

Bacheloroppgave

Ernæring til kreftpasienter postoperativt

HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull 2006, Vår 2009

Kandidatnummer: 58

Antall ord: 7433

Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg ernæring til kreftpasienter postoperativt. Det er lagt vekt på sykepleiers rolle i ernæringsarbeid, hvilke særlige ernæringsmessige utfordringer kreftpasienter møter og hvilke ernæringsmessige utfordringer den postoperative fasen kan inneholde.

Underernæring er en negativ faktor som kan virke inn på risiko for økt sykkelighet og dødelighet. Underernærte og feilernærte stiller svakere ovenfor sykdom og behandling og vil ha økt risiko for komplikasjoner, hemmet sårheling, lengre rekonvalens tid og økt liggetid postoperativt.

Kreftpasienter har en økt risiko for underernæring på bakgrunn av både selve sykdommen og behandling. Lavt inntak av mat hos kreftpasienter kan bunne i både psykiske og fysiske problem.

Sykepleier må ha gode kunnskaper om kreftpasienters særlige ernæringsmessige utfordringer for å kunne ivareta ernæringsområdet til denne pasientgruppen. Sykepleier må ta hensyn til den individuelle pasient når det skal arbeides mot å sikre næringsinntak og god ernæringsstatus. Ofte vil det være nødvendig med et tverrfaglig samarbeid som sykepleier bør ta initiativ til.

I tillegg til at mange pasienter er underernært ved innleggelse vil mange pasienter tape vekt under opphold på helseinstitusjoner. Pulverisering av ansvar og mangel på kunnskap innen området ernæring kan være årsaker til at ernæringsarbeid ofte ikke følges godt nok opp.

Abstract

The following thesis looks in to the role of the nurse in the area of nutrition towards cancer patients postoperative. Cancer patients have an increased risk of malnutrition, in relation to their disease as well as the cancer treatment they may be undergoing. Malnutrition is a negative factor which can cause an increased risk of postoperative complications such as poor wound healing. It is also a factor for increased morbidity and mortality for patients undergoing surgery.

When working with cancer patients in the postoperative phase the nurse has to consider both physical and psychological problems as background for insufficient food intake. The nurse has to work individually with each patient to secure a sufficient energy intake.

The nurse has a responsibility for the patient's nutritional status. A lack of determination for the responsibility of nutrition among health workers will not benefit the patient. There seems to be a need for more knowledge and focus on the patient's nutritional status.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	Side: 2-3.
Innholdsfortegnelse	4.
1.0 Innledning	5.
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	5.
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	5.
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	6.
2.0 Metode	7.
2.1 Definisjon av metode.....	7.
2.2 Valgt metode.....	7.
2.3 Metodens sterke og svake sider.....	7-8.
2.4 bakgrunn for valgt metode.....	8.
2.5 Forsknings etikk.....	8-9.
2.6 Hvilke data benyttes.....	9-10.
2.7 Hvordan bearbeides data.....	10-11.
3.0 Teoretisk perspektiv	11.
3.1 Ernæring og ernæringstilstand.....	11-12.
3.2 Kreft.....	13.
3.3 Kreft og ernæring.....	14-15.
3.4 Faktorer som kan innvirke på kreftpasienters næringsinntak	15-16.
3.5 Hvordan sikre tilstrekkelig næringsinntak.....	16.
3.6 Hvem har ansvaret for pasienters ernæring.....	17.
3.7 Kirurgi og ernæring.....	17-18.
4.0 Drøfting	18.
4.1 Ernæring til kreftpasienter postoperativt.....	18-19.
4.2 Ernæringsarbeid i praksis.....	20-21.
4.3 Kreftpasienter postoperativt.....	22.
4.4 Pasient og sykepleiers rolle.....	23-24.
5.0 Konklusjon	24.
5.1 Avsluttende refleksjon.....	25.
6.0 Referanser	26-27.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Ernæring er et stort personlig interessefelt. Hos sykepleiere er det et ansvarsområde, og hos alle er det en del av de grunnleggende behov vi har som mennesker. Bakgrunn for valg av ernæring som tema er interessen jeg har for emnet, samt ønsket om å tilegne meg mer kunnskaper på området.

I vår del av verden der tilgang på mat og drikke kan være uendelig finner vi underernæring og feilernæring blant pasienter på sykehus og andre helseinstitusjoner. Pasienter taper vekt selv under kyndig oppfølging av helsepersonell. Dette kan skyldes flere ting. Underernæring og feilernæring er gjerne resultat av både sykdom og behandling.

Jeg har valgt å konsentrere meg om kreftpasienter i denne oppgaven fordi disse pasientene gjerne møter store ernæringsmessige utfordringer. Kreftpasienter risikerer å bli underernært som følge av både sykdommens påvirkning på kroppen, og den store påkjenningen kreftbehandling gir. Som sykepleier må man ha kunnskaper om kreftpasienters særlige ernæringsmessige utfordringer samt ernæring generelt for å kunne hjelpe pasientene til bedret ernæringsstatus.

Bacheloroppgaven skal være basert på en av to praksis perioder som vi har vært igjennom høsten 2008. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i min praksisperiode på kirurgisk avdeling. I postoperativ sykepleie er ernæring et område som krever oppfølging og som byr på utfordringer.

Sykdom (som kreft) og behandling (som kirurgi) er muligens hovedårsaken til underernæring og feilernæring på norske sykehus og helseinstitusjoner. Jeg velger imidlertid å tro at hvordan vi som helsepersonell håndterer ernæringsarbeid vil virke inn på ernæringsstatus hos pasientene. Bakgrunn for valg av tema er dermed også at jeg tror det er behov for mer kunnskap og fokus på ernæring blant helsepersonell. Som sykepleierstudent har jeg valgt å fokusere på sykepleiers arbeidsområde i relasjon til ernæring.

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan bør sykepleiere tilnærme seg ernæringsarbeid til kreftpasienter postoperativt?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

For å konkretisere oppgaven og gjøre den håndgripelig har jeg avgrenset studie til å fokusere på sykepleiers tilnærming til ernæringsarbeid i møte med kreftpasienter i den postoperative pleien.

Med tilnærming til ernæringsarbeid mener jeg hvilke måter sykepleier kan arbeide på, hva som må vektlegges og hva en må ta hensyn til når målet er å oppnå god/bedret ernæringsstatus hos kreftpasienter postoperativt. Tilnærming til ernæringsarbeid er relatert til sykepleiers virke, som i forhold til ernæring langt overgår bare hva som deles ut av mat til pasientene. Jeg fokuserer ikke på hvilke matvarer eller næringstilskudd som skal utdeles av sykepleier til pasienten, men ønsker å komme frem til et mer helhetlig bilde som er nødvendig for å hjelpe kreftpasienter til god/bedret ernæringsstatus.

Kreftpasienter er langt fra en homogen pasientgruppe. På de fleste sykehus i Norge finner man vel heller ikke egne kirurgiske avdelinger for kreftpasienter, men heller at avdelingene er inndelt etter hvor de kirurgiske inngrep finner sted. (Så som mage-tarm kirurgisk avdeling, øre-nese-hals osv.) Likevel har jeg valgt å avgrense min pasientgruppe til kreftpasienter. Kreftpasienter kan ha lignende ernæringsrelaterte problemer på tross av ulik kreftdiagnose og årsak. Og det er de generelle ernæringsmessige utfordringer hos kreftpasienter jeg har fokus på. Mitt hovedfokus er underernæring og risiko for underernæring. Dette er på grunn av viten om den økte risiko underernærte har ved sykdom samt den risiko kreftpasienter har for underernæring.

