

Evaluering af ernæringsvejledning i kommunal kræftrehabilitering

Af: Vibeke Sode klinisk diætist, cand. scient. klinisk ernæring; Stine Kjær, klinisk diætist; Emma Mejlvang, klinisk diætist; Sine Rossen, specialkonsulent, Center for Kræft og Sundhed København

Kontakt: A43N@kk.dk

Kommunal rehabilitering er forankret i det danske sundhedsvæsen, men hvordan kan man undersøge kvaliteten? Vi mangler generel viden om hvilke indikatorer, der er brugbare til at evaluere effekten af tilbudte indsatser, når borgere rammes af omfattende og måske progredierende funktionstab. Enkle indikatorer kan sjældent rumme den store variation og kompleksitet af fysiske og mentale udfordringer, sociale vilkår og netværk. Ved komplekse udfordringer er det nødvendigt at medtænke de individuelle variationer, der kan være afgørende for behovet for tilpassede konkrete indsatser, og som kan være forudsætning for målbar effekt af rehabilitering (1).

Som diætister arbejder vi ofte som en mindre faggruppe i større fagfællesskaber med stor variation i patientgrupper, arbejdsvilkår og praksis. Det kan være vanskeligt at evaluere og synliggøre det monofaglige arbejde i tværfaglige rehabiliteringsforløb, og det er ikke altid enkelt at overføre erfaringer fra diætetisk praksis mellem de forskellige kommunale tilbud.

Det er nødvendigt, at man som faggruppe øver sig i at forholde sig systematisk og kritisk til kvaliteten af sit monofaglige arbejde, så man vedvarende kan øge kvaliteten samt synliggøre og konsolidere de tilbudte indsatser ved rehabilitering.

Center for kræft og sundhed (CKSK)

Københavns Kommune tilbyder rehabilitering til alle københavnere diagnosticeret med kræft, som er henvist af behandlende kræftafdeling eller praktiserende læge. De fleste borgere henvises i starten af deres kræftforløb og følges under deres behandling. En mindre andel henvises på baggrund af senfølger eller i den sene palliativ fase. De fleste forløb foregår

ved fysisk fremmøde suppleret med opfølgninger per telefon eller video. Der er kun i sjældne tilfælde mulighed for hjemmebesøg.

Alle henviste borgere tildeles en kontaktperson, der fungerer som tovholder og sparringspartner for borgerne i deres forløb. Kontaktpersonen har en sundhedsfaglig baggrund som fysioterapeut, sygeplejerske, ergoterapeut eller diætist. Alle forløb indledes med en afklarende samtale med borger og eventuelle pårørende, hvor der blandt andet, med afsæt i Patient Rapporterede Oplysninger (PRO), lægges en plan for forløbet og borgeren tildeles relevante indsatser. Afhængigt af behov og forløbslængde tilbydes der en eller flere opfølgende samtaler undervejs.

Alle borgere spørges til ernæringsstatus som en del af PRO med spørgsmålene:

- *Har din kræftsygdom medført, at du spiser og drikker anderledes end du plejer? Hvis ja, hvordan?*
- *Har din vægt ændret sig i forbindelse med din kræftsygdom?*
- *Oplysning om aktuel højde/vægt samt vægtudvikling*

Ifølge centrets retningslinjer skal kontaktpersonen tilbyde borgeren samtale med en diætist ved oplysning om klinisk relevant vægttab, vedvarende insufficient kostindtag og/eller væsentlige udfordringer i forhold til synkefunktion og/eller fordøjelse (2). Udover individuel vejledning indgår kost og ernæring i flere tværfaglige patientundervisningstilbud, herunder praktisk madlavning og gruppebaseret undervisning.

Evaluering af diætetiske indsatser

Vi har tidligere i 2014 og 2018 indsamlet data for at belyse vores arbejde med antal af vejledte borgere fordelt i forhold til patientgrupper, ernæringsdiagnoser og ernæringsbegrænsende faktorer (3,4).

