

Kandidatnummer: 5213 & 5194

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Kreftpasienters opplevelse av ernæring under og etter behandling



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 05.05.22]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Å kunne gi riktig ernæring til den kreftsyke pasienten er noe vi som fremtidige sykepleiere vil sette søkelys på. Gjennom sykehuspraksis har vi møtt kreftpasienter på flere ulike avdelinger. Der har vi kartlagt pasientens risiko for underernæring, blant annet ved å føre kostlister. Resultatene viser at risikoen for underernæring er et gjentakende problem blant pasienter med kreftsykdom. Da vi undersøkte temaet nærmere, valgte vi i artiklene å spesifisere krefttype til pasienter med hode- og halskreft.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan pasienter med kreftsykdom opplever sin situasjon relatert til ernæring under og etter behandling.

Metode: I denne oppgaven er det benyttet en integrativ litteraturoversikt. Vi har analysert dataene i fire kvalitative vitenskapelige artikler etter Fribergs analysemodell. Resultatene fra artiklene er satt opp mot relevant teori, og egne refleksjoner.

Resultater: Pasientene i flere av studiene fortalte at bivirkningene av behandlingen påvirket deres evne til å spise. Flere av pasientene hadde smerter og svelgevansker. Dette førte til at måltidene ble forbundet med stress og at livskvaliteten ble påvirket. Informasjon om bivirkninger og behandling, og støtte fra familie og helsepersonell, viste seg å være gode hjelpemidler for flere av pasientene i behandlingsperioden. Det ble uttrykt et savn av større involvering av ernæringsfysiologer og mer individuelle ernæringsråd.

Nøkkelord: Kreft, ernæring, behandling, pasienters erfaringer, hode- og halskreft

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	5
2.0 TEORIKAPITTEL	6
2.1 Hode- og halskreft	6
2.2 Pakkeforløp for kreft	6
2.3 Ernæringsens betydning ved kreftsykdom	6
2.4 Behandling	7
2.4.1 Cytostatikabehandling	7
2.4.2. Strålebehandling	7
2.4.3 Kirurgi	7
2.5 Årsak til ernæringsproblemer ved kreftsykdom og behandling	7
2.5.1 Mukositt, munntørrhet og svelgeproblemer	7
2.5.2 Endret smaksopplevelse	8
2.5.3 Kvalme og oppkast	8
2.5.4 Fatigue	8
2.6 Livskvalitet	8
2.7 Pasientens egne ressurser	9
2.8 Profesjonell støtte	9
3.0 METODE	10
3.1 Hva er metode?	10
3.2 Valg av metode	10
3.3 Søkeprosess	10
3.3.1 Søkestrategi	10
3.3.2 Database	11
3.3.3 Søkeord	11
3.3.4 Valg av artikler	13
3.4 Analyse av artiklene	15
4.0 RESULTATER	16
4.1 Symptomer og bivirkninger av sykdom og behandling	16
4.2 Kunsten å akseptere en ny “normal”	16
4.2.1 Endring av matvaner	16
4.2.2 Ernæringssonde	17

4.3 Støtte	17
4.3.1 Sosial	17
4.3.2 Profesjonell	18
4.4 Livskvalitet	19
5.0 DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Vurdering av egen oppgave	20
5.1.2 Kildekritikk	21
5.1.3 Drøfting av analyse	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Symptomer og bivirkninger av sykdom og behandling	23
5.2.2 Kunsten å akseptere en ny “normal”	24
5.2.3 Støtte	26
5.2.4 Livskvalitet	28
5.2.5 Konklusjon	28
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	29
Referanser	31
Vedlegg	34
Vedlegg 1: Søkelogg	34
Vedlegg 2: Litteratormatrise	35

1.0 INNLEDNING

Ernæring er en sentral oppgave i sykepleien. Livskvalitet og behandlingsresultat påvirkes av ernæring. Et hovedproblem i helsetjenesten er ifølge norske myndigheter, at ernæring ikke vektlegges nok. Derfor utgår kostbehandling hos flere pasientgrupper som har behov for dette (Stubberud et al., 2016, s.17).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som fremtidige sykepleiere er ernæring til kreftsyke noe vi vil rette søkelys på. Gjennom sykehuspraksis har vi møtt kreftpasienter på flere ulike avdelinger. Der har vi kartlagt pasientenes risiko for underernæring, blant annet ved å føre kostlister. Resultatene viser at risiko for underernæring er et gjentakende problem blant kreftpasienter. Ved sykdom og medisinsk behandling blir pasientens ernæringstilstand og ernæringsbehov påvirket. Det kan være problemer med å innta tilstrekkelig næring, og mange pasienter utsettes for feil- og underernæring (Stubberud et al., 2016, s.18). Vi vil derfor se nærmere på pasienters opplevelser relatert til ernæring. Da vi undersøkte temaet nærmere, valgte vi å spesifisere krefttype i artiklene til pasienter med hode- og halskreft.

1.2 Problemformulering

Personer som rammes av kreft, opplever å få sin livssituasjon endret på mange måter. Både sykdom, behandling og psykososiale faktorer øker pasientens risiko for underernæring (Paur et al., 2018, s.2). Riktig ernæring er en viktig ressurs for å kunne gjennomføre behandling med en bedre toleranse og livskvalitet. Motstandskraften mot sykdom og toksisk behandling øker med god ernæringstilstand (Lorentsen & Grov, 2016, s.406). Vi ønsker å se nærmere på hvordan pasienter med kreftsykdom opplever sin situasjon relatert til ernæring under og etter behandling. Det er vår hypotese at økt fokus på god ernæring til kreftsyke kan gi økt kunnskap, og sykepleiere kan bli mer bevisst på risikoen for underernæring.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan pasienter med kreftsykdom opplever sin situasjon relatert til ernæring under og etter behandling.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Hode- og halskreft

Kreft i øre-, nese- og halsregionen (ØNH) kan oppstå i nese og bihuler, munnhule og leppe, svelg og spyttkjertler. Symptomer og tegn varierer for de ulike krefttypene, og hvor svulsten er lokalisert (Bjordal, 2010, s.487-488).

2.2 Pakkeforløp for kreft

Et pakkeforløp definerer et standardisert pasientforløp. Det beskriver organiseringen av utredningen, behandlingen og kommunikasjonen med pasient og pårørende. I tillegg til forløpstider og ansvarsplassering. Pakkeforløpene baseres på nasjonale faglige retningslinjer. Hensikten med pakkeforløp, er at pasientene skal erfare at forløpet er godt organisert, forutsigbart og helhetlig. Uten unødvendige forsinkelser som ikke er medisinsk begrunnet (Helsedirektoratet, 2016d).

Det er vanlig for pasienter med hode- og halskreft å få ernæringsproblemer. Alle pasienter i et pakkeforløp bør få ernæringsveiledning gjennom hele forløpet. Ernæringssonde kan være nødvendig for flere av pasientene (Helsedirektoratet, 2016a).

Ved utskrivelse fra sykehus skal pasienten og eventuelt pårørende, forberedes på hva som kan forventes den kommende tiden. De skal også informeres om kontrollopplegget, og hensikten med kontroll. Utover dette, bør pasienten også informeres om vanlige fysiske og psykiske reaksjoner etter behandling. Pasienter som har spise- og svelgeproblemer kan ha behov for fysio- eller ergoterapeut, etter endt behandling (Helsedirektoratet, 2016c).

2.3 Ernærings betydning ved kreftsykdom

Det er et vanlig problem blant kreftsyke å ha dårlig matlyst og vekttap. For noen krefttyper forekommer disse problemene tidlig i sykdomsforløpet, mens for andre forekommer de sent (Bye, 2010, s.215). Flere kreftpasienter gjennomgår et omfattende vekttap før diagnosetidspunktet (Lydersen, 2010, s.498).

2.4 Behandling

2.4.1 Cytostatikabehandling

Cytostatika kurerer ca.10% av krefttilfellene alene, og brukes derfor ofte i kombinasjon med annen behandling som stråling eller kirurgi. Ved bruk av cytostatika påvirkes DNA-syntesen eller mitosefasen som gjør at celledelingen hemmes (Lorentsen & Grov, 2016, s.399).

2.4.2. Strålebehandling

En annen behandlingsform for kreft er strålebehandling. Virkningen er svært lik som cytostatika, den hemmer celledelingen, og cellene dør. Strålebehandling virker, i motsetning til cytostatika, lokalt. Behandlingen gis alene eller i kombinasjon med cellegift, kirurgi og/eller hormonbehandling (Lorentsen & Grov, 2016, s.400-401).

2.4.3 Kirurgi

De fleste pasienter blir først operert, etterfulgt av strålebehandling. Strålebehandlingen kan iverksettes fire uker etter operasjon. Dersom pasientene har små og overfladiske svulster, for eksempel i bihulene, munnen eller svelget, kan kirurgi benyttes som behandling alene (Bjordal., 2010, s.493).