Det foregår tilsynelatende mye spennende forskning på området preoperativ ernæring. Jeg har imidlertid valgt å avgrense oppgaven til å gjelde den postoperative fasen, der jeg ser sykepleiers rolle som mest sentral. Jeg tar utgangspunkt i kreftpasienter som har gjennomgått elektiv (planlagt) kirurgi. Ved å ha elektiv kirurgi som utgangspunkt tenker jeg på pasienter som er vurdert til å kunne tåle operasjon og som vil tenkes å komme seg noen lunde postoperativt (uten at det nødvendigvis vil si helbredet fra sykdom og symptomer.) De aller dårligste kreftpasienter og akutt pasienter er dermed ikke fokus for oppgaven. Jeg har dog valgt å nevne ernæring til kreftpasienter med kort forventet levetid med noen få ord av hensyn til drøfting.

2. Metode

2.1 Definisjon av metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder.” Aubert, sitert i Dalland (2007) s.83.

2.2 Valgt metode

Undersøkelses område i en litteraturstudie er tidligere dokumentert kunnskap (Forsberg, 2008.)

Jeg har anvendt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innebærer at man konsentrerer seg om den allerede eksisterende litteratur. Gjennom fordypning i litteraturen søker vi å finne svar på den problemstilling vi har satt oss og å få oversikt over den informasjon og forskning som finnes rundt tema vi har valgt.

2.3 Metodens sterke og svake sider

Gjennom søk i litteraturen kan man på mange områder finne store mengder data. Dette gjør at man kan få frem en god bredde. Resultat av både nyere og eldre tid og fra ulike ståsted både i geografisk og teoretisk betydning, kan presenteres og drøftes. Gjennom litteraturstudie når man å se et tema belyst med ulike metoder til grunn. I noen tilfeller vil det kanskje være med å gi et mer helhetlig bilde av det man søker svar på.

Når man bruker litteraturstudie som metode tar man i bruk sekundært materiale. Kildekritikk er en vesentlig del av jobben. Informasjonen man finner må analyseres og reflekteres over. Man må ha en formening om stoffets validitet og reabilitet.

Som forsker skal man etterstrebe nøytralitet i sitt arbeid. Samtidig må man erkjenne at man som forsker aldri kan være helt verdinøytral. Ens eget ståsted vil i større eller mindre grad være utgangspunktet for hvordan man tolker eller forstår resultatet man oppnår. Slik er

det for forfatterne jeg har valgt å bruke som kilde, og slik er det for min egen del. I tillegg til arbeid med kildekritikk i forhold til litteraturen man finner skal man derfor også være seg bevisst sin egen forståelse om tema en har valgt. Eget skjønn, vurdering og kunnskaper er det som ligger til grunn ved utvelgelse av litteratur. Dersom man får store mengder relevante data til litteraturstudie kan det være vanskelig å være sikker på at en presenterer et riktig utvalg. Faren er at man ubevisst eller med hensikt søker data som bekrefter det man håper eller tror er sannhet, og på den måten ikke får presentert et riktig bilde.

2.4 Bakgrunn for valgt metode

Tidsavgrensingen for bacheloroppgaven gjør litteraturstudie til en overkommelig metode å anvende. En litteraturstudie gir også god trening i søk i fag- og vitenskapelig litteratur samt i vurdering av litteratur og kildekritikk. Denne erfaringen vil være god å ta med seg som ferdig utdannet sykepleier. Som sykepleier er det ens eget ansvar å holde seg oppdatert på ny kunnskap.

”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde.” (Punkt 3.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler 2007 sykepleieforbundet.no)

2.5 Forskningsetikk

En litteraturstudie berører ikke andre direkte og man trenger ikke å ha vurdert hvordan forskningen vil berøre dem som deltar eller hvordan å oppbevare konfidensielle opplysninger og personalia. Ikke desto mindre vil riktig arbeidet med en litteraturstudie og måten den til slutt presenteres på kreve at god forskningsetikk ligger til grunn.

Gjennom litteraturstudie brukes andres arbeid sammen med det en selv produserer av tekst formet av egne tanker og holdninger. Derfor må det utvises ryddighet i forhold til hvem som har kommet fram til kunnskapen en presenterer i arbeidet, og når en presenterer andres arbeid.

Riktig kildehenvisning er en del av det etiske aspektet ved forskningsarbeid. Når man velger å vektlegge og presentere resultater man finner skal de presenteres slik de framstår. (Det er ikke vår egen tolkning av resultatet som skal legges frem.)

Å stjele/plagiere eller fabrikere data er å anses som uhederlighet mot forfatter og må ikke forekomme (Forsberg, 2008.)

En del av etikken i forskningsarbeidet er å ha reflektert over det en velger å presentere av egen tekst, det en presenterer av andres data og å ha utvist god kildekritikk. Når det finnes store mengder data rundt et emne når man ikke å behandle alt. En ryddig presentasjon av forskningsarbeidet samt klarhet i hva man har lagt til grunn og forkastet i søkeprosessen er nødvendig.

2.6 Hvilke data benyttes

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg brukt bøker fra pensumlisten for sykepleieutdanningen som har vært relevant for det jeg skriver om. Jeg har i tillegg brukt bøker fra høyskolens bibliotek som går utover pensum og er mer konkret rettet mot mitt valg av tema og problemstilling. Det vil si bøker som omhandler postoperativ sykepleie, sykepleie og ernæring, klinisk ernæring og kreft med mer.

Jeg har også brukt internett til å søke etter litteratur. Både allmenn tilgjengelige nettsider (som Statistisk sentralbyrå, kreftregisteret) og databaser som jeg har fått tilgang til som student ved høyskolen er blitt brukt. Fagrelaterte nettsider (sykepleien.no, sygeplejen.dk) har også blitt brukt i søkeprosessen.

Spesifikt har jeg søkt i følgende databaser; Pubmed, Proquest, Svemed+, Ovid og Evidence based nursing. Jeg har også brukt helsebiblioteket.no som er en nettressurs for helsepersonell og studenter innen helsefag. Jeg har valgt å søke i disse databasene fordi de er tilgjengelige for studenter på høyskolen og de har vist seg å være relevante for mitt valg av tema. Databasene er dessuten kjente og har en vitenskapelig profil. Litteratur på både norsk, svensk, dansk og engelsk er gjennomgått og tatt i bruk.

Søkeordene jeg har brukt i database søk, alene eller kombinert, har vært; ernæring, sykepleie(r) postoperativ pleie, kreft (pasienter), kirurgi. Samt i størst grad engelske ord som; nutrition, nutritional therapy/support, cancer (patients), postoperative care, surgery, malnutrition, outcome/results of nutritional support/therapy, postoperative complications. Ved gjennomgang av ulike forfatters referanselister har jeg blitt oppmerksom på nye søkeord og artikler av interesse.

Ved søk på nett og i databaser har jeg kommet over store mengder data og forskning innenfor tema jeg har valgt. Det har vært positivt naturligvis, men også bidratt til at sortering

av litteratur har vært et stort arbeid. Mangel på direkte tilgang til fulltekst versjon av en del vitenskapelige artikler som var av interesse har gjort at jeg føler jeg har gått glipp av å kunne presentere et par gode funn. Dette gjelder artikler fra spesifikke fagretninger som klinisk ernæring og kirurgi som høyskolen ikke har abonnementsordning på eller som helsebiblioteket.no heller ikke fritt publiserer. Noen artikler har bare kunnet skaffes gjennom å bli abonnement eller gjennom å betale for en kopi. Jeg har kun brukt artikler jeg har funnet vederlagsfritt i fulltekstversjon.

