

# ERNÆRING

## - et tværfagligt indsatsområde

Af Vibeke Sode, klinisk diætist, cand.scient. klinisk ernæring; Bell Møller, sygeplejerske, Center for Kræft og Sundhed København og Jette Vibe-Petersen, forhenværende centerchef, speciallæge i intern medicin

Artiklen er en redigeret version af en artikel, der tidligere har været bragt i bladet "Fagligt ajour" (april 2021).

Artiklen beskriver det tværfaglige samarbejde, som er relateret til ernæring hos borgere, der deltager i et kommunalt rehabiliteringsforløb i forbindelse med behandling af kræftsygdom.

### Kræftrehabilitering

Københavns Kommune tilbyder i Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) kræftrehabilitering til selvhjulpne borgere. Der blev i 2021 henvist 1336 borgere og hovedparten af de fremmødte henvises inden for de første tre måneder efter diagnosticering af deres kræftsygdom. Omtrent 30 % henvises med tilbagefald af tidligere kræftsygdom, og heraf er en mindre andel i sen palliativ fase. Omkring halvdelen af borgerne har mindst én komorbiditet.

Alle forløb tilrettelægges ud fra en individuel behovsafdækning med udgangspunkt i en ICF-baseret funktionsevnevurdering og patient rapporterede data (PRO).

Henviste borgere spørges både ved indledende og opfølgende samtaler systematisk til bivirkninger og senfølger relateret til kost og ernæring.

Borgere med stort og/eller vedvarende utilsigtet vægttab eller andre betydelige gener relateret til kostindtag eller metabolisme, tilbydes individuel vejledning ved diætist.

For beskrivelse af CKSK henvises til faktaboks 1.

### BMI og vægtudvikling

For at beskrive borgernes rehabiliteringsbehov i forhold til ernæring er der i CKSK indsamlet data for ernæringsstatus for 848 borgere, der efter henvisning fra hospital eller almen praksis er fremmødt til minimum én kræftrehabiliterende indsats i perioden 1. jan. til 31. dec. 2018.

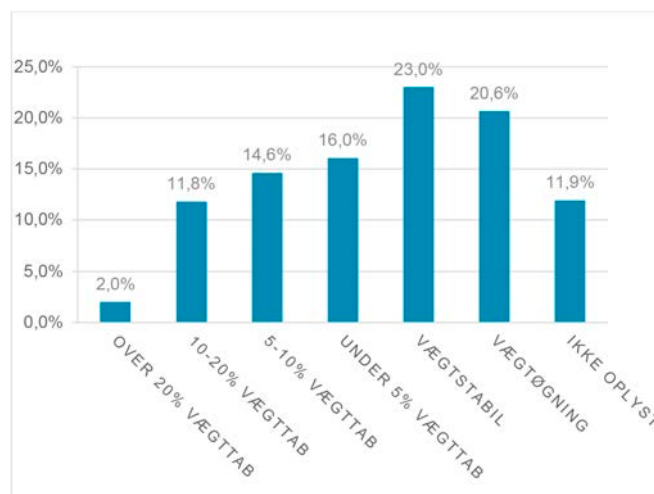
Figur 1 og 2 viser BMI og oplyst vægtudvikling over de seneste seks måneder ved forløbsstart for borgere, der påbegyndte rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018 (n=848).

Selvom majoriteten af borgerne er normal- eller overvægtige, beskriver 28 % et vægttab på over 5 % allerede ved forløbsstart. Utilsigtet vægttab er trods normal- eller overvægt på linje med lavt BMI en uafhængig prædikator for overlevelse ved kræftsygdom (1). Desværre viser opgørelser, at mange kræftpatienter ikke oplever, at deres behov for hjælp til ernæring bliver imødekommet i deres behandlingsforløb (2).