2.5 Årsak til ernæringsproblemer ved kreftsykdom og behandling

Ernæring er sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og menneskers helse. Det er et grunnleggende behov som må besørgeres for å vedlikeholde/oppnå god helse. Sykdom, funksjonssvikt og medisinsk behandling påvirker pasientens ernæringstilstand og behov. Mange faktorer spiller inn når det kommer til pasientens ernæringstilstand. Pasientens appetittregulering kan bli påvirket av metabolske forandringer i kroppen. Dette kan føre til redusert matlyst. Behandling kan gi bivirkninger som kan påvirke matinntaket. Selve kreft tumoren kan også virke lokalt ved å hindre passasje for mat. I tillegg kan pasienten oppleve smerter og psykiske reaksjoner på sykdommen, som kan føre til redusert appetitt (Bye, 2010, s.214-220).

2.5.1 Mukositt, munntørrhet og svelgeproblemer

Cytostatika- og strålebehandling kan gi munntørrhet og mukositt (munnsår) som gir svelgeproblemer. Tilstanden skyldes redusert spyttmengde eller endringer i

syresammensetningen. Ved stråling i ØNH-regionen er munntørhet og mukositt vanlig, grunnet virkningen på slimhinnen i munnen (Lorentsen & Grov, 2016, s.404-405).

2.5.2 Endret smaksopplevelse

Endringer i lukt og smak kan påvirke matinntaket. Dette er en kjent bivirkning som ofte forekommer ved stråle- og cytostatikabehandling. Forhøyet terskel for salt og søtt, og økt sensitivitet for bitterhet er de vanligste smaksendringene (Bye, 2010, s.223).

2.5.3 Kvalme og oppkast

Kvalme og brekninger er kjente bivirkninger ved cytostatikabehandling. Kvalme kan oppstå akutt etter behandling, forsinket (mer enn 24 timer) eller like før behandling. Varig kvalme og oppkast kan føre til anoreksi, underernæring, væsketap og elektrolyttforstyrrelser. Dette kan igjen føre til psykisk og fysisk utmattelse. Noen pasienter finner det vanskelig å gjennomføre behandling. I tillegg blir det krevende å være like sosial og aktiv som før (Lorentsen & Grov, 2016, s.403-404).

2.5.4 Fatigue

Fatigue vil si tretthet og utmattelse. Det kan deles inn i primær og sekundær fatigue. Tumorvekst forårsaker blant annet primær fatigue, mens medisinsk behandling, som cytostatika- og strålebehandling, forårsaker blant annet sekundær fatigue. Denne bivirkningen kan påvirke pasientens livskvalitet, og søvn og hvile hjelper nødvendigvis ikke. Som følge av denne bivirkningen er det mange pasienter som opplever å miste appetitten (Lorentsen & Grov, 2016, s.401-407).

2.6 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet kan defineres på mange ulike måter. En måte å definere livskvalitet på, er å ha det godt, ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Gode følelser kan tolkes som glede og engasjement, mens positive vurderinger kan tolkes som selvspekt, opplevelsen av mening, og tilfredshet. Denne definisjonen kan relateres til psykisk velvære (Ribu, 2010, s.50).

Dersom en relaterer begrepet livskvalitet til helse, sykdom og behandling, brukes begrepet helsereelatert livskvalitet. Det kan defineres som et individs oppsummering av positive og

negative elementer ved sitt sosiale, fysiske og psykiske velvære, i en situasjon der helse, sykdom og behandling er fremtredende (Ribu, 2010, s.48-51).

2.7 Pasientens egne ressurser

En viktig ressurs til sosial støtte og livskvalitet er familie. Familie kan minne pasienten på hvordan livet var før sykdommen, og gi pasienten støtte og håp når de er i ferd med å gi opp. Noen pasienter kan føle at familien ikke forstår at de er syke. Dermed opplever de en forventning til å fylle den samme rollen de hadde i familien før diagnosen (Lorentsen & Grov, 2016, s.419).

En annen ressurs er medpasienter. Pasienter i samme situasjon, forstår en på en annen måte enn venner og familie gjør. Det kan være lærerikt for pasientene å høre hvordan andre pasienter har det, hvilke utfordringer de møter på og hvordan de håndterer disse. Andre kan igjen oppleve at de har nok med seg selv, og ikke ha muligheten til å støtte andre (Lorentsen & Grov, 2016, s.419).

2.8 Profesjonell støtte

Sykepleieren har et ansvar for å få pasienten i kontakt med andre i helseteamet som kan være en støtte. Dette gjelder tilbud om støttegrupper og/eller kontakt med lege, fysioterapeut eller ergoterapeut. I tillegg har sykepleieren et ansvar i å undersøke hvilken informasjon pasienten har behov for, og sørge for at informasjonen er relevant. Informasjonen bør være så grundig som mulig. Likevel burde den være tilpasset til det pasienten klarer å forholde seg til (Lorentsen & Grov, 2016, s.417-419). Etter Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) (1999) § 3-5 første ledd, har pasienten rett til å motta informasjon tilpasset "individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn".

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er den fremgangsmåten som blir anvendt for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Metode kan beskrives som et redskap som blir benyttet for å innhente den informasjonen som er nødvendig for å undersøke vår problemstilling og hensikt. Begrunnelsen for valg av en spesifikk metode er at vi mener den vil gi god informasjon og svar på problemstillingen vi har funnet (Dalland, 2017, s.51-52).

Kvalitativ metode gir data i form av enkeltindividers opplevelser og meninger, dataene som samles inn får frem en sammenheng og helhet. Dette er en nyttig metode å bruke for å få en dypere forståelse av det som undersøkes (Dalland, 2017, s.52-53).

3.2 Valg av metode

I denne oppgaven ønsker vi å undersøke hvordan kreftpasienter opplever sin situasjon relatert til ernæring under og etter behandling. For å kunne undersøke dette nærmere har vi anvendt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innebærer å innhente kunnskap og litteratur som allerede er kjent. Hensikten med en litteraturstudie er å samle inn nok kunnskap til å kunne finne svar på problemstillingen som er beskrevet. Dette krever en systematisk og kritisk gjennomgang av aktuell litteratur (Thidemann, 2019, s.77-78). Ettersom vi ønsker å undersøke pasienters opplevelser har vi valgt å anvende kvalitativ metode, da denne metoden vil besvare problemstillingen vår på best måte.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Søkestrategi

Vi har brukt strukturerte søk som søkestrategi. Det vil si at søkene vi gjennomfører er planlagte og forberedte (Dalland, 2017, s.151-152). For å definere søket benyttet vi oss av "PIO" (Population/Patient/Problem, Intervention, Outcome). P: Pasienter som har hode- og halskreft, I: gjennomgått/gjennomgår behandling og O: Opplevelse relatert til ernæring. Dette gjorde det oversiktlig ved valg av søkeord og avgrensede søkeresultater (Thidemann, 2019, s.83). Vi avgrenset søkeresultatene med eksklusjons- og inklusjonskriterier. Vi ønsket å finne ny og relevant forskning som er overførbar til det norske helsevesenet, og som står til hensikten med

oppgaven vår. Kriteriene for artiklene ble som følger: fagfelleverderte artikler, publisert etter 2012, studier utført i land som kan sammenlignes med det norske helsevesenet, skrevet på engelsk, kvalitativ metode og pasientperspektiv. Fagfelleverderte artikler skal være publisert i vitenskapelige redaksjoner som sikrer kvaliteten. Det er med på å skille vitenskapelige artikler fra fagartikler (Dalland, 2017. s.154). Det er viktig å finne troverdige kilder med ny og relevant forskning, siden sykepleiefaget stadig er i utvikling. Etter flere gjennomførte søk på ulike databaser bestemte vi oss for å spesifisere krefttype. Det var flere vitenskapelige artikler som omhandlet pasienter med hode- og halskreft som samsvarte med vår hensikt. Pasientene kunne være både menn og kvinner i voksen alder, og i ulike faser av behandlingsforløpet. Vi valgte å inkludere både stråling, cellegift og kirurgi som mulige behandlingsformer.

3.3.2 Database

Gjennomførelsen av de strukturerte søkene ble gjort i databaser som er relevant for helsefag: CINAHL, Medline, Oria, SveMed+ og Idunn. Før oppstart av søkeprosessen undersøkte vi de relevante databasene. Vi så at Idunn og SveMed+ hadde få empiriske artikler i henhold til oppgavens hensikt, og utelukket dermed disse databasene. Vi benyttet oss i størst grad av CINAHL fordi databasen var oversiktlig og hadde relevante empiriske artikler. Dermed er samtlige av artiklene våre hentet fra CINAHL. Artikler vi ikke klarte å åpne i CINAHL, søkte vi fram i Oria.