Jeg har tatt i bruk et bredt utvalg av artikler som belyser ulike deler av oppgaven, eller ulike tilnærminger til ernæringsarbeid til kreftpasienter postoperativt. Kriterier jeg har satt i utvelgelse av artikler er:

- De omhandler voksne kreftpasienter i et miljø som kan sammenlignes med norske forhold (dersom resultatene omhandler utenlandske forhold.)
- Jeg har utelatt artikler som tydelig viser at resultat eller kunnskap må sees i sammenheng med et smalt utvalg (Eks. Resultatet er kun gjeldene for pasienter med en type kreft/årsak.)
- Jeg har ikke med artikler eller litteratur forøvrig som er eldre enn fra år 2000.
- Jeg tar utgangspunkt i generell kunnskap om ernæring og ernæringsarbeid med fokus på normal ernæring til kreftpasienter og postoperative pasienter. Jeg har utelatt artikler og forskning som i hovedsak fokuserer på spesielle næringstilskudd, parenteral/intravenøs og enteral/sonde ernæring samt medikamenter for økt næringsopptak etc.

2.7 Hvordan bearbeides data

Dalland (2007) sier at når man står ovenfor et stort prosjekt må man lære seg å lese i bøker framfor å lese bøker. Men det menes at man må skaffe en oversikt over tilgjengelig stoff slik at man unngår å bruke tid på ting som ikke er relevant. Jeg har brukt tipset og gjennomgått litteraturlister, innholdsfortegnelser og sammendrag av artikler før jeg har tatt tak i fordypning av stoffet. Det har vært til stor hjelp i forhold til den mengden av litteratur jeg har oppdaget.

De artikler jeg har valgt å konsentrere meg om har jeg lest og analysert/reflektert over. Jeg har blitt bevisst på at kunnskap modnes etterhvert som jeg lærer mer om et tema. Og det har derfor vært nødvendig å gjennomgå innholdet i en artikkel eller bok flere ganger.

Jeg har brukt ulike kilder for å komme frem til det jeg presenterer. På den måten har jeg prøvd å avkrefte det jeg først har funnet av kunnskap eller komme frem til ulike sider og meninger. Mitt utgangspunkt var at det innenfor ernæring finnes ulike tildels motstridende grener av forståelse og praksis. Imidlertid har jeg innenfor de områder av ernæring jeg har hatt fokus på (kreft, kirurgi og sykepleie) funnet for det meste lik tilnærming og kunnskap fra de ulike kildene.

Ved bruk av artikler i oppgaven har jeg ikke alltid funnet plass til å presentere alt som er representert. Når man bruker deler av utgivelser kan det være en fare for at man ikke presenterer kilden riktig. Imidlertid vil det ikke alltid være rom eller av relevans å presentere alt. Spesielt ikke hvis man har en oversikts artikkel som dekker et større område enn den rammen en har satt på sin egen oppgave. Der jeg har brukt bare deler av en utgivelse har jeg brukt tid på å gjennomgå artikkelen for å være sikker på at jeg presenterer alle sider og meninger som er nødvendig for å forstå kilden korrekt.

3. Teoretisk perspektiv

3.1 Ernæring og ernæringstilstand

”Ernæring er læren om, hvilke stoffer der er i mad og drikke, om de prosesser kroppen bruker for at nedbryde, optage, transportere, udnytte og udskille stofferne, og hvilken indflytelse mad og drikke har på sundhed og sygdom.” Glindvad (2004) s.13.

I følge Glindvad (2004) kjenner vi kanskje bare til 5 % av sannheten om ernæringens betydning for syke og friske. Likevel, sier han videre, at vi ikke må nøle med å handle da erfaring og viten vi har peker på at en innsats på ernæringsområdet nytter.

Ernæring er et komplekst fagområdet. I humanernæring, som er et tverrvitenskapelig fagområde, baseres viten fra områdene kemi, biokjemi og fysiologi, klinisk medisin, epidemiologi, sosiologi, økonomi og psykologi samt sykepleievitenskap (Pedersen, 2004.)

Ernæringsstatus/tilstand er et uttrykk for om kroppens behov for næringsstoffer på et gitt tidspunkt samsvarer med inntak av næringsstoffer (Pedersen, 2004.) Optimal ernæringsstatus hos friske er med på å fremme helse, normal vekst og utvikling, samt beskytte mot sykdom. Under sykdom kan optimal ernæringsstatus redusere risiko for komplikasjoner

og støtte kroppens helbredsprosesser (Pedersen, 2004.) De faktorer som har innvirkning på ernæringsstatus er kostinntak, metabole forandringer og gastrointestinale forhold (Pedersen, 2004.)

Bedømmelse av ernæringstilstand skjer på ulike måter. Gjennom objektiv undersøkelse, ved å se på kropp, hud, slimhinner. Ved å bruke verktøy som vekt-høyde måling, body mass index, måling av hudfoldtykkelse og datainnsamling fra pasient. Og gjennom biokjemiske, antropometriske og immunologiske prøver (Hessov, 2003.)

Særlig i forbindelse med underernæring er ernæring rolle på sykehus viktig. Heitmann (2001) viser til danske forhold der undersøkelser avdekker at opp mot 30 % av pasientene er underernærte ved innleggelse på sykehus. Samtidig viser andre undersøkelser at pasientenes kostinntak på sykehus gjerne bare utgjør ca 60 % av behovet. Det vil si at underernærte pasienter vil risikere å tape mer vekt under sykehus oppholdet, mens normalvektige kan risikere å bli underernært (Heitmann, 2001.) Underernæring og feilernæring er forbundet med et mer belastende sykdomsforløp og økt dødelighet sammenlignet med god ernæringsstatus. Utallige undersøkelser har dokumentert at korrekt ernæringsintervensjon under innleggelse reduserer risiko for sårinfeksjoner, reduserer rekonvalens tid og reduserer innleggelsestid (Heitmann, 2001.)

Normalt kostinntak og næringsopptak skjer ved å tilføre mat og drikke via munnen gjennom fordøyelsessystemet. Næring fra maten utskillelser og opptas på veien. Av ulike årsaker, som skade og sykdom, vil ikke alle være i stand til å nyttiggjøre seg næring på den normale måten og kan ha bruk for delvis eller fullstendig erstatning for den normale funksjonen.

Parenteral/Intravenøs ernæring betyr via en vene. Næring går utenom tarmen direkte til blodsirkulasjonen. Næring gis intravenøst dersom mage-tarm ikke fungerer (Sjøen, 2008.) *Sonde* ernæring eller *enteral* ernæring er tilførsel av næring via en sonde til magesekk eller tarm. Indikasjonene for enteral ernæring er at pasienten gjennom vanlig mat ikke kan sikres de nødvendige næringsstoffer. Sonde ernæring kan brukes i tillegg til normal ernæring eller intravenøs ernæring over kort eller lang tid. Det forutsetter en fungerende mage-tarm funksjon. Fordelen ved sondeernæring er at metoden er fysiologisk, (omsetter næringsstoffer på normal måte) tarmens funksjon og struktur bevares (Sjøen, 2008.)

3.2 Kreft

I følge statistisk sentralbyrå (2009) har nedgang i dødelighet ved hjerte- kar sykdom med samtidig liten nedgang i dødelighet for kreft, gjort at kreft i dag er for begge kjønn den mest betydningsfulle årsak til tapte leveår. Blant personer som dør før fylte 80 år er kreft den dominerende dødsårsak. Jacobsen (2001) kaller kreft en folkesykdom.