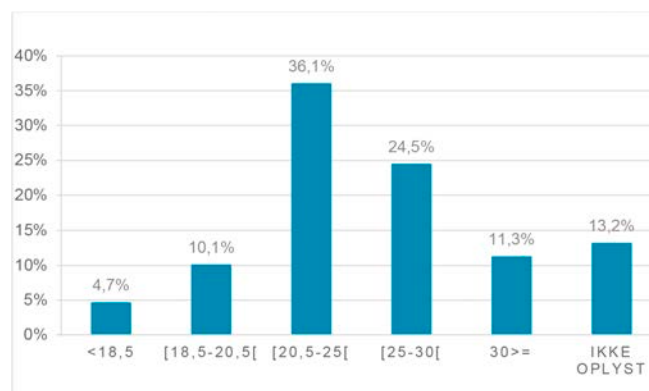
Svær overvægt øger risikoen for udvikling af flere kræftsygdomme, og utilsigtet vægtøgning har indflydelse på udvikling af komorbiditet og mortalitet (3). Opgørelsen viser, at 11 % havde et BMI på  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> ved forløbsstart.

### Praksis undervisning

Sygeplejersker og diætister samarbejder om to undervisningsforløb "Kogeskole" og "Synk Let" om henholdsvis sunde kostvaner og kost med modificeret konsistens. Undervisningen er på begge hold baseret på korte, teoretiske oplæg, konkret og praktisk inspiration til hverdagsmåltider, madlavning, fælles spisning og socialt samvær. Formen danner afsæt for erfaringsudveksling om hverdagsliv og sociale udfordringer relateret til måltider (4). De fleste borgere henvises til Kogeskole eller Synk Let i forlængelse af individuel vejledning ved diætist.



Figur 1. Vægtudvikling over de sidste seks måneder ved forløbsstart for borgere, der påbegyndte rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018. Andel i procent (n=848)



Figur 2. BMI ved forløbsstart for borgere, der påbegyndte rehabiliteringsforløb CKSK i 2018. Andel i procent (n=848)

**Tabel 1.** Kræftdiagnoser for borgere henvist til og opstartet rehabiliteringsforløb i CKSK i 2018 (n = 848) samt henviste til diætetisk vejledning (n = 289). Tabellen viser det antal borgere, der er opstartet forløb, og henviste til diætist samt den procentvise andel i de enkelte diagnosegrupper, der har haft mindst én vejledning ved en diætist.

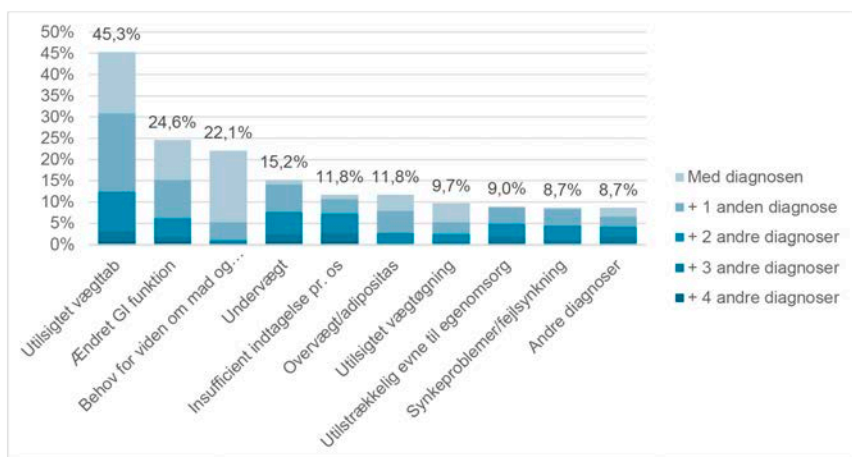
Diagnose	Antal opstartet rehabiliteringsforløb	Antal henvist til diætist	Andel i diagnosegruppen, der henvises til diætist
Bryst	245	65	26,5%
Fordøjelsesorganer	159	80	50,3%
Luftveje og respirationsorganer	107	27	25,2%
Lymfatisk væv	66	22	33,3%
Mundhule og svælg	62	31	50,0%
Mandlige kønsorganer	58	13	22,4%
Kvindelige kønsorganer	46	20	43,5%
Hjerne og centralnervesystem og øje	24	6	25,0%
Anden og dårligt specificeret kræft	24	1	4,2%
Urinveje	18	6	33,3%
Bloddannende væv	17	8	47,1%
Hud	12	5	41,7%
Mesotheliom og bindevæv	5	2	40,0%
Endokrine kirtler	4	3	75,0%
Ukendt	1		0,0%
I alt	848	289	