I efteråret 2024 stod vi i en situation med gamle data i en ny struktur med en næsten fordobling af antallet af henviste borgere til centret siden 2018, ny ledelsesgruppe og nye kollegaer. Samtidig havde Region Hovedstaden optimeret deres diætetiske tilbud, og vi så ind i en kommende sundhedsreform, der med stor sandsynlighed kommer til at påvirke os alle. Vi mente på den baggrund, at det var tid til at undersøge vores praksis.

Derfor planlagde vi i diætistgruppen i CKSK at undersøge indholdet af og borgernes oplevede kvalitet af individuelle patientvejledninger som del af den kommunale kræftrehabilitering - med en prospektiv registrering af alle samtaler i foråret 2025.

- Hvilke patientkategorier tilbydes vejledning ved diætist?
- Hvilke ernæringsdiagnoser møder borgerne med?
- Hvilket udbytte oplever borgerne, at de får af vejledningen?

Beskrivelse af dataindsamlingen:

Data blev indsamlet i perioden januar-juli 2025 for borgere, der mødte til vejledning ved diætist. Kræftdiagnose, ernæringsdiagnoser, komorbiditet, eventuelle ernæringsbegrænsende faktorer samt mål for vejledning blev registreret.

Alle borgere blev ved den sidste planlagte samtale med diætist spurgt, om de ville deltage i et telefoninterview cirka en måned efter afsluttet diætetisk forløb. Ved interviewet blev der spurgt til oplevet vigtighed og udbytte rangeret på en skala suppleret med et åbent spørgsmål om brugeroplevelse. Formuleringen af spørgsmålene er inspireret af de brugerundersøgelser, som foretages løbende af Københavns Kommune for hele centrets tværfaglige rehabiliteringsindsats.

1. *"I hvilken grad fik du vejledning fra diætisten til det, der var vigtigt for dig?"*
2. *"I hvilken grad kunne du bruge den viden, du fik i samtalen/samtalerne med diætisten i din hverdag?"*
3. *"I aftalte, at du ville.....hvordan går det med det? Er aftalen stadig relevant for dig?"*

Tabel 1. Kræftdiagnose og antal afsluttede rehabiliteringsforløb i CKSK i 2025.

Diagnosegruppering	Antal afsluttede rehabiliteringsforløb	Andel i diagnosegruppen med mindst én diætetisk vejledning
Bryst	323	25%
Fordøjelsesorganer	197	40%
Luftveje og respirationsorganer	139	19%
Mandlige kønsorganer	95	19%
Lymfatisk væv	76	17%
Hoved og hals	64	23%
Kvindelige kønsorganer	61	41%
Urinveje	31	32%
Andet	152	21%
I alt	1138	26%

Diagnoser er inddelt i forhold til den Internationale Sygdomsklassifikation (ICD-10).

Vi så også på data for centrets afsluttede patientforløb i 2025, med henblik på at opgøre hvor stor en andel inden for hver kræftdiagnosegruppe, der blev vejledt af en diætist som en del af deres rehabiliteringsforløb.

Afsluttede borgere i 2025

I 2025 blev 26 % af alle afsluttede borgere (n=375) vejledt af diætist som del af deres rehabiliteringsforløb (Tabel 1). Den procentvise andel i forhold til kræftdiagnose er nogenlunde uforandret i forhold til tidligere opgørelser fraset antallet af borgere med kræft i hals og mundhule, som er reduceret væsentligt (2018:50 %; 2025:23 %) (3,4).

Patientkarakteristika

I perioden januar-juli 2025 mødte 194 borgere til individuel diætvejledning. Køns- og aldersfordeling er i nogenlunde overensstemmelse med den generelle fordeling for centrets brugere med en overvægt af kvinder på knap 70 % og over halvdelen var > 60 år. Hos 40 % var der registreret minimum én ernæringsrelevant komorbiditet, hyppigst hjertesygdom og diabetes. 17 % havde beskrevet multisygdom med minimum tre samtidige diagnoser. Der var kun ganske få borgere, der blev ernæret med sonde og/eller parenteral ernæring.