Betegnelsen *cancer* eller kreft brukes om ondartet (malign) svulst. Kreft karakteriseres av forstyrrelse i celledeling, celledifferensieringen og vevs organisering. En ondartet svulst vokser vanligvis raskt og kan infiltrere og ødelegge annet vev. Cellene er gjerne differensierte og metastaser (spredning av kreftceller fra et organ til et annet) er vanlig. Residiv (tilbakefall) etter operasjon forekommer ofte. Kreft er ikke én sykdom, men fellesnevner for en rekke sykdommer med ulike årsaker. Fellesnevneren er at cellene ikke lenger er underlagt kroppens normale vekstkontroll (Jacobsen, 2001.)

Årsaker til kreft kan deles inn i indre og ytre faktorer. Ytre påvirkninger er årsak til de fleste kreftilfeller ved at de igangsetter sykdomsprosessen via skade på arvematerialet. Ytre påvirkninger kan være stråling og fysiske påvirkninger. Indre faktorer er arvelig belastning, hormonell påvirkning og immunologiske forhold. Kreftforskning kompliseres av at flere faktorer virker samtidig for at kreft skal oppstå, eller at slik samtidig påvirkning øker krefthyppigheten. (Eks. kost + mosjonsvaner, asbest + tobakk.) Selv om vi kjenner en rekke risikofaktorer for utvikling av kreft betyr det ikke nødvendigvis at vi har kunnskaper om selve årsaken (Jacobsen, 2001.)

Allmennsymptomene ved kreft kan ikke forklares helt. Avmagring er et typisk symptom, likeså slapphet, smerter og ofte feber. Stort vekttap over kort tid kan for noen være varsel om kreftutvikling. Operativ behandling er sentralt for kreftsykdom som er lokalisert eller begrenset til en anatomisk region. Om lag 85 % av dem som blir helbredet har gjennomgått operasjon. En kreftsykdom vil som oftest kreve en kombinasjon av behandlingsopplegg, og behandlingen kan strekke seg over lengre tid. Utfordringen i behandling av kreftpasienter er å møte pasienten som er rammet av en livstruende sykdom. Man skal ikke behandle "en kreftsvulst", men være tilstede for pasienten og de behov pasienten har, både medisinsk, psykisk, sosialt, eksistensielt og menneskelig (Jacobsen, 2001.)

3.3 Kreft og ernæring

Omsetningen i organismen hos kreftpasienter skiller seg vesentlig fra den hos friske på flere områder. Avhengig av kreftsvulstens art kan energiomsetningen i hvile øke med 90 % i forhold til normalen (Sortland, 2001.) Proteinomsetningen hos friske vil være i stand til å tilpasse seg et nedsatt næringsinntak, men hos kreftpasienter vil proteinnedbrytingen påvirkes av en tumor i vekst som krever et høyt proteininntak. Kreftpasienter får mangel på både energi og næringsstoffer når de i en situasjon der kroppen har økt behov for næring opplever appetittløshet (Sortland, 2001.) I følge Sortland (2001) anbefales ingen spesiell diett til kreftpasienter, med unntak av om de har problemer med å få i seg spesielle næringsstoffer ved kvalme eller har spise/svelg problemer.

Kakeksi (av gresk kakos: dårlig, hexis: tilstand) er en tilstand som kan oppstå hos kreftpasienter. Kakeksi er definert som ufrivillig vekttap over 5-10 % av normalvekt over de siste 2-6 måneder hos pasienter med langtkommen kreftsykdom. Forekomsten av kakeksi varierer fra 24 % av pasienter med nylig diagnostisert metastatisk sykdom til over 80 % av pasienter i terminalfasen. Kakeksi er en negativ prognostisk faktor forbundet med redusert levetid (Nordøy, Thoresen, Kvikstad og Svensen, 2006.)

Ulik kreftsykdom gir ulik grad av kakeksi. Kreft i magesekk, bukspyttkjertel og lunge er de tilfeller man ser fenomenet i hyppigst grad. Ved kakeksi har pasienten ofte plager som kronisk kvalme, tidlig metthetsfølelse og kraftløshet. Ofte (men ikke alltid) vil kakeksi også være forbundet med anoreksi (appetittløshet) (Nordøy mfl., 2006.)

Kakeksi omtales i primær og sekundær form. Primær kakeksi er metabolsk syndrom direkte forårsaket av kreftsykdommen. Metabolske og nevroendokrine faktorer er med i en endret inflammatorisk respons som gir en katabol tilstand med tap av fett og muskelmasse. Spesielt skjellettuskulatur rammes (Nordøy mfl., 2006.) Dette er helt ulikt det man ser ved sult, der metabolismen skrur ned. Til tross for redusert næringsopptak mobiliseres proteiner og lipider perifert for å opprettholde akutfaseproteinsyntesen i lever. Ernæringsterapi vil ikke kunne reversere primær kakeksi (Nordøy mfl., 2006.)

Ved sekundær kakeksi foreligger en situasjon hvor matinntaket av en eller annen grunn er redusert (eller at næringsstoffer tapes) og hvor pasientens metabolisme og dermed evne til å nyttiggjøre seg tilført ernæring er normal. Dette kan skyldes endringer i smakssans, svelgpareser, ikke fungerende mage-tarm kanal, ubehandlet depresjon med mer. Sekundær kakeksi er i større grad reversibel, pasienten kan ofte re-ernæres og kakeksi heves. Ofte vil det

for den enkelte pasient være tilstede ulike komponenter av primær og sekundær kakeksi (Nordøy mfl., 2006.)

Nedsatt matinntak over tid fører til atrofiering av mage-tarm epitel. Dette gir nedsatt sekresjon av magesaft og nedsatt absorpsjons evne av jern pga for høy pH verdi i mage-tarm traktus. Ventrikkelens muskulatur skrumper inn og medfører betydelig langsommere ventrikkeltømming. Pasienten opplever metthetsfølelse som igjen reduserer matlyst (Sortland, 2001.)

Før så man på avmagring hos kreftpasienter som noe det var lite å gjøre med i følge Sortland (2001.) I dag har man fått større kunnskaper om matens betydning for sykdomsprosessen og hvordan man kan hjelpe pasienten med å få i seg tilstrekkelig næring. I stadig større grad rettes oppmerksomheten mot kreftpasientens behov for tilstrekkelig næring (Sortland, 2001.) I følge Nordøy mfl.(2006) bør det gjøres en grundig kartlegging for å finne årsaker til underernæring og vekttap hos den enkelte pasient og sette inn tiltak så tidlig som mulig. Pasienten har behov for individuell tilnærming, hvor man etter en grundig kartlegging har vurdert sykdomsutbredelse, prognose og årsaker til kakeksi/anoreksi hos den enkelte.

3.4 Faktorer som kan innvirke på kreftpasienters næringsinntak

Både kreftsykdommen i seg selv og behandlingen kan være årsak til at det er vanskelig for pasienten å opprettholde god ernæringsstatus. Kreft sykdom kan øke metabolismen og dermed oppstår et økt behov for næringsstoffer. Tumoren (kreftsvulsten) kan føre til obstruksjoner i fordøyelsessystemet og hindre passasje. Anemi skyldes økt tap eller produksjon av røde blodlegemer og kan gi dårlig allmenntilstand og appetitt. Anemien kan være forårsaket av dårlig oppsuging av næringsstoffer, blødning, nedbryting av røde blodlegemer eller skade på beinmargen (Sortland, 2001.)

Stålebehandling kan skade fordøyelsessystemet avhengig av behandlingssted og cellegift behandling kan gi pasienten mye kvalme. Kirurgiske inngrep påfører kroppen stress som kan gå ut over appetitten (Sortland, 2001.)