### Henvisning til diætist

I opgørelsen fra CKSK blev 289 borgere, svarende til 34 % af borgere med påbegyndt rehabiliteringsforløb henvist til en af centrets diætister. Typiske henvisningsårsager er utilsigtet vægttab, lavt BMI, påvirket GI funktion og/eller behov for viden om sunde kostvaner/restriktive diæter/kosttilskud ved kræftsygdom og behandling.

De hyppigste kræftdiagnoser hos disse borgere fremgår af tabel 1.

Henvisning til diætist udløser som minimum én personlig samtale mellem borger, diætist og evt. pårørende. Der foretages anamnese, hvor behandlings og bivirkninger, komorbiditet, kostmæssige problemer og behov, måltidskultur, ressourcer og øvrige relevante vilkår for aktuelt kostindtag søges afdækket. Ernæringsvurderingen danner grundlag for en eller flere ernæringsdiagnoser. Komplekse sygdomsforløb med flere ernæringsdiagnoser indebærer hyppigt et tæt samarbejde mellem sygeplejerske, diætist samt ergo- og fysioterapeuter. Ved psykosociale barrierer for kostindtag er der mulighed for samarbejde med socialrådgiver eller rådgiver fra Kræftens Bekæmpelse.



**Figur 3.** Hyppigste ernæringsdiagnoser for henviste til diætetisk vejledning og andel af borgere med flere samtidige ernæringsdiagnoser opgjort i procent, samt andelen af henviste borgere med flere samtidige ernæringsdiagnoser (n=289)

Se figur 3 for ernæringsdiagnoser for borgere henvist til diætist.

Som vist i figur 3 var den hyppigst forekommende ernæringsdiagnose "utilsigtet vægttab" (45 %). De største procentvise vægttab sås hos borgere med kræft i hals og mundhule, lunger og fordøjelsesorganer.

## Ernæringsrisiko

Alle borgere, der ved behovsafdækning screenes til at være i ernæringsrisiko i overensstemmelse med Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 tilbydes samtale med diætist, hvis de ikke følges af diætist på behandlende afdeling (5).

144 borgere (17 % af 848) blev henvist til diætist på baggrund af ernæringsrisiko svarende til score  $\geq 3$  NRS 2002 (5). Som vist i tabel 2 havde 19 % af borgerne tre eller fire af følgende ernæringsdiagnoser, som diætbehandlingen tog afsæt i: Utilstet væggtab, undervægt, insufficient kostindtag - hyppigt forværret af ændret GI-funktion og/eller synkeproblemer/fejlsynkning.

Undervægt blev beskrevet hos 15% af de borgere, der blev henvist til diætist. Undervægt dækker her over en samlet vurdering af borgerens almentilstand med afsæt i BMI  $< 20,5$  kg/m<sup>2</sup>, funktionstab, betydelig sygdomsbyrde, alder og polyfarmaci. 7 % havde BMI  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>.

Ved ernæringsrisiko rapporterer borgerne hyppigst følgende bivirkninger/senfølger til sygdom og behandling: Madlede og manglende appetit, smerter, træthed, smagsforandringer, synkebesvær/mundgener/mundtørhed, diarre og forstoppelse.

## Tværfaglige indsatser ved ernæringsrisiko

I kommunal rehabilitering er det oftest sygeplejerskens opgave at navigere i borgerens sygdoms- og behandlingsforløb og varetage samtaler om psykosociale udfordringer som ændrede familiemønstre, forandret identitet etc. Sygeplejersken er desuden bindeled til egen læge, behandlende afdeling og visitationen.

De fleste sygeplejersker i rehabiliterende enheder varetager enkle vejledninger i forhold til sufficient kostindtag og vurderer behov for supplerende ernæring via ernæringsdrikke, sondeernæring mv. Hvis ikke sygeplejerskens kompetencer kan dække borgerens vejledningsbehov, bør der henvises til diætist.