Ernæringsdiagnoser

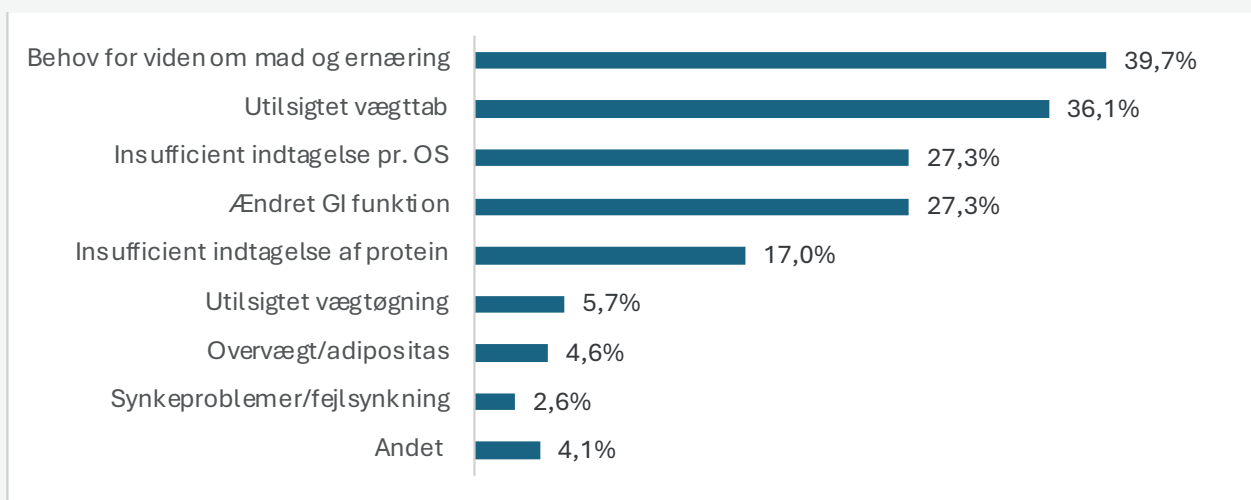
Borgere, der deltager i kommunal kræftrehabilitering, møder med en bred vifte af ernæringsdiagnoser afhængigt af lokalisation og progression af kræftsygdom, komorbiditet og øvrige vilkår.

Utilsigtet vægttab samt insufficient kostindtag er hyppigt forekommende ved alle kræftsygdomme afhængigt af behandling og sygdomsprogression. Fordele ved stabilisering af vægt og bevarelse af muskelmasse under kræftbehandling er velbeskrevet og derfor har de diætetiske indsatser målrettet utilstigtet vægttab altid været højt prioriteret i CKSK (5).

De to hyppigst registrerede ernæringsdiagnoser var "behov for viden om mad og ernæring" og "utilstigtet vægttab" (Figur 1). Halvdelen af alle borgere havde kun en enkelt ernæringsdiagnose.

Ved ernæringsrisiko var appetitløshed, træthed, smagsforandringer, tidlig mæthed og kvalme de hyppigst forekommende ernæringsbegrænsende faktorer.

Omtrent en tredjedel af alle borgere blev bl.a. henvist mhp. vejledning i sunde kostvaner, forebyggelse af vægtøgning, samt sufficient indtag af protein og havde ingen rapporterede ernæringsbegrænsende faktorer.



Figur 1. Procentfordeling af ernæringsdiagnoser for 194 borgere fremmødt til individuel diætvejledning i perioden januar-juli 2025. Hver borger kan have flere samtidige ernæringsdiagnoser.