Smaksforandring kan oppstå som følge av sykdom/behandling, av at tumor holder tilbake eller binder visse mineraler, eller tungeatrofi som følge av ernæringsproblemer (Sortland, 2001.) Dette vil da føre til færre fristelser for pasienten og spesielt lavere toleranse for bitter mat. Når pasienten behandles aktivt mot kreft og opplever å føle seg dårlig/kvalm kan aversjon mot enkelte matvarer eller mat generelt oppstå (Sortland, 2001.)

Naturlige stimulerende faktorer i forbindelse med måltider er hemmet hos kreftpasienter. (Eks. vil lukt, syn og tanke på god mat stimulere fordøyelsesvæskene hos friske, men ikke gjøre det samme for kreftpasienter) (Sortland, 2001.)

Mange psykologiske faktorer kan også være årsak til appetittløshet. Depresjon, usikkerhet rundt sykdom og redsel er eksempler på slike faktorer. Det samme kan ytre forhold som flermanns rom, spising i seng osv. Kreftpasienten får gjerne også på grunn av sykdom og behandling lite frisk luft og mosjon, noe som kunne bidratt til appetittregulering (Sortland, 2001.)

En viktig faktor å regne med som innvirkning på kreftpasienters næringsinntak er personalets holdning til ernæring (Sortland, 2001.)

3.5 Hvordan sikre tilstrekkelig næringsinntak

Det skilles klart mellom ernæring for *forebygging* av kreft og ernæring til kreftpasienter. Fokus på ernæring til kreftpasienter ligger ikke på sunn kost. Et høyt inntak av frukt og grønt samt magre kostalternativer hos kreftpasienter kan føre til et for lavt energi og protein inntak (Sortland, 2001.) Kreftpasienter trenger variert kost for å få i seg tilstrekkelig med vitaminer, mineraler og løselige samt ikke løselige fiber. Proteinomsetningen er høy og krever derfor at pasientene får tilstrekkelig med protein. Karbohydrater er nødvendig for energi og fiber for å hindre obstipasjon. Rikelig med væske er nødvendig for å skille ut avfallsstoffer som følge av sykdom og behandling, og for å hindre obstipasjon (Sortland, 2001.) Ernæringsarbeid til kreftpasienter handler om å sikre at pasienten får i seg nok energi (Sortland, 2001.)

Kyndig medisinsk hjelp må iverksettes mot tilleggsplager som forstoppelse, smerter, munntørhet og andre ting som kan nedsette matlysten. Helsepersonell må sammen med pasient, og eventuelt pårørende hvis pasient ønsker dette, kartlegge kost og spisevaner og utarbeide kostplan tilpasset den individuelle behov (Sortland, 2001.)

Det er generell enighet om at det beste er om pasienten kan få i seg mat på normal måte. Intravenøs ernæring er forbundet med større risiko enn enteral ernæring. Sonde ernæring vil kunne virke inn positivt hos svært underernærte kreftpasienter som gjennomgår store kirurgiske inngrep i behandlingen (Barrera, 2002)

3.6 Hvem har ansvaret for pasientens ernæring

I følge Drevon (2007) tyder mindre undersøkelser på at maten som serveres pasienter i norske helseinstitusjoner er av god ernæringsmessig kvalitet. Men dersom maten ikke blir spist er dette av liten betydning. Det kreves en god ansvarsfordeling og godt samarbeid for å sikre pasientens ernæringsstatus. For å forebygge vektnedgang og svekket ernæringsstatus må det tidlig iverksettes tiltak til pasienter som ikke får i seg tilstrekkelig med energi og næringsstoffer. I dette arbeidet må gjerne lege, sykepleier, hjelpepleier, ernæringsfysiolog og kjøkkenbesetning involveres.

Faren ved usikkerhet rundt ansvaret for ernæringsarbeid er at oppfølging og iverksetting av tiltak blir neglisjert og ansvaret pulveriseres (Drevon, 2007.) Drevon (2007) sier (med utgangspunkt i ”retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner” utgitt av sosial- og helsedirektoratet) at det er legen som har ansvar for all medisinsk behandling som iverksettes. Legen har ansvar for å foreskrive forskriftsmessig behandling, herunder også ernæringsbehandling, og for å vurdere og å følge opp pasienters ernærings- og allmenntilstand og for å ordinere tiltak dersom tilstanden ikke er god nok. Legen har også ansvar for at det er rutiner for registrering av ernæringsstatus og inntak av mat og drikke tilgjengelig. Drevon sier videre at avdelingssykepleier i praksis har ansvaret for at pasientene får er forsvarlig kosthold, tilpasset egne behov og tilstand. Avdelingssykepleier har også ansvar for å registrere, vurdere og rapportere pasienters matinntak og ernæringsstatus. Delegeres ansvaret må det gå klart frem hvem som har tatt over ansvaret og hva dette innebærer.

Sortland (2001) sier sykepleier har en viktig oppgave når det skal utarbeides plan for næringsinntak til kreftpasienter og ikke minst i forhold til å motivere pasienten til å spise næringsrik mat.

3.7 Kirurgi og ernæring

Resultatet av faktorer som pasientens tilgrunnliggende sykdom, det aktuelle kirurgiske inngrep og dårlig næringstilførsel postoperativt kan tilsammen være at pasienten taper vekt under innleggelse på sykehus. Noen pasienter vil også i utgangspunktet før innleggelse være underernærte (Hessov, 2003)

Kvalme, dårlig appetitt, tretthet og lite motivasjon til mobilisering preger gjerne pasienter som har foretatt middels store til store operasjoner. Dersom det ikke gripes inn og igangsettes forhåndsregler og oppfølging av pasientens ernæring vil pasienten kunne spise og drikke for

lite og vevs- og funksjonstap opprettholdes. Dette vil kunne føre til forlenget rekonvalensid og økt fare for komplikasjoner (klinisk enhed for sunhedsforebyggelse, 2003.)

I følge Hesso (2003) er det ventrikkelens (magesekken) tømmingsevne, tarmkanalens motilitet og tynntarmens absorpsjons evne som avgjør om en pasient kan ernæres normalt postoperativt. I utgangspunktet skal alle pasienter som kan ernæres normalt (via det naturlige fordøyelses systemet vårt) få normal kost. Det finnes unntak for pasienter med noen gastrointestinale lidelser som vil kunne oppleve større plager ved inntak av normal kost, samt hos de pasienter der normal ernæring ikke lar seg gjøre (Hesso, 2003.) Normal ernæring stimulerer mage-tarm kanalens hormon og enzym produksjon og stimulerer tarmens immunapparat. Men det forutsetter en fungerende mage-tarm kanal (Hesso, 2003.)

To faktorer har betydning for om en pasient i forbindelse med sykdom eller operasjon vil utvikle ernæringsmessige komplikasjoner. Pasientens ernæringsstatus ved sykdomsperiodens begynnelse og næringsinntak under sykdoms og rehabiliteringsperioden (Pedersen, 2004.)

4. DRØFTING

4.1 Ernæring til kreftpasienter postoperativt

Kreftpasienter har økt proteinnedbryting, er utsatt for underernæring og har nedsatt absorpsjon av næringsstoffer. Ved kreftsykdom og behandling øker kroppens behov for energi og proteiner. Adekvat næringstilførsel er viktig for å bygge opp vevsproteiner og styrke immunforsvaret. (Sortland, 2001.)

Hos kreftpasienter kan mat og ernæring havne i skyggen av alt det andre de opplever i forbindelse med sykdommen. Likevel er tilstrekkelig ernæring alfa omega for å styrke immunforsvaret og gi pasienten krefter. Mat er stress for en pasient som har vansker med å spise. Man må arbeide med å snu et negativt fokus på mat til å fokusere på det positive man kan oppnå ved å innta næring. Som økte krefter, mindre kvalme og mestring.