Diætister i kommunal rehabilitering kan desuden være nyttige samarbejdspartnere for regionalt ansat diætister i forhold til hverdagsnær opfølgning på diætbehandling og diætplan iværksat under indlæggelse.

I rehabilitering tilbydes ernæringsbehandling samtidig med individuelt tilpasset fysisk træning ved fysioterapeut og/eller træning på hold. Fysisk aktivitet dæmper inflammation, fremmer appetit og er en forudsætning for at øge muskelmasse og funktionsniveau (6). Mange beskriver desuden hvordan træningen på hold lindrer oplevelsen af social isolation ved svær sygdomsbelastning.

Ved dysfagi er ergoterapeutens indsatser essentielle og består bl.a. af genoptræning af synkefunktion, vurdering af konsistensniveauer, vejledning i spisestillinger, mundpleje, energiforvaltning, udførelse af hverdagsaktiviteter mv.

## Ernæringsproblemer ved kræftrehabilitering

Opgørelsen fra CKSK viser variationen af de ernæringsproblemer, der er hos borgere, der deltager i kræftrehabilitering.

17 af de 848 borgere, der deltog i rehabilitering, blev vejledt af diætist på baggrund af ernæringsrisiko. Af disse havde 60 % flere samtidige ernæringsdiagnoser (se tabel 2).

**Tabel 2.** Borgere i ernæringsrisiko (n=144) opgjort i forhold til antal samtidigt forekommende ernæringsdiagnoser.

	Ernæringsdiagnoser (utilstet væggtab, undervægt, insufficient indtag per os, ændret GI-funktion og synkeproblemer/fejlsynkning)				
	En	To	Tre	Fire	I alt
N	56	61	23	4	144
%	39%	42%	16%	3%	100%

Ernæringsrisiko med væggtab og/eller lavt BMI forekommer oftest samtidigt med andre problemstillinger i relation til livstruende sygdom og behandling, som hæmmer borgerens hverdags- og arbejdsliv. Der beskrives tab af uafhængighed, oplevelse af fiasko, hjælpeløshed, konflikter i familien om mad, social isolation og tanker om døden (7).

Hvis man først forholder sig til kræftpatienters ernæringsrisiko, når lavt BMI og dårlig almentilstand forhindrer behandling, kan skaden være uoprettelig og den ringe ernæringsstatus være selvstændig årsag til mortalitet (1). Der er derfor behov for ernæringsindsatser på alle stadier af kræftpatienters sygdomsforløb og for alle sundhedsfaglige kompetencer, hvis man skal i mål med rehabilitering af borgere i ernæringsrisiko (6,8).

## Perspektivering

Risiko for underernæring og undervægt progredierer over tid ved kræftsygdom og behandling (1). Der er derfor behov for rettidige, systematiske og koordinerede indsatser med ernæringscreening, ernæringsbehandling og rehabilitering kontinuerligt i patienternes kræftforløb. Indsatserne bør altid tilrettelægges i samarbejde med patient og pårørende med så høj grad af fleksibilitet som muligt.

Kræftrehabilitering ved ernæringsrisiko kan afhængigt af behov omfatte en kombination af individuelle vejledninger ved sygeplejerske og diætist, fysisk træning, ergoterapeutiske indsatser ved dysfagi og udfordringer i hverdagslivet, patientundervisning med praktiske øvelser og erfaringsudveksling mv. Desuden er det essentielt, at der etableres et systematisk samarbejde mellem det kommunale rehabiliteringstilbud, egen læge, hjemmesygepleje, hjemmepleje, behandlende afdeling og evt. palliativt afsnit.

Vores muligheder for at støtte borgerne og for at samarbejde på tværs af sektorer udvikles konstant med udfærdigelse af forløbsprogrammer, forbedringsprojekter og nationale kliniske retningslinjer, og dette gælder også ernæringsområdet. Det er vigtigt, at vi alle samarbejder, for når primær og sekundær sektor samarbejder om det samlede patientforløb, er der gode chancer for at komme i mål til gavn for borgerne.