Der er øget viden og opmærksomhed om sammenhængen mellem vægtøgning og sundhedsvaner og risiko for recidiv ved flere kræftformer, især brystkræft (6,7). 20 % af borgere mødte udelukkende med ernæringsproblemet "Behov for viden om mad og ernæring" uden samtidige eller med få ernæringsbegrænsende faktorer. De primære temaer for vejledningen var sundhedsfremme med henblik på alment sunde kostvaner, forebyggelse af vægtøgning, komorbiditet og angst for recidiv.

Ændret GI-funktion er hyppigt forekommende hos patienter med kræft i fordøjelseskanalen og hos kvinder med kræft i underlivet ofte på grund af mekaniske forandringer efter operation og/eller strålebehandling. Mange af de mere komplekse problemstillinger ved kræft i fordøjelseskanalen varetages nu i langt højere grad end tidligere af diætisterne i Region Hovedstaden

Borgernes udbytte af vejledning

Vi måtte desværre afbryde evalueringen med telefonopkald til borgerne før tid pga. langvarig sygemelding i diætistgruppen. Derudover kunne vi af forskellige årsager ikke få kontakt til 60 borgere. Vi endte med at kontakte 79 (41 %) ud af 194 borgere.

68 % af respondenterne beskrev "høj" og "i meget høj grad" tilfredshed til alle spørgsmål med ny brugbar viden, mindsket usikkerhed med konkrete og nuancerede råd og høj grad af overførbare til hverdagen .

14 % svarede, at de "i nogen grad" fik hjælp til det, der var vigtigt, og at de "i nogen grad" kunne anvende rådgivning

i hverdagen. Ud fra de noterede udsagn kunne vi se, at fire borgere havde stor viden i forvejen, to borgere savnede en mere konkret plan for hhv. støtte til vægttab og ernæring ved styrketræning, andre to savnede flere alternativer til animalske proteinkilder. Én fik ikke lindring af kroniske GI-gener, og én havde i udgangspunktet slet ikke behov for vejledning.

14 % svarede "ved ikke", "i ringe grad" eller "slet ikke" til evalueringsspørgsmålene. To af disse respondenter oplevede vejledning for generisk; to havde ikke behov for vejledning; en kunne ikke huske samtalen; og en oplevede uændrede GI-gener og er efterfølgende henvist til senfølgeklinik.

Se desuden eksempler på borgerens svar til et åbent spørgsmål om oplevelsen af diætisbehandling i Figur 2.

Evaluering og kvalitetsforbedring: Tilbyd altid opfølgning!

Vores resultater gav os anledning til en kritisk evaluering og fokus på et kvalitetsløft af både vores fællesfaglige arbejde som kontaktpersoner og af vores monofaglige diætetiske praksis. Som en del af dette gennemførte vi i starten af 2026 en fællesfaglig undervisning, hvor vi delte vores resultater med ledelsen og de af vores kollegaer, der fungerer som kontaktpersoner.

Overordnet viser data, at der er sket en lille forandring i tilde-ling af vejledning ved diætist med en lidt mindre vægtning af utilsigtet vægttab og en højere andel, hvor vejledning er målrettet sunde kostvaner. Vi kunne også se, at ikke alle borgere havde fået afstemt deres forventning til vejledningen ved tildeling af indsatsen.