De forskjellige kreftsykdommer og operasjonsformer vil være av betydning for hvilke tiltak en bør satse på å gjennomføre samt hvilke mål en kan ta sikte på å oppnå. Et generelt mål vil være å unngå underernæring. I følge flere kilder er det enighet om at det ikke er behov for ernæringsintervensjon til kreftpasienter som er velernært og inntar tilstrekkelig mat

(Barrera 2003, Hesso 2003.) Ernæringsstatus kan imidlertid forandre seg raskt og derfor er kontinuerlig oppfølging essensielt.

Det viktigste når det gjelder ernæring til kreftpasienter er å prøve å oppnå tilstrekkelig energi (kalori) inntak. Det første målet skal være å stabilisere vekten (Sortland, 2001.) Målet for sykepleie tiltak knyttet til underernærte pasienter postoperativt er at pasienten skal oppnå en tilfredstillende ernæringsstatus, normal vekt og høyde for alder, normale blodverdier, normalt fuktige slimhinner og normalt aktivitetsnivå (Holm, 2001.)

Man skal sørge for at behovet for de ulike næringsstoffene samt vitaminer, mineraler og fiber dekkes. Og det skal tas høyde for det økte proteinbehovet. Helsepersonell og pasient må sammen arbeide mot tilstrekkelig inntak med utgangspunkt i de behov/problem pasienten har. Man må tenke energi. Fløte i kaffen, ekstra smør på skiven, næringsdrikker, kaloriholdig væske (kakao, juice, milkshake) og eventuelt energipulver som blandes i mat (Sortland, 2001.)

Å tilpasse individuell kost til kreftpasienter postoperativt kan kreve en del tid av sykepleier. Små posjoner, ønskekost, oppvarming av mat når det tar tid å spise etc. I en travel hverdag kan det være vanskelig å få til god nok oppfølging av ernæring til kreftpasienter. Det kan være begrensede muligheten til å skaffe spesiell mat hvis hovedkjøkkenet er langt unna avdelingen. Ut fra egen erfaring fra praksis på sykehus ser jeg at sykehus strukturen ikke alltid er lagt tilrette for optimalt ernæringsarbeid.

Som referert til fra både Glindvad (2004) og Hesso (2003) vet vi veldig lite om ernærings betydning og man vet heller ikke om de "sannheter" man har er optimale for hverken syke eller friske. Primær kakeksi vil ikke kunne reverseres av ernæringsterapi (Nordøy mfl. 2006) og det hentydes at ernæringsterapi til kreftpasienter med svært kort forventet levetid generelt ikke er av stor betydning. Det er nok også mange andre områder knyttet til kreft og postoperativ pleie hvor ernæringsterapi vil komme til kort.

Vi har imidlertid nok evidens for nødvendigheten av god ernæringsstatus hos syke til bestrebe et sterkt fokus på ernæringsarbeid. Nordøy (2006) sier at når det gjelder kreftpasienter og ernæring bør spørsmålet "hva kan vi gjøre noe med" reflekteres over og følges opp. Sortland (2001) sier det før var vanligere å se på underernæring hos kreftpasienter som noe man ikke kunne få gjort særlig med, men at vi i dag vet mer om viktigheten av god ernæringstilstand også hos syke. Barrera (2003) oppsummerer at dårlig ernæringsstatus hos kreftpasienter vil virke negativt på allmenntilstand/funksjon, nedsette livskvalitet og øke sykkelighet og dødelighet. Postoperativt vil god ernæringsstatus blant annet bidra til bedre sårheling, mindre tap av muskelvev og dermed hurtigere mobilisering og korter rekonvalensetid.

4.2 Ernæringsarbeid i praksis

Spesielle ernæringstiltak vil ikke være nødvendig til kreftpasienter som er vel ernært og der matinntak er tilfredstillende (Barrera, 2002.) Gjennom egen utplassering i praksis har jeg registrert at enkle observasjons og kontroll former for ernæring, så som det å veie pasienten og samle data om siste tre måneders vektutvikling, ikke blir fulgt opp. Flere av artiklene jeg har gjennomgått i forbindelse med denne oppgaven peker ut samme mangel på screening for ernæringsrisiko, blant annet Turner (2003) som bekrefter dette i forhold til danske forhold. Hessov (2003) sier man enkelt vil kunne kjenne igjen den klart underernærte pasient preget av kakeksi der musklene er tynne på grunn av atrofi og knokler er fremtredende av mangel på subcutant fett. Men ikke alle pasienters ernæringsstatus lar seg avdekke med det blotte øyet. Når man på den ene siden har kunnskaper slik Barrera (2002) oppsummerer, at spesielle tiltak ikke vil være nødvendig for den velernærte kreftpasient, så må man på den andre siden vite noe om ernæringstilstanden til pasienten man arbeider med. Det finnes mange ulike måter å avdekke en pasients ernæringstilstand. Som sykepleier skal man ha kunnskaper om ulike metoder og hvordan de brukes slik at man kan vurdere pasientens ernæringstilstand riktig. For å bruke optimal ernæring som pasientens støttespiller gjennom sykdomskamp og behandling er det avgjørende å ha en kontinuerlig oppfølging av ernæringsstatus. Man kan ikke vente til man ser underernæring på pasienten og man kan heller ikke gå ut i fra at en pasient beholder samme ernæringsstatus hele veien.

Drevon (2007) snakker om pulverisering av ansvar som går ut over kvaliteten på ernæringsarbeid i helseinstitusjonene. Turner (2003) viser i sin artikkel at det hersker uenighet mellom leger og sykepleiere om plassering av ansvar for ernæring og at dette går ut over pasientene. Det slurves også med ernæringsarbeid. Selv der hvor det finnes retningslinjer på det ernæringsmessige området blir ikke disse ubetinget fulgt opp. Glindvad (2001) har undersøkt hvordan måling av ernæringsstatus utføres postoperativt på danske mage-tarm avdelinger. Han viser at det ikke er enstemmig praksis og at retningslinjer og kvalitetskontroll ikke blir fulgt opp korrekt. Utbredelsen av en målemetode (serum albumin) var i følge Glindvad (2001) overraskende stort selv om målemetoden har vist seg i flere undersøkelser å ikke være et godt verktøy for å avdekke ernæringsstatus postoperativt. Turner (2003) sier at det i tillegg til uenighet om ansvar for ernæring generelt er lav interesse for ernæring. Kliniske personale som jobber med ernæring opplever å møte motstand fra andre faggrupper

når de setter i gang nye ernæringsprosedyrer. I flere bøker og artikler jeg har gjennomgått antydes behovet for mer viten innen klinisk ernæring og ernæringsarbeid (blant annet i Sortland 2001, Glindvad 2004 og Pedersen 2004 mfl.)

Det er behov for økt fokus på ernæring generelt i helsesektoren og spesielt ovenfor pasienter som kan defineres som risikopasienter. For å fremskaffe fokuset bør det også være større fokus på kunnskap om ernæring innenfor helsefagutdanning. Turner (2003) viser til at interessen for ernæring har en tendens til å øke i takt med kunnskap blant helsepersonell. Flere sykepleieteoretikere har vektlagt ernæring som arbeidsfelt. Mat og drikke er et av våre øverste grunnleggende behov, og det er sykepleiers virke å tilrettelegge for at pasienter får dekket sine grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte. Sykepleier har ansvar for å identifisere behov for sykepleie og følge opp med sykepleietiltak. Observasjon, vurdering og rapportering av tegn til og symptomer på malnutrisjon er første bud (Holm, 2001.)