## Faktaboks 1.

### Hvad tilbyder CKSK?

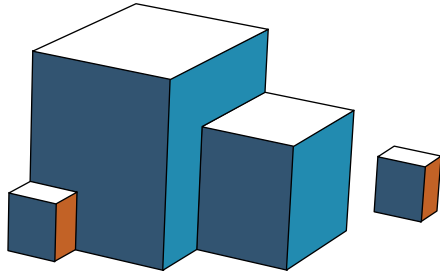
Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) er et samarbejde mellem Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse. Centret tilbyder rehabilitering til borgere, der har eller har haft kræft, samt rådgivning og støtte til alle, der er berørt af kræft.

Københavns Kommune tilbyder rehabilitering til alle københavnere diagnosticeret med kræft og henvist af behandlende afdeling eller praktiserende læge. Det kommunale tilbud omhandler samtaler med kontaktperson, fysisk aktivitet, patientundervisning, kostvejledning, individuelle vejledninger og instruktioner, foredrag, socialrådgivning og støtte ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Kræftens Bekæmpelse tilbyder rådgivning til patienter, pårørende og efterladte uanset bopælskommune. Det drejer sig om individuelle samtaler, parsamtaler, familiesamtaler, forskellige former for samtalegrupper og foredrag.

Det samlede tilbud i centret varetages af godt 40 medarbejdere: Kontaktpersoner (sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister), socialrådgivere, psykologer, psykoterapeut samt akademikere og administrativt personale.

Læs mere på [www.kraeft.kk.dk](http://www.kraeft.kk.dk)



## Case 1

74-årig kvinde (Vera) med dissemineret underlivskræft henvises på baggrund af madlede, nedsat kostindtag, smagsforandringer, utilsigtet væggtab på 15 % og BMI 24 kg/m<sup>2</sup>. Hun er træt, afkræftet og ulykkelig. Møder med ægtefælle Jørgen og datter Birgitte fra tidligere ægteskab. Vera har stået for det praktiske i hjemmet, herunder madlavning, samt været igangsætter af sociale aktiviteter. Hun oplever nu, at livet er gået i stå.

Jørgen vil gerne hjælpe alt det, han kan. Han laver mad hver dag, men har svært ved at tilberede andre retter end stegt kød med kartofler og sovs. Det er svært for Vera at være hjemme, når huset lugter af mad. Birgitte er stærkt bekymret og frustreret over Jørgens mangler i forhold til at hjælpe hendes mor med at spise tilstrækkeligt.

### Rehabiliteringsindsatser:

Diætbehandling, sygeplejerske samtaler samt fysisk træning på hold.

### Samtaler med diætist:

Vera får noteret ernæringsdiagnoserne: Utilsigtet væggtab og insuffICIENT kostindtag.

Vejledningen tager udgangspunkt i den ændrede rollefordeling i ægteskabet og forandringerne i måltidets betydning for samvær og nærvær. Parret vejledes i valg af enkle retter og næringsrige drikkevarer ved madlede og smagsforandringer med konkrete forslag til mad og tilberedningsmetoder, som Jørgen kan overskue.

### Samtaler med sygeplejerske:

Familien har samtaler med sygeplejerske om madens betydning ved svær sygdom og måltidet som konfliktzone. Der undersøges muligheder for andre fælles aktiviteter end måltider. Birgitte har individuelle samtaler med sygeplejerske for at få ro på sin bekymring for sin mor. Sygeplejerske kontakter hjemmepleje mhp. hjælp til måltider i hjemmet.

### Fysisk træning:

Deltagelse i fysisk træning på hold to gange pr. uge for borgere med nedsat funktionsniveau.

