikasjonsevner. I følge Travelbee (1999) kan sykepleieren og pasienten kommunisere uten å etablere et meningsfullt forhold. Det nevnes også at meningsfylte dialoger har et emne, som er viktige, relevante og passende i forhold til situasjonen, og at innholdet er rettet mot pasientens problemer.

Sykepleieren kan kanskje også ivareta og støtte pasienter med langt kommet kreft, ved å gi støtte til pasientens egen håndtering av situasjonen og selvhandlingsstrategier.

Handlingsstrategier er bevisste avgjørelse for å manipulere enten realitet eller forventninger,

og således lindre stresskilder knyttet til ernæringsproblemer (Hopkinson og Corner (2006). Det nevnes også videre at til tross for uunngåeligheten av døden, har en del av pasientene ønske om å engasjere seg i helsefremmende tiltak, som vil styrke ens selvfølelse, og gjøre det ”lettere” å leve med bekymringer. I følge Hopkinson (2007), kan helsefremmende tilnærming være en effektiv måte å fremme helse og velvære hos pasienter med langkommet kreft.

Sykepleierne trenger mer kunnskap. Dette blant annet siden sykepleiere er ofte de som har kontinuerlig kontakt med pasienter og pårørende, og dermed muligheten for jevnlig samtaler, vurdering av pasientens ernæringsstatus og den helhetlige situasjonen (Reid, et al., 2008 og Dewey og Dean, 2007). Sykepleiere trenger kanskje mer kunnskaper om både medikamentelle og ikke medikamentelle behandlingstiltak for kakeksi, for å bedre kunne vurdere og dekke pasientenes behov, og i tillegg bryte ”tabu”, om at lite kan gjøres. Økte kunnskaper kan nok også ses som nødvendig for å skape forståelse for pasientenes situasjon. Det er også behov for mer forskning. For de fleste artiklene (Hopkinson, et al., 2006, Poole og Froggatt, 2002, Shragge, et al., 2006, Souter, 2005, Dewey og Dean, 2007 og Hinsley og Hughes, 2007) konkluderer med at det trengs mer forskning om psykiske innvirkninger knyttet til nedsatt matlyst og vekttap. Dette for å få mer forståelse, øke kunnskaper om tema, og for å kunne utvikle og forbedre tiltak, støtte og råd.

Et annet tiltak som kan være med å ivareta pasienten og pårørende, er hjelp til å sette realistiske mål og forventninger til spising/ernæringstiltak. I følge Dewey og Dean (2008) vil tidlig henvisning til ernæringsfysiolog kunne fremme individuelle ernæringstiltak og fremme realistiske mål. Muligens kan også mer kunnskap og informasjon om kakeksi og behandlingstiltak, hjelpe pasienter og pårørende til å finne en balanse mellom det nåværende matinntaket og forventninger knyttet til spising. En annen ting som kan være nyttig er, at pasienter og pårørende involveres i større grad når ernæringstiltak planlegges. For i følge Hopkinson (2007) må pasienter myndiggjøres og tas med i avgjørelser. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren respektere pasientens rett til å ta valg, og ivareta denne selvbestemmelsesretten. For eksempel hevder Strasser (et al., 2007) at avsluttet matinntak via munn, må respekteres som signal for pasientens autonomi og verdighet. Men at en må ikke overse strid som forårsakes av dette mellom partnere.

En annen måte å ivareta denne pasientgruppen kan være at sykepleieren blir mer oppmerksom på og gir støtte til pasientens nettverk/pårørende. Støtte fra pasientens nettverk hjelper pasienter til å mestre stress forårsaket av langkommet sykdom, og styrker selvfølelsen

(McClement, 2005). Poole og Froggatt (2002) hevder også at helsepersonell burde hjelpe pårørende med å håndtere deres kommende tap, og heller oppmuntre dem til å nyte tiden de har igjen med pasienten, enn å lage konflikt over mat.