Sykepleiere må ha kjennskap til god sykepleiedokumentasjon. Det som blir rapportert må være nøyaktig å kunne gi den nødvendige informasjon slik at man kan identifisere når pasienten beveger seg mot å være i risiko for underernæring, og ikke først identifisere problemet som har oppstått.

Ansvar for ernæringsarbeid må defineres og klargjøres på en hver avdeling. En pasient med spesielle ernæringsmessige behov trenger støtte i fra flere hold. Det må være på plass et tverrfaglig samarbeid mellom klinisk ernæringsfysiolog, lege, sykepleier og kanskje også fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt psykolog for at nødvendig kunnskap kan settes ut i praksis for å bistå pasienten. Det finnes retningslinjer for ansvarsfordeling av ernæringsområdet utgitt av statens helsedirektorat. På bakgrunn av disse retningslinjer bør det være mulig å komme fram til løsninger som bidrar til fokus på ernæring og at pasienten får den ernæringsmessige støtte det er behov for.

Pasientens nærmeste på sykehus/helseinstitusjon er ofte sykepleier/hjelpepleier fordi det er disse som tar seg av den daglige pleien. Sykepleier skal være en ressurs for pasienten og bør derfor også i ernæringsøyemed arbeide med identifisering av behov og iverksetting av tiltak, tverrfaglig samarbeid og optimal pleie. Sykepleiedokumentasjon er et viktig verktøy for oppfølging av ernæringsarbeid. For å kunne oppnå målet med å få dekket pasientenes ernæringsbehov må det være tilstede kunnskaper om ernæring. Innenfor sykepleierelatert ernæringsarbeid vil et naturlig mål være at pasienten spiser og drikker nok til å få dekket sitt behov for næringsstoffer. Det er sykepleiers rolle å videre ta hensyn til pasientens individuelle ønsker, hva pasienten trenger, hvilke faktorer som kan ha innflytelse på pasientens appetitt og hvilken hjelp pasienten trenger for å klare å innta nok mat og drikke (Glindvad, 2004.)

4.3 Kreftpasienter postoperativt

Holm (2001) sier at pasienter som er underernærte eller i risikogruppe, er pasienter sykepleiere må følge spesielt opp postoperativt når det gjelder ernæring. I følge Holm (2001) viser erfaring at de som er underernærte, men også de som er normalt ernærte, vil innta for lite næring postoperativt. Når det gjelder ernæringsarbeid postoperativt vil det si å tilrettelegge for økt (og tilpasset) matinntak eller matlyst. Sykepleier skal stimulere til matlyst ved å fjerne årsaker til kvalme, fjerne årsaker som reduserer velvære (smerter, fordøyelsesplager) og øke aktivitet som er tillatt etter inngrepets art (Holm, 2001.) Sykepleier skal ha fokus på hele pasienten samt det nærliggende miljø for å kunne ta stilling til hvordan hun skal arbeid for å tilrettelegge for god postoperativ ernæring.

Sortland (2001) sier at mange faktorer spiller inn på kreftpasienters matinntak. Både sykdom og behandling kan gi fysiske eller psykiske plager som nedsetter pasientens matlyst. Kvalme, smerter, inaktivitet og plager som smaksforandring og fordøyelsesplager kan gjøre det vanskelig å spise. Sykepleier skal motivere kreftpasienten til å spise, lindre plager og legge forholdene til rette for å oppnå tilfredsstillende mat inntak.

Informasjonen over går henholdsvis på postoperative pasienter generelt og kreftpasienter. Kreftpasienters plager i forhold til sykdommen sin som kan relateres til ernæring kan sammenlignes med kirurgiske pasienters plager postoperativt.

En kan konstatere at kreftpasienter postoperativt har høy risiko for å bli underernært og for å bli utsatt for postoperative komplikasjoner som følge av underernæring. Men i utgangpunktet er det for alle pasienter risiko for et for lavt næringsinntak og for ulike komplikasjoner etter et kirurgisk inngrep. Barrera (2003) sier generelt at underernærte responderer dårligere på kirurgi med fare for økt sykkelighet og dødelighet i tillegg til økt fare for komplikasjoner, dårligere sårheling og lengre rekonvalens tid. Mens godt ernærte vil stille sterkere mot påkjeningen av kirurgi. Dermed vil kreftpasientens ernæringsstatus før operasjon og igjennom den postoperative fasen gjerne bestemme utfallet av risikoen. Det kan tenkes at de negative psykiske faktorer (depresjon, redsel) som kan være sterkt tilstede hos kreftpasienter (og andre livstruende/alvorlig syke) er et aspekt som teller inn i ernæring til denne pasient gruppen postoperativt. Dersom kreftpasienten er svært dårlig eller lite motivert vil det også telle inn på økt fare for postoperative komplikasjoner dersom næringsinntak og mobilisering ikke er adekvat.

4.4 Pasient og sykepleiers rolle

Dersom et vekttap som ledd i en sykdomsprosess skjer hurtig er det i hoveddel proteinholdig celledmasse som går tapt, det vil si at muskelmasse (vevstap) forsvinner. Vekttap som gir vevstap gir igjen funksjonstap. Når muskelmasse forsvinner gir det konsekvenser for respirasjonsmuskulatur, sårtilheling hemmes og immunforsvaret svekkes (klinisk enhed for sykdomsforebyggelse, 2003.) Hvordan man går frem med postoperativ ernæring avhenger av hvor det kirurgiske inngrep har funnet sted. Noen pasienter får noe å drikke eventuelt noe å spise allerede på intensiv avdeling, eller transporteres hurtig til post og får mat straks de ankommer. Andre pasienter må ha sonde en eller flere dager, eller flytende kost. Det optimale er å få pasienten i gang med normal ernæring (inntak av mat gjennom det normale fordøyelses systemet) så fort det lar seg gjøre, og sørge for at pasienten får tilstrekkelig med energi og andre næringsstoffer det er behov for. Tidlig og god tilførsel av ernæring vil gi pasienten mulighet til å mobiliseres raskere og dermed motvirke muskeltap og andre komplikasjoner. Forutsetningen for tidlig enteral ernæring og hurtig mobilisering er god kirurgi, optimal smertelindring og god informasjon til pasienten som sikrer aktiv pasientmedvirkning i det postoperative forløp (Hessov, 2003.) Mange ting kan gjøre at ernæring blir et vanskelig arbeidsområde for sykepleier å følge opp på en god måte. Pasienten er gjerne innom avdelingen kun for en kort periode, de faster, er kvalme, skal til undersøkelse, behandling eller operasjon (Glindvad, 2001.)

En artikkel av Hansen (2001) viser at klare mål for ernæring og mobilisering postoperativt vil kunne gjøre pasienten mer motivert for å innta næring og hurtigere mobilisere seg. Skriftelige mål for egeninnsats, god informasjon om hvorfor det var viktig med næring og tidlig mobilisering og en opplevelse av støtte og engasjement fra personalet hadde innvirkning på pasientens vilje til å komme seg. Hessov (2003) sier at moderne behandling av sykdom i stigende grad innbefatter pasientens aktive medvirkning i behandling og rehabilitering. Den nyopererte skal ut av sengen tidlig, innta næring og ekstra proteintilskudd i form av næringsdrikker og tilpasse seg avdelingens rutinger selv om lysten ikke er tilstede på grunn av tretthet, kvalme etc. Forutsetningen for dette i følge Hessov (2003) er at pasienten har fått både skriftlig og muntlig informasjon om avdelingens forventninger og krav til pasientmedvirkning samt kunnskap som gir forståelse for opplegget.