3.3.3 Søkord

For å bestemme søkord benyttet vi "PIO", vi så på punktene og valgte søkord som dekket disse. For eksempel, P: Pasienter som har hode- og halskreft, valgte vi søkordene: "Patient", "Cancer", og "Head and neck cancer". I: gjennomgått/gjennomgår behandling, valgte vi søkordet: "treatment". O: Opplevelse relatert til ernæring, valgte vi søkordene: "Nutrition", "Patient perspective" og "Experience". Vi benyttet databasen CINAHL og brukte derfor kun engelske søkord. For å finne de engelske søkordene brukte vi MeSH, som er et emneordsystem for helsereelatert litteratur. Når vi søkte i CINAHL søkte vi opp hvert søkord om gangen for å se hvor mange treff vi fikk på hvert enkelt søkord, slik at det var lettere å se hvilke søkord som ikke førte til noen treff. Søket "secondary care" hadde få treff i forhold til de søkordene vi endte med å bruke. Vi fikk få eller ingen treff med dette ordet i kombinasjon med de andre søkordene. Deretter markerte vi alle søkordene vi ville benytte og søkte med kriterier, fagfelleverdert og publisert etter 2012. Vi prøvde å kombinere ulike søkord for å se

hvor mange treff vi fikk. Søkeordene vi brukte for å komme frem til de ulike artiklene, vises i tabell 1.

Valgt artikkel: Tittel og forfattere	Database	Søkeord	Antall treff
<p>“Nutrition Care in Patients With Head and Neck or Esophageal Cancer: The Patient Perspective”</p> <p>Alberda, C., Alvdj-Korenica, T., Mayan, M. & Gramlich, L.</p>	CINAHL	<p>Patient AND Experiences AND Treatment AND “Head and neck cancer” AND “Nutrition care”</p>	5
<p>“Re-embodiment of eating after surgery for oesophageal cancer: Patients' lived experiences of participating in an education and counselling nutritional intervention”</p> <p>Missel, M., Hansen, M., Jackson, R., Siemsen, M. & Schönau, M. N.</p>	CINAHL	<p>Nutrition AND Cancer AND “Eating behaviour” AND Surgery</p>	6
<p>“The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study”</p> <p>Ottosson, S., Laurell, G. & Olsson, C.</p>	CINAHL	<p>“Head and neck neoplasms” AND Eating AND Patient</p>	12
<p>“Nutritional experiences in head and neck cancer patients”</p> <p>Sandmæl, J. A., Sand, K., Bye, A., Solheim, T. S., Oldervoll, L. & Helvik, A.</p>	CINAHL	<p>“Head and neck neoplasms” AND Experience AND Nutritional</p>	26

Tabell 1

3.3.4 Valg av artikler

De ulike søkekombinasjonene våre ga flere treff. Flere artikler kunne vi ekskludere allerede ved å lese titlene. Artikkene som hadde relevante titler, leste vi abstraktet til for å vurdere om perspektiv og hensikt samsvarte med problemstillingen og hensikten vår. I tillegg undersøkte vi om artikkene var kvalitative. Vi brukte IMRaD-modellen for å vurdere om artikkene fulgte kravene om form og innhold. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultat and Diskusjon. Denne modellen blir mye brukt i oppbyggingen av forskningsartikler (Dalland, 2017, s.163). Vi søkte i tillegg opp tidsskriftene artikkene var publisert i, for å undersøke om artikkene kom fra en troverdig kilde. Vi undersøkte om pasientgruppen i artikkene passet med pasientgruppen vi hadde satt. Etter dette satt vi igjen med seks relevante artikler. Dermed leste vi nøye gjennom alle artikkene og valgte ut de fire artikkene vi syntes passet best til vår oppgave. I tabell 2, vises en oversikt over de utvalgte artikkene.

Tittel, forfatter, årstall, land	Hensikt	Perspektiv	Metode
Nutrition Care in Patients With Head and Neck or Esophageal Cancer: The Patient Perspective Alberda, C., Alvardj-Korenica, T., Mayan, M. & Gramlich, L. 2017 Canada	Hensikten med studien er å forstå pasienters erfaringer med ernæringsbehandling i sammenheng med deres behandling og bedring av sykdom.	Pasient	Kvalitativ studie. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide. 10 deltakere med spiserørskreft ble intervjuet i studien (8 menn og 2 kvinner, gjennomsnittsalder: 63,8, 50-75 år) 10 deltakere med hode- og halskreft ble intervjuet i studien (8 menn og 2 kvinner, gjennomsnittsalder: 62,6, 45-79 år) Intervjuene ble tatt opp på lydbånd
Re-embodiment of eating after surgery for oesophageal cancer: Patients' lived experiences of	Hensikten med studien er å gi innsikt i pasienters opplevelser av å delta i undervisning og rådgivning om ernæring	Pasient	Kvalitativ studie. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide.

<p>participating in an education and counselling nutritional intervention</p> <p>Missel, M., Hansen, M., Jackson, R., Siemsen, M. & Schønau, M. N.</p> <p>2018</p> <p>Danmark</p>	<p>etter kurativ operasjon av øsofaguskreft</p>		<p>10 deltakere ble intervjuet (8 menn og 2 kvinner, gjennomsnittsalder: 59, 54-73 år)</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd</p>
<p>The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study</p> <p>Ottosson, S., Laurell, G. & Olsson, C.</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive opplevelsen av mat, spising og måltider etter strålebehandling hos pasienter med hode- og halskreft.</p>	Pasient	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide.</p> <p>13 deltakere ble intervjuet i studien (2 kvinner, 11 menn, gjennomsnittsalder: 60, 47-70 år)</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd</p>
<p>Nutritional experiences in head and neck cancer patients.</p> <p>Sandmæl, J. A., Sand, K., Bye, A., Solheim, T. S., Oldervoll, L. & Helvik, A.</p> <p>2019</p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive hvordan pasienter med hode- og halskreft opplever ernærings situasjonen sin og oppfatter ernæringsstøtte fra diagnose til etter behandlingsfasen</p>	Pasient	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide.</p> <p>10 deltakere ble intervjuet (5 kvinner og 5 menn, gjennomsnittsalder: 59, 49-70 år)</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd</p>

Tabell 2

3.4 Analyse av artiklene

Vi analyserte de ulike artiklene ved bruk av Fribergs (2017) analysemodell. Vi startet å analysere artiklene, med å lese grundig gjennom resultatene og identifisere hensikten i artiklene. Deretter identifiserte vi nøkkelfunn, med å sette sammen resultatene i en tabell. Vi fikk oversikt over studienes likheter og ulikheter, og kunne sette sammen de ulike resultatene (Friberg, 2017, s.135). Gjennom denne analysemodellen kom vi fram til fire hovedkategorier og fire underkategorier, som vises i tabell 3.

Hovedkategorier	Underkategorier
Symptomer og bivirkninger av sykdom og behandling	
Kunsten å akseptere en ny "normal"	Endring av matvaner Ernæringssonde
Støtte	Sosial Profesjonell
Livskvalitet	

Tabell 3

4.0 RESULTATER

4.1 Symptomer og bivirkninger av sykdom og behandling

Sandmæl et al. (2019), Ottosson et al. (2013) og Alberda et al. (2017), skriver i sine studier om symptomene og bivirkningene pasientene opplevde. Gjennom behandlingen opplevde flere av pasientene blant annet vekttap, dysfagi (svelgevansker), kvalme, redusert appetitt, dysgeusi (smaksforstyrrelser), fatigue (tretthet og utmattelse), smerter, mukositt (munnsår), slim/tykt spytt og munntørrehet. Flere av behandlings toksisitetene utviklet seg raskt, noen pasienter beskrev det som at det kom "over natten". Flere pasienter var overrasket over omfanget av bivirkningene. I artikkelen til Sandmæl et al. (2019) ble det indikert at en kombinasjon av sårhet, smerte og økt slimproduksjon var hovedårsaken til svelgevanskene, og at dette førte til redusert næringsopptak for pasientene. I artikkelen til Ottosson et al. (2013), kommer det fram at pasientene opplevde samtlige bivirkninger etter ni måneders oppfølging.

4.2 Kunsten å akseptere en ny "normal"

4.2.1 Endring av matvaner

I artikkelen skrevet av Ottosson et al. (2013) kommer det fram at måltidene opptok en stor del av pasientenes hverdag. Flere av pasientene forteller at måltidene ble tidkrevende. Måltidene innebar å tygge maten mer forsiktig for å ikke sette maten i halsen, og å rense munnen under måltidene når matrester ble sittende fast. "You are always unclean in the mouth, food sticks, around your tongue, you have to clean and rinse, it is almost like a full time job, trying to spit and make it clean after a meal ..." (Ottosson et al., 2013. s.1038). I artiklene til Missel et al. (2018) og Alberda et al. (2017), forteller flere av pasientene om den samme opplevelsen. En normal aktivitet som å spise var blitt anstrengende og oppmerksomhetskrevende. "It's a struggle. It takes longer and it's effort. You're always on the verge of choking or not" (Alberda et al., 2017, s.667).