### Effekt:

- Vera formår at øge sit kostindtag, øge sin vægt med to kg. Beskriver forbedret livskvalitet og funktionsniveau og kan nu gå små ture og klare lettere rengøring i hjemmet
- Jørgen formår at støtte Vera i hverdagen med enkle måltider og fælles aktiviteter
- Parret kører ture til skov og strand, tager i sommerhus og genoptager fælles interesser
- Birgitte beskriver mere ro i forhold til bekymring for sin mor
- Veras sygdom forværres efterhånden og forløbet overgår til palliativt afsnit

### Referencer

1. Arends J, Bachmann P, Barracos V, et al. Espen Guidelines on nutrition in cancerpatients. Clin Nutr 2017; 36(1):11-48
2. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse; 2015
3. Hopkins BD, Marcus DG, Lewis CC. Obesity and cancer mechanisms: cancer metabolism. J Clin Oncol 2016; 34:4277-4283
4. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Mad, måltider og livskvalitet. Nyborg: Rehpa; 2019
5. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003; 22:415-21
6. Fearon KCH. Cancer cachexia: developing multimodal therapy for a multidimensional problem. Eur J Cancer 2008;44(8):1124-1132
7. Hopkinson JB. Psychosocial impact of cancer cachexia. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2014; 5:89-94
8. Maddocks M, Hopkinson J, Fearon KCH et al. Practical multimodal care for cancer cachexia. Curr Opin Support Palliat Care. 2016, 10(4):298-305

## Case 2

44-årig mand (Peter) henvises mhp. genoptræning af synkefunktion og rehabilitering efter kirurgisk behandling af tonsilcancer med resektion af begge tonsiller. Er i kurativ behandling med kombineret kemo- og stråleterapi.

Peter er for nyligt blevet skilt og er aktuelt ved at finde sig til rette i rollen som delefar til to børn i skolealderen. Han er sygemeldt fra krævendestilling med korte deadlines og stort personaleansvar. Har begrænset netværk i form af familie og venner.

Peter er i akut krise. Er smerteforpinet, har kvalme, smagsforandringer, smerter ved kostindtag og har vedvarende væggtab – ved henvisning 7 % og et BMI på 23 kg/m<sup>2</sup>. Han er udmattet, sover dårligt og magter ikke omsorg for sine børn. Dette forstærker hans ensomhedsfølelse og oplevelse af svigt primært over for børnene, men også over for hans arbejdsplads.

Kort tid efter henvisning indlægges Peter akut pga. dehydrering. Får anlagt ernæringssonde, der bremser væggtab. Han følges af diætist på behandlende afdeling, indtil strålebehandling er afsluttet, hvorefter sonden seponeres og diætbehandling overgår til kommunal rehabilitering. Peter har efter seponering af sonden vedvarende gener med træthed, massiv mundtørhed og smagsforandringer.

### Rehabiliteringsindsatser:

Diætbehandling, samtaler med ergoterapeut, sygeplejerskesamtaler, fysisk træning på hold samt coaching ved socialrådgiver.

### Samtaler med diætist:

Peter har flere samtaler med diætist - først om overgang fra sondeernæring til kost med modificeret konsistens, senere om enkle retter til småbørnsfamilier justeret i forhold til konsistens og smag. Peter får noteret ernæringsdiagnoserne: utilsigtet væggtab, insuffICIENT kostindtag, synkebesvær.

### Vejledning ved ergoterapeut:

Peter instrueres i øvelser målrettet synkefunktion og vejledes i mundpleje.

### Samtaler med sygeplejerske:

Fokus er i første omgang på familieliv i forhold til børn, siden om udfordringer i forhold til intimitet som single med forandret body image og identitet.

### Fysisk træning:

Deltagelse i funktionel træning på hold to gange om ugen i fire mdr.

### Samtaler med socialrådgiver:

Coaching ved socialrådgiver med henblik på gradvis genoptagelse af jobfunktion og grænsesætning i forhold til arbejdspress.

### Effekt:

- Peters rehabiliteringsforløb afsluttes efter knapt et år - er tilbage på arbejde på nedsat tid
- Hans vægt er stabiliseret, og han har genvundet sin fysiske styrke. Har forsat lidt gener med mundtørhed, men kan spise det meste, fraset hele kødstykker og retter med meget salt, stærke krydderier og/eller meget syre
- Har fået god rytme på hjemmefronten i forhold til indkøb og madlavning, hvor børnene er begyndt at hjælpe lidt til
- Savner en kæreste, men har en forventning om, at det nok skal komme
- Spiller fodbold i parken og cykeltræner de uger, han ikke har sine børn