Det forutsetter også at sykepleiere og leger selv har kunnskaper om blant annet klinisk ernæring for å kunne være en rådgiver og motivator for pasienten.

Når man arbeider med ernæring til kreftpasienter postoperativt er det mye å ta hensyn til. Både de fysiske plager som nedsetter appetitt og de psykiske. Det kan høres litt mye ut å stille krav til en dårlig underernært kreftpasient etter et kirurgisk inngrep. Det kan imidlertid være at det engasjement man viser pasienten i forhold til om og hva han spiser kan virke positivt. Dersom sykepleier tidlig iverksetter tiltak for å bedre plager som innvirker på velvære og appetitt, er med på å signalisere en støtte til pasienten som kan føre til motivasjon og styrke. Man lever ikke lenge uten mat. For en pasient som er preget av tanker på kreft som en livstruende sykdom kan det å mestre å spise være med å gi en følelse av håp. En pasient som ser på måltidssituasjoner som en familiær og tilknyttende aktivitet kan føle lykke av å kunne innta mat i kantinen sammen med pårørende som er på besøk. Ernæring er ikke bare en nødvendig del av kroppens eksistens men også knyttet til kultur, sosialisering, glede osv. Det krever innsats, kunnskaper og vilje for å kunne hjelpe pasienter ernæringsmessig. Bonusen er at man gjennom ernæring kan oppnå å hjelpe pasienten på flere plan. Ernæring er også pasientens eget ansvar. En bevisstgjøring av dette kan være nødvendig for å få pasienten engasjert i sin egen ernæringstilstand. Sykepleiers rådgivende funksjon kommer til syne når man deler kunnskap med pasienten med mål om bedre egenomsorg.

5. Konklusjon

Tilnærming til ernæringsarbeid hos kreftpasienter postoperativt krever at sykepleier har kunnskap om kreftpasienters spesielle ernæringsmessige utfordringer, ernæringsrelaterte problemområder og behov som kan oppstå hos pasienter postoperativt samt hvilken rolle ernæringsstatus spiller i sykdom og behandling.

Lav interesse for ernæring og uklare ansvarshold for ernæringsområdet kan føre til at ernæringsarbeid blir nedprioritert eller dårlig fulgt opp. Sykepleier har et ansvar for pasientens ernæringstilstand og må være seg bevisst dette.

Målet med ernæringsarbeid til kreftpasienter postoperativt er å hindre vekttap og underernæring. Sykepleier må gjennom sitt arbeid hjelpe pasienten til å eliminere plager som bidrar til dårlig næringsinntak. Det krever individuell tilnærming til hver pasient. Sykepleier må ha en klar formening om pasientens ernæringstilstand, ha kontinuerlig oppfølging, iverksette tiltak dersom ernæringstilstand ikke er tilfredstillende og ved behov ta initiativ til tverrfaglig samarbeid med andre fagpersoner for å sikre pasientens ernæringstilstand.

I møte med kreftpasienter postoperativt er det mange aspekter å ta hensyn til som kan innvirke på næringsopptak. Sykepleier må være en støtte og ressurs for pasienten og ta hensyn til både fysiske og psykiske aspektene for å kunne hjelpe pasienten til bedre ernæring. Sykepleier bør involvere pasienten i ernæringsarbeid og motivere til egenomsorg.

5.1 Avsluttende refleksjoner

Arbeidet med denne oppgaven har gjort at interessen for ernæring har økt selv om den i utgangspunktet var stor. Jeg tror det er behov for mer kunnskap og ikke minst større fokus på ernæring. Jeg ser fordelene med at økt kunnskap implementeres i utdanningene innenfor helsefag. Samtidig bør det bli økt fokus på ernæring i praksis blant helsepersonell og ikke minst et tettere tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere, hjelpepleier, ernæringsfysiologer og andre faggrupper når det gjelder ernæring. Pasientens ernæringsstatus må sikres gjennom tettere individuelt fokus på den aktuelle pasientens behov og kontinuerlig oppfølging er sentralt. Etter hvert som sykehus og institusjoner bygges eller renoveres bør man kanskje også der tenke hvordan en bør tilrettelegge for lettere å arbeide for optimal ernæring.

6. Referanser

Bøker

Dalland, Olav (2007): "Metode og oppgaveskriving for studenter" 4.utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Drevon, Christian A. Blomhoff, Rune. Aa, Gunn-Elin (Red.) (2007): "Mat og medisin- Nordisk lærebok I klinisk ernæring" 5.utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Forsberg, Christina. Wengstrøm, Yvonne. (2008): "Att göra systematiska litteraturstudier" Stockholm: Forfattarna og bokforlaget natur och kultur

Glindvad, Jens. Ravn, Anne W. (2004): "Ernæring og sygepleje" 1.utgave. København: Munksgaard, Danmark.

Heitmann, Berit Lilienthal. Hansen, Gitte Laub. (2001) "Ernæring" I: "Klinisk håndbog for forebyggelse på sygehuse" Jørgensen, Torben. Borch-Johnsen, Knut. Iversen, Lars (Red.) (2001): Munksgaard København.

Hessov, Ib (Red.) (2003): "Klinisk ernæring" 4.utgave. København: Munksgaard Danmark.

Holm, Solrunn. Hansen, Eli. (2001): "Pre- og postoperativ sykepleie" Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Jørgensen, Svend Juul mfl. (2003): "Operation- komplikationer kan forebygges." Klinisk enhed for sygdomsforebyggelse København.

Pedersen, Preben U. (2004): "Humanernæring i praksis" 1.utgave. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Sjøen, Rolf Jarl. Thoresen, Lene. (2008): "sykepleierens ernæringsbok" 3.utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Sortland, Kjersti (2001): "Ernæring- mer enn mat og drikke" 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Internett referanser

<http://www.ssb.no> (Statistisk sentralbyrå)

Fullstendig nettadresse: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/index.html>

<http://www.sykepleierforbundet.no>

Fullstendig nettadresse:

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/Norsk%20Sykepleierforbunds%20NSFs%20Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

Artikkel referanser

Acreman, Sue 2008 "An essential ingredient" s.12 I: *Cancer nursing practice* Oct:2008. Vol.7, Iss 8,

Fullstendig nettadresse:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1595272191&Fmt=3&clientId=72807&RQT=309&VName=PQD>

Barrera, Rafael. (2002) "Nutritional support in cancer patients" s.563-71 I: *Journal of parenteral and enteral nutrition*. Sep/Oct 2002. Vol. 26, Iss. 5.

Fullstendig nettadresse:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=160483131&Fmt=4&clientId=72807&RQT=309&VName=PQD>

Glindvad, Jens. (2001) "Postoperative pasienters ernæringstilstand" I: *Sygeplejersken* Blad nr 29/2001

Fullstendig internettadresse:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=6440>

Hansen, Henriette Vind. (2001) "Viden, vilje og et lille skub" I: *Sygeplejersken* blad nr 17/2001

Fullstendig nettadresse:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=6002>

Hessov, Ib. (2003): "Kirurgi og ernæring" s. I: *Ugeskrift for læger* 2003;165(51):495

Fullstendig nettadresse:

http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2003/UFL_2003_51/UFL_2003_51_43255

Nordøy T & Thoresen L & Kvikstad A, & Svensen R 2006 "Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom" I: *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2006;126:624-7

Fullstendig nettadresse: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1348539

Turner, Beate.(2003) "Underernæring på sygehuse kan forebygges" I: *Sygeplejersken* blad nr 10/2003

Fullstendig internettadresse:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=9684>