I studien til Sandmæl et al. (2019), Ottosson et al. (2013), Missel et al. (2018) og Alberda et al. (2017), forteller pasientene at de opplevde endret lukt- og smakssans, og mangel på sultfølelse. Derfor var det vanskelig å finne glede i mat. Matens tekstur og smak måtte tilpasses relatert til svelgevanskene. Redusert spytt og smerter gjorde at pasientene måtte ha en jevn konsistens på maten uten skarpe kanter. For sterkt krydder kunne også skape smerter, og gjøre maten uspiselig for pasienten.

Kostholdet pasientene måtte forholde seg til førte til flere utfordringer sosialt. I artikkelen til Ottosson et al. (2013), forteller pasienter at de var ukomfortable med å spise utenfor nær familie. Dette kom av skam rundt å ikke kunne spise på sosialt akseptert måte. “I declined invitations when there were other people than the closest family, I did not want to ruin the appetite for everyone at the dinner table” (Ottosson et al., 2013, s.1039). I tillegg gjorde begrensningene i matvalg det vanskelig for pasientene å kunne spise mat de fikk servert.

4.2.2 Ernæringssonde

Pasientene i studien til Alberda et al. (2017), forteller om forholdet til ernæringssonde. Sonden til pasientene med spiserørskreft ble sett på som en midlertidig tilleggsstøtte postoperativt. De kom overens med sonden så lenge de så fremgang mot vektøkning og progresjon mot mer fast føde. Pasientene med hode- og halskreft hadde ernæringssonde preoperativt, men postoperativt ble sonden oppfattet som en trussel og tegn på at pasienten ikke klarte å få i seg nok næring selv. “I sort of associate a feeding tube with failure. That’s the impression I was given—it could cause me to become dependent upon it” (Alberda et al., 2017, s.667). Dette førte til at kun 20% av pasientene fikk ernæringssonde postoperativt. I studien til Sandmæl et al. (2019), var flere pasienter positive til ernæringssonde på grunn av gode resultater.

4.3 Støtte

4.3.1 Sosial

I artikkelen til Alberda et al. (2017), forteller flertallet av pasientene at familien har tatt på seg en betydelig rolle ved å bidra med omsorg og støtte. Pasientene beskriver at mens det vanlige familie og sosiale livet ble ødelagt av sykdommen, hjalp familien med å lage måltider for pasienten, støttet pasienten med å overholde den anbefalte dietten, og bidro med oppmuntring og følelsesmessig støtte. I tillegg deltok de på medisinske konsultasjoner og tilegnet seg kunnskap om sykdommen og behandlingsforløpet.

Betydningen av støtte fra familien kommer også frem i artikkelen til Ottosson et al. (2013). I tillegg til den følelsesmessige støtten, vektla pasientene de praktiske aspektene som å handle og lage mat som viktige for at pasienten skulle klare seg gjennom et langt sykdomsforløp. Noen av pasientene forteller også at familiemedlemmene valgte å spise den samme maten som de måtte spise.

Pasientene i studien til Missel et al. (2018), beskriver at familiens støtte fungerte som en mestringsstrategi. Både pasientene og familiemedlemmene engasjerte seg i hvordan de kunne innlemme kostholdsanbefalingene i den daglige rutinen. Pasientene var takknemlige for den omsorgen de fikk. På den andre siden kunne også følelsen av overvåkning og kontroll føre til irritasjon.

My husband really has been supportive all the way ..., he just tells me what to eat..., but he also pushes me, and when he tells me to eat this and that all the time, then I can't eat anything at all. (Missel et al., 2018, s.1425)

4.3.2 Profesjonell

I studien til Sandmæl et al. (2019), kommer det frem at pasientene etterspurte mer informasjon om hva som var "normalt" og ikke, i forhold til tidsaspektet ved bivirkningene. Det ble også foreslått å innføre en støttegruppe for pasienter i forkant av behandlingen. Fraværet av ernæringsfysiolog ble spesielt vektlagt. "A doctor, nurse and dental hygienist were all present at the weekly status meetings. But a dietitian was never present, and I was never offered a referral for dietary counselling" (Sandmæl et al., 2019, s.6).

Pasientene i studien til Ottosson et al. (2013) fremhever betydningen av å få informasjon underveis i forløpet. De var generelt fornøyde med informasjonen de mottok fra helsepersonell. Likevel var det delte meninger om hvor mye informasjon de ønsket å få om bivirkningene som kunne påvirke matinntaket og spisingen. Noen av pasientene var opprørt over at de ikke hadde fått informasjon om hvor lang tid det kunne ta å komme tilbake til normal kost. Mens andre pasienter mente det ville vært vanskeligere å vite.

In my case, it took such a long time. I was thinking that I would have returned to normal six months ago... the healthcare professionals could have said to me – you should not think like that because it will never happen. (Ottosson et al., 2013, s.1039)

It was for the best that I did not know because then it would have felt impossible that I should be sick until June; that would have been hard. I thought all the time – next Friday it will be better. (Ottosson et al., 2013, s.1039)

Alberda et al. (2017) skriver i sin artikkel at flere av pasientene med spiserørskreft opplevde at det ikke konsekvent var ernæringsfysiolog tilgjengelig mens de ventet på å få behandling. Over halvparten av pasientene fikk ingen råd eller støtte om ernæring under ventetiden. De øvrige pasientene fikk ernæringsråd, men disse rådene varierte fra spesifikke forslag til kosthold med

høyt protein- og kaloriinnhold, til generelle råd om å legge på seg. Det samme kommer frem hos pasientene med hode- og halskreft.

Ernæringsrådene og støtten var derimot konsekvente og regelmessige under og etter behandling. Pasientene forteller at de ble oppmuntret til å spise næringsrike måltider, og fikk forslag om oppskrifter som var enkle å lage. Noen av pasientene følte likevel at rådene ikke var spesifikke og individuelle nok. Alle pasientene fikk tilbud om å opprettholde kontakt med ernæringsfysiolog etter endt behandling. Dette ble av flere ansett som nyttig (Alberda et al., 2017).

4.4 Livskvalitet

De fleste pasientene i studien til Alberda et al. (2017) hadde en positiv innstilling på tidspunktet diagnosen ble stilt. Etter hvert som sykdommen utviklet seg, avtok optimismen. I løpet av sykdomsforløpet hvor evnen til å spise ble vanskeligere, ble spising referert til som en kamp for å overleve. Noen av pasientene opplevde en følelse av å miste den de var før diagnosen. Ettersom myk kost og små porsjoner fikk en dominant rolle, påvirket dette pasientenes selvbilde og relasjon til andre. Til tross for at de fant støtte i familie og venner, forteller pasientene at de unngikk sosiale samlinger. Grunner til dette var mangel på energi, frykt for aspirasjon og at de trengte lengre tid på å spise. Videre forteller de om frykten for å spise kjent mat og bli skuffet over at smakene var endret. Likevel synes de det var viktig å fortsette å øve på å svelge, og prøve ulike matvarer. Dette resulterte i frustrasjon, følelsen av sosial ekskludering og lengsel etter "ekte mat".

I studiene til både Ottosson et al. (2013) og Missel et al. (2018) beskriver flere pasienter at følelsen av å nyte mat var borte. På grunn av smaksendringer og lite variasjon av matvalg hadde betydningen av mat forsvunnet. Pasientene forteller at de kun spiste fordi de visste det var nødvendig.

Food gives me no joy; I don't look forward to meals and I don't care about what I eat. I really hoped that I would love eating again, but I absolutely don't. My body needs food, so I feed it, but it really isn't a joyful experience for me anymore. (Missel et al., 2018, s.1426)

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Vurdering av egen oppgave

Ved oppstart av oppgaven kom vi raskt i gang med å lage en prosjektplan. Dette gjorde at vi fort kom i gang med søkeprosessen. Vi fant relevante kvalitative artikler som ble anvendt i oppgaven. Artiklene passer godt til oppgavens hensikt, selv om de er spesifisert på pasienter med hode- og halskreft. Vi vil bruke resultatene i artiklene og se på hvordan vi kan anvende disse i praksis til kreftpasienter generelt. Artiklene er i tillegg fagfellevurderte og publisert etter 2012. Dette har vi vært bevisst på under søkeprosessen og gjennom litteraturanvendelser. Resultatene er dermed relevante og kan anvendes i praksis.

Underveis i søkeprosessen vår fant vi få relevante artikler som omhandlet generell kreft og ernæring, som vi i utgangspunktet ønsket å undersøke. Vi fant flere artikler som omhandlet spesifikke krefttyper og ernæring, som tarmkreft og hode- og halskreft. Dermed endte vi opp med å spesifisere oss til hode- og halskreft. Dette kan føre til at resultatene våre ikke er like relevante for alle typer kreft. Kvaliteten på integrativ litteraturstudie er avhengig av søkeprosessen. Derfor er dette en svakhet ved metoden. På grunn av tidspress valgte vi krefttype før vi hadde fått lest på relevante artikler på begge temaene.