Et annet tiltak igjen for å ivareta denne pasientgruppen, kan være å vedlegge etablering av menneske – til – menneske – forhold. I følge Loge (2007) vil de fleste pasientene oppleve respekt, interesse og forståelse for sin situasjon (empati), støtte og pleie som positivt og hjelpsomt mot psykisk ubehag. Pasientene får opplevelsen av tillit og trygghet, når sykepleierne bryr seg om pasienten som et enkelt individ og medmenneske (Kvåle, 2006). For at pasienten skal få mulighet til å uttrykke sine erfaringer og bekymringer, er det nødvendig at sykepleieren setter av tid til pasienten, og lytter. Det er ofte travelt på de fleste arbeidssteder, og det kan derfor bli vanskelig å gi denne pasientgruppen den støtten de har behov for. Kanskje tidspress på grunn av stor pasientbelegg og lite bemanning gjør at det heller fokuseres på de ”nødvendige” fysiske behov, enn ivaretagelsen av psykiske behov. Sykepleieren kan likevel vise at hun har tid ved for eksempel å sette seg ned under samtale, eller avtale om å komme igjen senere (Kvåle, 2006). Det kommer også frem her at det er viktig at sykepleieren tar initiativ til å snakke når de har tid, siden pasientene ikke vil ”mase” når de ser at sykepleiere har det travelt.

5.0 Avslutning

Arbeid med denne oppgaven har vært veldig lærerikt, og jeg har fått mer kunnskaper om ernæringsproblemer hos pasienter med langtkommet kreft. Har også fått kunnskaper om kakeksi, og hvordan den påvirker pasientens tilværelse fysisk, psykisk og sosialt. Det viser seg at pasientene og pårørende opplever nedsatt matlyst og vekttap belastende og bekymringsfullt, og som igjen påvirker livskvalitet og velvære. Ut ifra forskningsartikler viser det seg også at sykepleiere oppfatter pasientenes nedsatt matlyst og vekttap problematiske, og mener at det er lite å gjøre. Sykepleiere er også motvillige til å innlede samtale om vekttap med pasienter og pårørende, og at kartlegging og oppmerksomhet på pasientenes og pårørendes bekymringer er manglende.

Underveis har jeg også fått forståelse for hvor betydningsfullt det er i forhold til sykepleie, at sykepleier får kunnskaper om pasientens opplevelse av situasjon han befinner seg i. For både kvaliteten på sykepleien og lindringen av pasientens plagsomme symptomer, kan påvirkes av sykepleiernes manglende kunnskap, om pasientene og pårørendes opplevelse av situasjonen. Sykepleieren bør ha en helhetlig tilnærming til pasientene, som også innebærer fokus på psykiske og sosiale problemer. Og for å kunne best mulig ivareta pasienter med nedsatt matlyst og vekttap forårsaket av langtkommet kreft, må en også få mer kunnskap og bli mer oppmerksom på kakeksi. For eksempel ved tidlig og rutinemessig kartlegging.

Informasjonsformidling om kakeksi, støtte til selvhandlingsstrategier, tid til pasienten, hjelp til å sette realistiske mål, og respekt for selvbestemmelsesretten kan også ses som nødvendige. Sykepleiere bør også tilegne seg bedre kommunikasjonsferdigheter. I tillegg trenger pårørende oppmerksomhet og støtte. Det trengs også mer forskning på psykiske og sosiale innvirkninger av kakeksi, også i Norge.

Ved å gjøre denne litteraturstudien har jeg også lært meg å finne frem og bruke relevant forskning. Denne kunnskapen vil jeg kunne nyttiggjøre meg i senere yrkespraksis, når jeg skal løse sykepleiefaglige problemer.

6.0 Litteraturliste

- Aston, T. (2006). Nutrition in palliative care: effective or ineffective? *Journal of community nursing, Oct. (20), 10*; 41.
- Bosaeus, I. (2008). Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. *Support care cancer, (16)*, 447-451.
- Brown, J. K. (2002). A systematic review of the evidence on symptom management of cancer – related anorexia and cachexia. *Oncology Nursing Forum, Apr;29(3)*:517-32
- Bye, A. (2004). Ernæring. I: A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe forlag as.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Dewey, A. & Dean, T. (2007). Assessment and monitoring of nutritional status in patients with advanced cancer: part 1. *International journal of palliative nursing, (13)*, 6.
- Dewey, A. & Dean, T. (2008). Nurses` management of patients with advanced cancer and weight loss: part 2. *International journal of palliative nursing, (14)*, 3.
- Eide, T & Eide, H. (2006). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget natur och kultur.
- Halvorsen, M., Pedersen, J. I. & Øien, H. (2007). Kosthold i helseinstitusjoner. I: C. A. Drevon, R. Blomhoff & G-E. Aa. Bjørneboe (red.), *Mat og medisin: Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Hinsley, R. & Hughes, R. (2007). The reflections you get: An exploration of body image and cachexia. *International journal of palliative nursing, (13)*, 2.
- Holder, H. (2003). Nursing management of nutrition in cancer and palliative care. *British journal of nursing, (12)*, 11.
- Hopkinson, J. (2007). How people with advanced cancer manage changing eating habits. *Journal of advanced nursing, 59(5)*, 454-462.