Alle artiklene vi har anvendt i oppgaven ble funnet i databasen CINAHL. Grunnen til dette var at vi synes denne databasen var mest oversiktlig og anvendelig. I tillegg fant vi flere relevante artikler som passet til hensikten vår i denne databasen. Selv om vi også gjennomførte søk i flere databaser som Medline, SveMed+ og Idunn, kan vi ha gått glipp av flere relevante artikler i disse databasene.

I søkeprosessen gikk mange av søkeordene våre igjen. Vi brukte kun engelske søkeord og benyttet oss derfor av MeSH. Der skrev vi inn det norske søkeordet og fikk opp alternativer på engelsk. Det var ikke alle norske ord som ga gode resultater og vi utelot dermed disse. På grunn av dette kan vi ha gått glipp av relevante søkeord og artikler. Alle artiklene vi valgte var skrevet på engelsk. Vi har tolket resultatene og brukt oversettingsverktøy. Selv om kildematerialet er relativt begrenset, og det kunne ha vært bredere med mer tid til rådighet, mener vi at det gir tilstrekkelig grunnlag for å svare på vår problemstilling.

Dersom vi hadde hatt bedre tid på å utarbeide denne oppgaven, kunne vi brukt mer tid på søkene våre. I tillegg kunne vi satt oss bedre inn i selve søkeprosessen, slik at resultatene av søkene våre ble best mulig. Dermed kunne søkene våre blitt enda bredere, og muligheten for å finne relevante artikler til ernæring og generell kreftsykdom ville vært større.

5.1.2 Kildekritikk

Vi undersøkte forskerne, deres faglige bakgrunn og kompetanse innenfor vårt valgte tema. Dette gjorde vi for å vurdere artiklenes gyldighet. Forfatterne i alle artiklene har relevant bakgrunn og kompetanse innenfor medisin og helsefag. Flere av forfatterne har i tillegg relevant kompetanse innenfor forskning, som professor, doktor- eller mastergrad.

Som nevnt i metodekapittelet ønsket vi å finne studier som kan anvendes i det norske helsevesenet. De utvalgte studiene er utført i Danmark, Sverige, Norge og Canada. Sverige og Danmark har sterke likhetstrekk med ordningene i den norske velferdsstaten (Christensen & Berg, 2021). Helsevesenet i Canada bygger på et prinsipp om at alle innbyggere har rett på nødvendige helsetjenester, som legeundersøkelse og sykehusinnleggelse. De ti provinsene og tre territoriene i Canada finansierer den statlige helseforsikringen (Kliff, 2012). Vi mener derfor at studier utført i disse landene, er overførbare til det norske helsevesenet.

Informantene i samtlige studier er voksne kvinner og menn i alderen 45-80 år, med et flertall av menn. Grunnen til at det er færre kvinner enn menn i studiene, kan være at de fleste pasientene med hode- og halskreft er menn over 60 år (Helsedirektoratet, 2016b). Flertallet av deltakerne er gift eller har samboer. Det er altså få kvinner og single som er representert i studiene. Alle hadde gått, eller gikk gjennom behandling for hode- og halskreft. Vi mener derfor at deltakerne samsvarte godt med studiens hensikt. Likevel kan det være store forskjeller i sykdomsforløp og bivirkninger av behandling i forskjellige aldersgrupper. Antall deltakere i studiene varierte fra 10-20. Representativiteten vil øke med antall deltakere. Vi vil derfor påpeke at studiene kan ha et begrenset utvalg deltakere. Dette kan gjøre at deltakerne ikke representerer den faktiske populasjonen godt nok. Samtidig skal kvalitative intervjuer gå i dybden, og det er derfor viktig å ikke ha et for stort antall informanter (Dalland, 2017, s.81).

Kvalitativ forskningsmetode er anvendt i alle studiene, og brukes til å beskrive menneskers erfaringer og opplevelser (Helsebiblioteket, 2016). Studiene har som hensikt å undersøke pasientenes opplevelser og vi mener derfor det er en hensiktsmessig metode å anvende. Datainnsamlingen er gjort gjennom intervjuer. Intervjuene ble gjennomført nær fullført

behandling og/eller etter behandling. Dataene ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse. Studiene hadde på forhånd bestemt hvordan intervjuene skulle analyseres. Flere av intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert ordrett og analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Semistrukturert intervjuguide ble også benyttet. Det betyr at samtalen følger en intervjuguide med forslag til spørsmål under bestemte temaer (Dalland, 2017, s.68). Hvordan intervjuer opptrer i møte med informant kan påvirke datainnsamlingen. Kvaliteten på innsamlede data påvirkes av intervjuers kunnskaper om temaet, for eksempel gjennom oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2014/2015, s.83-84). Vi ser dermed at kvalitativ metode kan ha flere ulemper, resultatene er avhengig av intervjuer og informantene kan være mindre representative. Derimot er det en fordel at informantene har mulighet til å utdype sine meninger og få oppfølgingsspørsmål. Det kommer fram i artiklene til Sandmæl et al. (2019) og Ottosson et al. (2013) at de har benyttet pilotstudie i forkant av studiet. En pilotstudie kan identifisere eventuelle problemområder og mangler i forskningsinstrumentene før en implementerer hele studien (Hassan et al., 2006).

Vi har undersøkt om hver enkelt artikkel har ivaretatt etiske forhold i studiene sine. To av studiene er godkjent av en lokal etisk komite, og en av studiene er godkjent av universitetets helseetiske styre. Den siste studien skrevet av Missel et al. (2018), anså det ikke som nødvendig med godkjenning fra en etisk komite. Likevel har de opprettholdt anonymiseringen av deltakerne i studien. Det kommer tydelig frem at deltakerne i flere av studiene har fått nødvendig informasjon om studien og muligheten til å trekke seg underveis. Dermed har vi vurdert at samtlige artikler har ivaretatt de etiske forholdene.

5.1.3 Drøfting av analyse

Vi har sett kritisk på sterke og svake sider med våre valgte artikler, og mener at artiklene passer godt til oppgavens hensikt. Som nevnt tidligere vil vi understreke at dersom vi hadde hatt bedre tid ville vi kanskje klart å finne andre mer relevante artikler, som dekket en større gruppe kreftpasienter. Avgrensningene vi gjorde førte til et overkommelig antall artikler. Ut fra disse, kunne vi lese overskriftene og abstraktene, og vurdere deres relevans. I etterkant ser vi at alderen i pasientgruppen kunne vært bedre avgrenset.

I denne oppgaven har vi som nevnt, valgt å anvende integrativ litteraturstudie som forskningsmetode. Når vi analyserte de ulike artiklene, brukte vi Fribergs analysemodell. Den går ut på å utføre en datareduksjon, skape en oversikt over data, sammenligne data fra de ulike

artiklene og trekke konklusjoner. Ved bruk av denne metoden danner vi en “ny helhet” (Friberg, 2017, s.150). Vi kom ved hjelp av modellen, fram til fire hovedkategorier og fire underkategorier. Hvert enkelt menneske møter verden med forutinntatte forestillinger med kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, som blir brukt til å tolke og vektlegge informasjon (Johannessen, 2016, s.34-35). Når vi identifiserer underliggende mønster i data, er det uunngåelig at vår tolkning til en viss grad påvirker resultatene. Det kan derfor ikke utelukkes at andre ville ha trukket andre slutninger. Dette er en av svakhetene med integrativ litteraturstudie. Resultatene vi har kommet frem til underbygges likevel av faglitteratur. Derfor mener vi at denne analysemodellen har vært nyttig i vårt arbeid. Vi fikk en god oversikt over hovedpunktene i artiklene. Dersom vi hadde hatt bedre tid til å utarbeide oppgaven, kunne vi satt oss enda bedre inn i modellen, og dermed fått en enda bedre forståelse.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen legger vi fram studienes resultater knyttet sammen med teori. Vi vil knytte resultatene og teorien opp mot vår hensikt. Hensikten vår er å undersøke hvordan kreftpasienter opplever sin situasjon relatert til ernæring under og etter behandling.

5.2.1 Symptomer og bivirkninger av sykdom og behandling

Studiene til Sandmæl et al. (2019), Ottosson et al. (2013) og Alberda et al. (2017), peker på noen sentrale bivirkninger pasienter opplever relatert til ernæring under og etter behandling. Disse er for det første svelgevansker, kvalme, fatigue, smaksforstyrrelser, smerter, sår i munnen, slim og munntørhet. For det andre førte dette til nedsatt appetitt og vekttap. Dette kan forstås i lys av teori om bivirkningene av behandling. Cytostatika virker særlig på slimhinnene, dette er fordi cellene har rask delingshastighet. Strålebehandling har akutte bivirkninger, avhengig av hvilke områder som bestråles, som sårhet. Bestråling av tarm kan gi kvalme og diaré, og bestråling av ØNH-regionen kan gi sårhet i munnhulen og svelget. Begge disse behandlingsformene kan i større eller mindre grad gi fatigue. Fatigue kan komme av selve kreft tumoren, men er også bivirkninger av behandling og underernæring (Lorentsen & Grov, 2016, s.400-406). De naturlige anatomiske og fysiologiske forutsetningene kan også rammes av kirurgiske inngrep. Det vil gjøre at den normale spisefunksjonen hemmes (Lydersen, 2010, s.498-499). Vi ser at bivirkningene pasientene i studiene opplever kan ramme pasienter med ulike kreftformer. Kreftpasienter som har gjennomgått cytostatikabehandling vil oppleve bivirkninger knyttet til slimhinnene og fatigue, mens strålebehandling gir bivirkninger avhengig av hvor kreftsvulsten er lokalisert.

Flere pasienter opplever å miste appetitten ved langvarig behandling. Nytt miljø ved sykehusinnleggelse, og psykososiale faktorer rundt å få en kreftdiagnose kan også virke inn. Noen bivirkninger opptrer akutt og kan påvirke behandlingen, mens andre opptrer først flere måneder etter at behandlingen er avsluttet. De fleste akutte bivirkningene er reversible (Lorentsen & Grov, 2016, s.400-401). Likevel ser vi i studien til Ottosson et al. (2013), at pasientene fortsatt opplever mange av de samme bivirkningene, som kom like etter behandling, flere måneder etter avsluttet behandling. Det viser at det tar lang tid før pasienten vil oppleve å komme tilbake til en viss normal. Vi mener derfor at fokus på riktig ernæring er viktig fordi bivirkningene opptrer akutt og kan påvirke matinntaket over en lang periode.

5.2.2 *Kunsten å akseptere en ny "normal"*

Pasientene i studien til Ottosson et al. (2013) beskriver at måltidene opptok en stor del av hverdagen deres. Særlig opplevde de utfordringer med smerter, at maten satt fast i munnen og frykten for å sette maten i halsen. En pasient forteller at måltidene ble som en fulltidsjobb, der maten tygges forsiktig og munnen alltid måtte renses. Pasientene i studiene til Missel et al. (2018) og Alberda et al. (2017), forteller om den samme opplevelsen. Dette kan forstås i lys av teori om bivirkninger av behandling. Stråling mot ØNH-regionen gir bivirkninger som munntørrhet og sårhet i munnslimhinnen. Dette kan føre til svelgeproblemer, fordi maten kan bli sittende fast i munnen. I tillegg er ofte den fysiologiske funksjonen hemmet (Lorentsen & Grov, 2016, s.404-405). Pasienter som har problemer med å svelge og spise kan ifølge pakkeforløpet for pasienter med hode- og halskreft, ha behov for ergo- eller fysioterapi med kompetanse på svelgefunksjonen (Helsedirektoratet, 2016c).

I tillegg er det viktig å sørge for at pasientens munnhule er ren. Dette kan gjøres ved å skylde munnhulen med isotont saltvann for å fjerne seigt slim (Lydersen, 2010, s.498-499). Pasientene i studien til Sandmæl et al. (2019) opplevde at en kombinasjon av sårhet, smerte og økt slimproduksjon var hovedårsaken til svelgevanskene, og at dette førte til redusert næringsopptak for pasientene. Opplæring i hjelp til munnstell er viktig for at pasienten skal forbedre matinntaket (Helsedirektoratet, 2016a). Vi har erfart i praksis at munnstell ofte blir glemt. En ren munnhule kan bidra til at pasienten føler seg mer vel og øke appetitten. Ved smerter knyttet til måltid er det viktig å administrere smertestillende som fungerer for pasienten, før måltidene (Lydersen, 2010, s.498-499).

Flere pasienter i alle studiene beskriver at de opplever endret lukt- og smakssans, og mangel på sultfølelse. Særlig opplever de det vanskelig å finne glede i mat fordi den måtte tilpasses i

smak og konsistens for å kunne spises. På grunn av redusert spytt og smerter, spiste flere pasienter kun most mat. Dette førte til et redusert matutvalg. Vi kan tenke at pasientene gikk matleie når de hadde redusert matutvalg, og i utgangspunktet ikke hadde matlyst. Teori om metabolske forandringer i kroppen kan forklare pasientenes mangel på sultfølelse og matlyst. Endringer i smaksopplevelsen er også en faktor som kan påvirke matinntaket, smakssansen kan være endret, eller i verste fall være vekke. Dette er en kjent bivirkning som ofte kan forekomme ved stråle- og cytostatikabehandling. I tillegg kan pasientens opplevelse av smerter og psykiske reaksjoner på sykdommen medføre redusert appetitt (Bye, 2010, s.220-223).

Studien til Ottosson et al. (2013) viser at kostholdet pasientene måtte forholde seg til, førte til flere utfordringer sosialt. Dette skyldtes flere grunner. Først og fremst følte de skam rundt å ikke kunne spise på sosialt akseptert måte. I tillegg gjorde begrensningene i matvalg det vanskelig for pasientene å kunne spise mat de fikk servert. Vi tenker at pasientene ble mer sosialt isolert på grunn av disse utfordringene. En pasient forteller at hun takket nei til invitasjoner der andre personer enn nær familie skulle være til stede (Ottosson et al., 2013). I tillegg kan det forstås i lys av teori at det kan bli svært krevende for pasienten å være like sosial og aktiv som før. Pasienten kan oppleve psykisk og fysisk utmattelse av bivirkninger som kvalme, brekninger og fatigue (Lorentsen & Grov, 2016, s.403-404).

Studien til Alberda et al. (2017), peker på noen sentrale utfordringer når det gjelder pasientenes forhold til ernæringssonde. Flere av pasientene oppfattet at ernæringssonden ble brukt som en trussel, og et tegn på at de ikke klarte å få i seg nok næring selv. I tillegg var de redde for å bli avhengige av sonden, og ikke kunne spise selv. Videre ser vi at selv om alle pasientene i studien hadde ernæringssonde preoperativt, takket kun 20% av pasientene ja til ernæringssonde postoperativt.

På den andre siden ser vi i studien til Alberda et al. (2017), at når ernæringssonden ble sett på som en midlertidig tilleggsstøtte postoperativt, ble den lettere akseptert. Pasientene kom overens med sonden så lenge de så fremgang mot vektøkning og fast føde. Videre ser vi i studien til Sandmæl et al. (2019) at de peker på viktigheten av at pasientene så resultater med å ha sonden. Flere pasienter i deres studie var positive til ernæringssonde på grunn av gode resultater. Det kan forstås i lys av teori at pasienter som får informasjon om at underernæring utgjør en risiko i det videre sykdomsforløpet, aksepterer ernæringssonden i større grad. Når sondeernæring gis som supplement kan pasientene slippe presset til å spise i like stor grad, og unngå å forbinde matinntaket med stress og problemer. Ernæringssonde gis ofte som et

supplement når pasienten får i seg noe næring og væske, men ikke tilstrekkelig (Stubberud et al., 2016, s.35). Flere pasienter i studien til Alberda et al. (2017) hadde inntrykk av at ernæringssonden var et tegn på nederlag. Vi tenker at pasientene hadde takket ja til sonde om de hadde fått bedre undervisning, slik som i studien til Sandmæl et al. (2019). Der fokuserte de på det positive med sonden, at den ga resultater.

5.2.3 Støtte

I flere av studiene peker pasientene på betydningen av omsorg og støtte fra familiemedlemmer. Familiemedlemmene hjalp til med alle elementer innenfor ernæring. For det første bidro de med praktiske elementer som å handle mat og hjalp til med å lage måltider. For det andre spiste de sammen med pasientene og bidro med oppmuntring og følelsesmessig støtte. I studien til Missel et al. (2018), tilpasset familiemedlemmene også sitt kosthold etter det pasientene kunne spise, og engasjerte seg i hvordan kostholdsanbefalingene kunne innlemmes i den daglige rutinen. Familiens støtte fungerte også som en mestringsstrategi for å kunne håndtere sykdommen og alt den medfulgte. Lorentsen & Grov (2016, s.419) skriver at familien til kreftpasienter ofte fungerer som den viktigste kilden til sosial støtte. Familien kan bidra med støtte og gi pasienten håp når han eller hun er i ferd med å gi opp. I tillegg kan familien hjelpe pasienten med å huske hvordan livet var før sykdommen.

På den andre siden kom det også frem i studien til Missel et al. (2018) at noen av pasientene følte at de ble overvåket av familiemedlemmene. Følelsen av overvåkning og kontroll kunne føre til irritasjon hos pasientene. Når en blir diagnostisert med en kreftsykdom vil rollene i familien og det sosiale livet endres. Det kan oppleves vanskelig å kjenne på at en ikke klarer å utføre oppgaver på samme måte som tidligere. Det er en stor omstilling å måtte gå inn i mottakerrollen, dersom en tidligere har vært omsorgspersonen i familien (Lorentsen & Grov, 2016, s.409). Vi har i praksis erfart at pårørende har hatt en betydningsfull rolle som støtte, men i noen tilfeller har vi opplevd at støtten også har vært belastende.