Hopkinson, J. & Corner, J. (2006). Helping patients with advanced cancer live with concerns about eating: A challenge for palliative care professionals. *Journal of pain and symptom management*, (31), 293-305.

Hopkinson, J., Wright, D. & Corner, J. (2006). Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. *Journal of advanced nursing*, 54(3), 304-312.

Hopkinson, J., Wright, D., McDonald J. W. & Corner, J. (2006). The prevalence of concern about weight loss and change in eating habits in people with advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*, (32), 4.

Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt: Ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.

International council of nurses, (u. å.). Hentet 10.februar 2009 fra <http://www.icn.ch/definition.htm>

Kaasa, S. (red.). (2007). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk forlas as.

Kreftregisteret (2007). *Cancer in Norway 2007*. Hentet 10. Februar 2009 fra <http://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2007/>

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden*,(26), 1,15-19.

Loge, J. H. (2007). Angst og depresjon. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk forlas as.

Loge, J. H., Bjordal, K. & Paulsen, Ø. (2006). Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 4, 2006; 126,462-6.

McClement, S. (2005). Cancer anorexia – cachexia syndrom: Psychological effect on the patient and family. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, Jul-Aug; 32(4):264-8.

Nordøy, T., Thorensen, L., Kvikstad, A. & Svensen, R. (2006). Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke – kurabel kreftsykdom. *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 5, 2006; 126, 624-7.

Norsk elektronisk legehåndbok, (u.å.). Hentet 3. Februar 2009 fra www.legehandboka.no

Norsk sykepleierforbund, (2005). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 10. februar 2009 fra

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Fag/Sykepleie%20MTE2MzA2OTc4Mzk1NDQ4OTU5OA.pdf>

Norsk Sykepleierforbund, (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10. Februar 2009 fra

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Pedersen, J. I. (2007). Anbefalinger for tilførsel av næringsstoffer og fysisk aktivitet. I: C. A. Drevon, R. Blomhoff & G-E. Aa. Bjørneboe (red.), *Mat og medisin: Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Poole, K. & Froggatt, K. (2002). Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: A problem for the patient, the carer, or the health professional? *Palliative Medicine*, (16), 499-506.

Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons D., & McCance, T. (2008). The experience of cancer cachexia: A qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *International journal of nursing studies*, article in press. Tilgjengelig online 10. Des. 2008. Hentet fra http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T7T-4V402N9-1-7&_cdi=5067&_user=3331872&_orig=browse&_coverDate=12%2F10%2F2008&_sk=99999999&_view=c&_wchp=dGLzVtb-zSkzk&_md5=aa33fc512fb65fbe69b5e551690bdd0d&_ie=/sdarticle.pdf

Reitan, A. M. (2004). Pårørende. I: A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe forlag as.

Rustøen, T. (2004). Livskvalitet. I: A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe forlag as.

Rustøen, T., Schjølberg, T. K. & Wahl, A. K. (2003). What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems? *Journal of advanced nursing*, 41(4), 342-350.

Sand, A. M. (2001). Se også meg – om å være pårørende til en syk. I: H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.

Schjølberg, T. Kr. (2004). Endret kroppsbilde. I: A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe forlag as.

Shragge, J. E., Wismer, W. V., Olson K. L., & Baracos, V. E. (2006). The management of anorexia by patients with advanced cancer: A critical review of the literature. *Palliative Medicine*, (20), 623-329.

Sortland, K. (2007). *Ernæring: Mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet, (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon for kreftomsorgen*. Hentet 10. Februar 2009 fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf

Souter, J. (2005). Loss of appetite: A poetic exploration of cancer patients' and their carers' experiences. *International journal of palliative nursing*, (11), 10.

Strasser, F., Binswanger, J., Cerny, T. & Kesselring, A. (2007). Fighting a losing battle: Eating – related distress of men with advanced cancer and their female partners. A mixed-methods study. *Palliative medicine*, (21), 129-137.

Thoresen, L. & Nordøy, T. (2007). Anoreksi og kakeksi hos kreftpasienter. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.

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

Valand, E. & Fodstad, G. (2001). Generell onkologisk sykepleie. I: H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.

Winther, B. & Madsen, K. H. (2006). Lindrende sygepleje – en begrebsklaring. *Vård i Norden*, (26), 4, 41-43.

Bildet på framsiden hentet 18. Februar. 2009 fra <http://images.google.no/images?gbv=2&ndsp=18&hl=no&q=hender&start=90&sa=N>