Pasientene i studien til Sandmæl et al. (2019) ønsket mer informasjon om hva som var “normalt” og ikke, angående tidsaspektet i forhold til bivirkningene de opplevde. De etterspurte mer informasjon om hva de kunne forvente videre i forløpet. Ut ifra pakkeforløpet skal pasientene informeres om hva de kan forvente etter utskrivelse. I tillegg bør de få informasjon om vanlige bivirkninger som kan oppstå under og etter behandling (Helsedirektoratet, 2016a). I studien til Ottosson et al. (2013), fremhever pasientene betydningen av å få informasjon underveis i forløpet. Først og fremst var pasientene generelt fornøyde med informasjon gitt av

helsepersonell. På den andre siden var det delte meninger blant pasientene om hvor mye informasjon de ønsket å få angående bivirkningene, og hvordan disse kunne påvirke spisingen og matinntaket. Som tidligere nevnt, underbygges pasienters behov for informasjon av teori. Det er viktig å undersøke hva pasienten har behov for av informasjon, og sørge for at informasjonen er relevant (Lorentsen & Grov, 2016, s.417-418). Her vil vi vise til pbrl § 3-5 første ledd, at pasienten har rett til å motta informasjon tilpasset “individuelle forutsetninger”. Grunnen til at pasientene opplever å få mangelfull informasjon, kan være relatert til manglende kompetanse og kunnskap hos sykepleiere (Stubberud et al., 2016, s.17).

Alberda et al. (2017) skriver i sin studie at under halvparten av pasientene fikk råd eller støtte angående ernæring, fra diagnositidspunktet til oppstart av behandling. De resterende pasientene fikk ernæringsråd, men det var stor forskjell på kvaliteten. På den ene siden fikk noen pasienter spesifikke råd, mens på den andre siden fikk pasientene kun generelle råd. En undersøkelse utført av Kreftforeningen viste at halvparten av deltakerne hadde behov for kostholdsråd. Kun halvparten av de som hadde behov for det, fikk tilbud om dette (Helmers, 2016). Som tidligere nevnt i teorikapitlet, bør alle pasienter ifølge pakkeforløpet, få ernæringsveiledning gjennom hele forløpet (Helsedirektoratet, 2016a). Vi mener at resultatene fra artiklene tyder på at dette ikke har blitt tilstrekkelig gjennomført i praksis. Derimot forteller pasientene at de fikk regelmessige ernæringsråd under og etter behandling. Likevel følte flere av pasientene også i denne fasen av forløpet, at rådene de fikk ikke var spesifikke eller individuelle nok (Alberda et al., 2017). Vi mener det er grunn til å anta at dersom pasientene opplever å kun få generelle råd om ernæring, kan det bli vanskeligere å opprettholde god ernæring. Kreftforeningen forteller at det er vanskelig å gi generelle råd som passer til alle. Derfor er kostrådene de gir tilpasset pasientens situasjon. For mange kreftpasienter har individuelle råd stor betydning for ernæringen (Bjelland, 2020).

Pasientene i studien til Sandmæl et al. (2019), foreslo at det kunne vært innført en støttegruppe for pasienter i forkant av behandlingen, slik at de kunne snakke med andre i samme situasjon. Ettersom pasientene opplevde liten oppfølging og veiledning før oppstart av behandling, mener vi at dette kunne vært et godt tiltak. Andre pasienter kan bidra med betydningsfull støtte. Pasienter i samme situasjon, forstår en på en annen måte enn venner og familie gjør. Det kan være lærerikt for pasientene å høre hvordan andre pasienter har det, hvilke utfordringer de møter på og hvordan de håndterer disse. På den andre siden kan mange pasienter ha mer enn nok med seg selv, og ikke ha muligheten til å støtte medpasienter (Lorentsen & Grov, 2016, s.418-419).

5.2.4 Livskvalitet

Det finnes flere ulike definisjoner på livskvalitet. En definisjon er at man har det godt, har gode følelser og positive vurderinger av eget liv (Ribu, 2010, s.50). De fleste pasientene i studien til Alberda et al. (2017) hadde en positiv innstilling ved diagnosetidspunktet, men etter hvert som sykdommen utviklet seg, forsvant optimismen. Pasientene opplevde det vanskeligere å spise utover i sykdomsforløpet, og spising ble sett på som en kamp for å overleve. Flertallet av pasientene i studiene til Ottosson et al. (2013) og Missel et al. (2018), hadde før diagnosen en positiv opplevelse av mat, men følelsen av å nyte mat forsvant etter hvert som bivirkningene oppsto. Dette har vi selv erfart i praksis. Smaksendringer og lite variasjon av matvalg gjorde at betydningen av mat forsvant. For mange av pasientene har ernæringen blitt en belastning istedenfor en positiv opplevelse, vi forestiller oss at dette kan påvirke pasientenes livskvalitet.

Videre skriver Alberda et al. (2017) at noen av pasientene fikk følelsen av å miste seg selv, og den de var før diagnosen. Pasientenes selvbilde og relasjon til andre ble påvirket av maten de kunne spise. Selv om de fikk støtte fra familie og venner, unngikk pasientene sosiale samlinger. Dette begrunnet de med mangel på energi (fatigue), frykt for aspirasjon, og at de brukte lengre tid på måltidene. Gode følelser kan tolkes som glede og engasjement, mens positive vurderinger kan tolkes som selvrespekt, opplevelsen av mening og tilfredshet (Ribu, 2010, s.50). Ut ifra det pasientene forteller, tolker vi det som at opplevelsen av ernæring og mat, påvirker livskvaliteten deres. Pasientenes opplevelser av mat kan resultere i frustrasjon over egen situasjon og sosial ekskludering.

5.2.5 Konklusjon

Resultatene i de ulike artiklene viser at pasientene opplevde flere likheter relatert til ernæring. Flere av resultatene kan knyttes opp mot vår hensikt, som omhandler generell kreft. Vi ser likevel at flere er spesifikke for hode- og halskreft. Teorien vi har funnet kan knyttes opp mot pasientenes opplevelser. Dermed ser vi at flere av resultatene kan være aktuelle for ulike krefttyper.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Ved å analysere pasientenes opplevelser kan vi se på hvilke tiltak som kan være hensiktsmessig og eventuelt nødvendig å iverksette i praksis. Ut fra resultatene ser vi at sykepleiere har en viktig funksjon med å følge opp ernæring til kreftpasienter. Sykepleiere må ha kunnskap om hvordan de kan lindre bivirkninger og tilrettelegge måltider. I tillegg har de ansvar for å få pasienten i kontakt med andre i helseteamet, og undersøke hvilken informasjon pasienten har behov for. Ut fra vår litteraturstudie ser vi at det er forbedringspotensiale på flere områder. Vi vil legge fram noen konkrete forslag som vi mener kan forbedre praksis.

Forslag til tiltak:

- Vi stiller forslag om å henge opp plakater om munnstell på avdelinger. Hensikten er å minne helsepersonell på å utføre prosedyren og/eller kartlegge pasientens behov for hjelp til dette.
- Vi foreslår at sykepleiere kan henvise pasienten til ernæringsfysiolog uten å gå via lege. Dette kan føre til at pasientene raskere kommer i kontakt. I tillegg kan regelmessig samarbeid med ernæringsfysiolog gi økt interesse for ernæring hos sykepleiere.
- Vi anbefaler å innføre kurs om ernæring for kjøkken- og helsepersonell. Hensikten er å oppnå bedre tverrfaglig samarbeid, og sørge for at pasientene får næringsrike og tilrettelagte måltider, på sykehus.
- Vi vil innføre individuelle ernæringsråd før oppstart av, og etter endt behandling. Dette kan bidra til at pasienten tåler behandlingen bedre, og får et bedre forløp etter endt behandling.
- Vi anbefaler at pasienten får en primärsykepleier som kan kartlegge pasientens ønske og behov for informasjon. Hensikten er at en sykepleier har ansvar for at det kartlegges og følges opp videre.
- Vi vil foreslå å innføre fagdag for sykepleiere om ernæringssonde. Hensikten er å øke sykepleiernes kunnskap, slik at pasientene kan få tilstrekkelig med informasjon og undervisning.

- Vi anbefaler å innføre brosjyrer med informasjon om ulike støttegrupper, og kontaktinformasjonen deres. Hensikten er at pasientene selv kan ta kontakt, dersom de ønsker og/eller har behov for dette.

Litteraturstudien vår avdekker nye spørsmål som bør undersøkes videre. Som nevnt i metodediskusjonen er få kvinner representert, og ingen pasienter uten pårørende. I tillegg var det kunnskapsmangel på ernæringssonde, det ble nevnt i studien til Alberda et al. (2017) at pasientene var redd for å bli avhengig av sonden. Dette avdekker følgende spørsmål: Hvordan opplever kvinnelige kreftpasienter sin ernæringssituasjon? Hvordan opplever kreftpasienter uten pårørende, sin situasjon relatert til ernæring? Hva er de negative konsekvensene av å ha ernæringssonde over en lengre periode? Spørsmålene vi har lagt fram er viktige å avdekke for å kunne øke sykepleieres kunnskap og dermed bedre pasienters opplevelse av ernæring.

Referanser

- Alberda, C., Alvdj-Korenic, T., Mayan, M., & Gramlich, L. (2017). Nutrition Care in Patients With Head and Neck or Esophageal Cancer: The Patient Perspective. *Nutrition in Clinical Practice*, 32(5), 664–674. <https://doi.org/10.1177/0884533617725050>
- Bjelland, M. (2020). Kreft: Hvordan velge rett kosthold? *Sykepleien forskning*, 108(80218), e–80218. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80218>
- Bjordal, K. (2010). Kreft i øre-, nese- og halsregionen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 487-497). Akribe.
- Bye, A. A. (2010). Ernæring. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 214-234). Akribe.
- Christensen, J., & Berg, O. T. (2021, 30. desember). *Velferdsstat*. Store norske leksikon. Hentet 31.mars 2022 fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Hassan, Z. A., Schattner, P., & Mazza, D. (2006, 31. juli). *Doing A Pilot Study: Why Is It Essential?*. National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453116/>
- Helmets, A-K. B. (2015, 11. desember). Er maten medisin? Mat under kreft-behandling. *Tidsskriftet sykepleien*. <https://sykepleien.no/reportasje/2015/12/mat-under-kreftbehandling>
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). *Kvalitativ metode*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsedirektoratet. (2016a, 18. juli). *Behandling av hode-halskreft*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hode-halskreft/behandling-av-hode-halskreft#stottebehandling-og-sykepleie>

Helsedirektoratet. (2016b, 18. juli). *Inngang til pakkeforløp for hode-halskreft.*

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hode-halskreft/inngang-til-pakkeforlop-for-hode-halskreft#risikogrupper>

Helsedirektoratet. (2016c, 29. juli). *Oppfølging og kontroll av hode-halskreft.*

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hode-halskreft/oppfolging-og-kontroll-av-hode-halskreft#rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2016d, 14. oktober). *Pakkeforløp på kreftområdet.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloper-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.

Kliff, S. (2012, 1. juli). *Everything you ever wanted to know about Canadian health care in one post.* The Washington Post.

<https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2012/07/01/everything-you-ever-wanted-to-know-about-canadian-health-care-in-one-post/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs., 3. utg.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 2014).

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

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

Missel, M., Hansen, M., Jackson, R., Siemsen, M., & Schønau, M. N. (2018). Re-embodiment eating after surgery for oesophageal cancer: Patients' lived experiences of participating in an education and counselling nutritional intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1420–1430. <https://doi.org/10.1111/jocn.14297>

Ottosson, S., Laurell, G., & Olsson, C. (2013). The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study. *Journal of Clinical*

Nursing, 22(7-8), 1034–1043. <https://doi.org/10.1111/jocn.12151>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Loven om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl - Lovdata Pro](#)

Paur, I., Slåttholm, M-A., Ryel, A. L., & Smeland, S. (2018). Riktig ernæring er viktig for kreftpasienter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0072>

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

Sandmæl, J. A., Sand, K., Bye, A., Solheim, T. S., Oldervoll, L., & Helvik, A. (2019). Nutritional experiences in head and neck cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 28(6), e13168–n/a. <https://doi.org/10.1111/ecc.13168>

Stubberud, D.-G., Kondrup, J., & Almås, H. (2016). Ernæring ved sykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s.17-50). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J., (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
18.03.22	CINAHL	Cancer AND patient AND nutrition	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	2406	0	0	0
18.03.22	CINAHL	“Head and neck cancer” AND patient AND nutrition AND “secondary care”	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	1	0	0	0
21.03.22	CINAHL	Patient AND experiences AND treatment AND “head and neck cancer” AND “nutrition care”	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	5	3	2	1
21.03.22	CINAHL	Nutrition AND cancer AND “eating behaviour” AND surgery	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	6	2	1	1
21.03.22	CINAHL	“head and neck neoplasms” AND eating AND patient	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	12	3	1	1
21.03.22	CINAHL	“head and neck neoplasms” AND experience AND nutritional	År: 2012-2022 Fagfelleverdert	26	6	2	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere År Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg	Resultater
Alberda, C., Alvdj-Korenica, T., Mayan, M. & Gramlich, L. 2017 Nutrition in Clinical Practice Canada	Nutrition Care in Patients With Head and Neck or Esophageal Cancer: The Patient Perspective	Hensikten med studien er å forstå pasientenes erfaringer med ernæringsbehandling i sammenheng med deres behandling og restitusjon.	Pasient	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved hjelp av individuelle semistrukturerte intervju. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.	10 deltakere med spiserørskreft og 10 deltakere med hode- og halskreft fortalte om sine opplevelser med ernæring knyttet til deres behandling	Resultatene i artikkelen viser pasientenes behov for individuell støtte, med informasjon og veiledning. Det er behov for pasientfokusede retningslinjer, slik at alle pasienter får utbytte av ernæringsomsorgen.
Missel, M., Hansen, M., Jackson, R., Siemsen, M. & Schønau, M. N. 2018 Journal of Clinical Nursing Danmark	Re-embodiment of eating after surgery for oesophageal cancer: Patients' lived experiences of participating in an education and counselling nutritional intervention	Hensikten med studien er å gi innsikt i pasienters opplevelser av å delta i undervisning og rådgivning om ernæring etter kurativ operasjon av øsofaguskreft.	Pasient	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Deltakerne ble intervjuet individuelt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.	10 deltakere med spiserørskreft forteller om sine opplevelser av undervisning og råd om ernæring etter operasjon	Resultatene i artikkelen viser at pasientene måtte lære seg å spise igjen etter gjennomgått kirurgisk behandling. De fant støtte og tillit til opplæringen og rådgivende ernæringsintervensjon, selv om det ikke alltid var lett å følge rådene. Kostholdsplanen ble opplevd som et synlig, praktisk og støttende

						verktøy for å mestre spiseatferdsendringer og skapte en følelse av trygghet og kontroll hos pasientene. Noen pasienter følte de satt igjen med et overveldende ansvar for å overholde planen.
Ottosson, S., Laurell, G. & Olsson, C. 2013 Journal of Clinical Nursing Sverige	The experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study.	Hensikten med studien er å beskrive opplevelsen av mat, spising og måltider etter strålebehandling hos pasienter med hode- og halskreft.	Pasient	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Deltakerne ble intervjuet individuelt, en av deltakerne hadde med seg kona. Intervjuene ble utført 9 måneder etter behandling. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.	13 deltakere med hode- og halskreft forteller om sin opplevelse av ernæring etter behandling	Resultatene i artikkelen viser at problemene knyttet til mat, spising og måltider fortsatt var til stede 9 måneder etter behandling. Gjennom forløpet prøvde pasientene å finne måter å håndtere og akseptere den nye måten å leve på. Dette gjorde de ved bruk av strategier for å gjøre spising og sosial interaksjon enklere. Informasjon og støtte viste seg å være gode hjelpemidler i pasientenes behandlingsperiode
Sandmæl, J. A., Sand, K., Bye, A., Solheim, T. S., Oldervoll, L. & Helvik, A. 2019	Nutritional experiences in head and neck cancer patients.	Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasienter med hode- og halskreft opplever ernærings situasjonen sin og oppfatter ernæringsstøtte fra	Pasient	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Deltakerne ble intervjuet individuelt, 3 av	10 deltakere med hode- og halskreft forteller om sin opplevelse av ernæring og ernæringsstøtte under og etter behandling	Resultatene viser at pasientene opplevde det som et dårlig ernæringsmessig utgangspunkt å gjennomgå operasjon før den kommende strålebehandlingen. Under

<p>Journal of Cancer Care</p> <p>Norge</p>		<p>diagnose til etter behandlingsfasen.</p>		<p>deltakerne hadde med seg partneren.</p> <p>7 av deltakerne ble intervjuet 2 uker etter endt behandling, mens 3 av deltakerne ble intervjuet 4 uker etter endt behandling.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.</p>		<p>strålebehandlingen økte bivirkningene til pasientene og de måtte tilpasse måltidene for å forbedre matinntaket. Halvveis i behandlingen måtte pasientene få sondeernæring da normalt matinntak ble uutholdelig. Pasientene forteller i etterkant av behandlingen at de hadde ønsket mer informasjon om hvordan bivirkningene utviklet seg. De savnet også en større involvering av ernæringsfysiolog.</p>
--	--	---	--	--	--	--