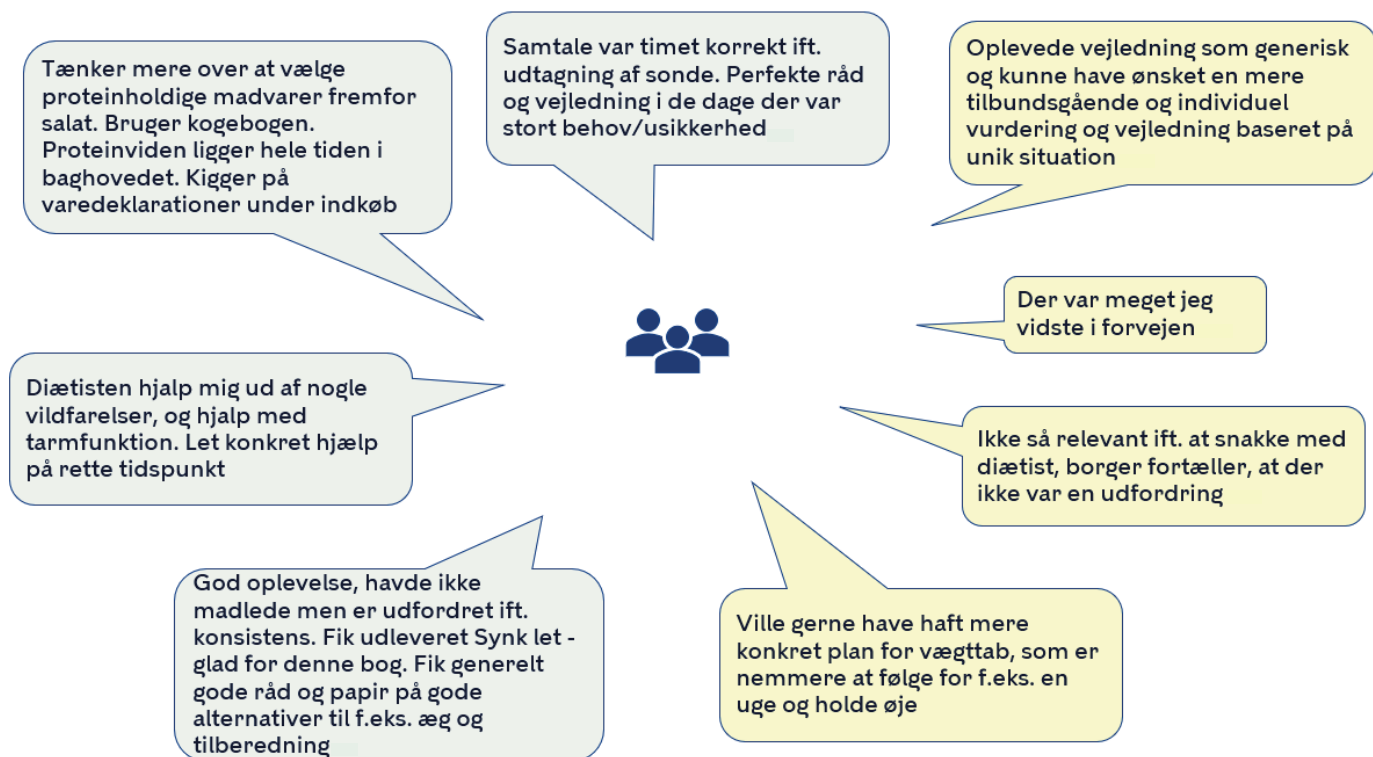
På den baggrund aftalte vi, at der fremadrettet bør rettes fornyet opmærksomhed på de borgere, der henvises til CKSK, men som er for afkræftede, eller som ikke ønsker at møde ind til indledende samtale, og som måske derfor ikke får tilbud om eksempelvis diætetisk vejledning trods behov. Dette kan dreje sig om ældre, alment svækkede borgere, patienter med multisygdom eller andre borgere med flere konkurrerende udfordringer. Vi skal som kontaktpersoner sikre systematisk afgrænset behovsafdækning ved de første telefoniske kontakter uden PRO - også selvom borgere ikke magter at deltage i et fuldt rehabiliteringsprogram. Ved tilde-ling af indsatser skal der altid sikres forventningsafstemning.

Helt overordnet blev de enkelte borgerudsagn anvendt til gode faglige snakke og sparring i diætistgruppen. Vi er blevet opmærksomme på altid at tilbyde minimum en opfølgende vejledning pr. telefon, så vi sikrer, at borgeren har forstået og kan gøre brug af vejledningen. Endelig anvender vi i højere

Diætistens reflektion:

"Det, jeg særligt tager med videre, er, at jeg efter vores evaluering nu konsekvent spørger ind til, om borgerne har fået det med fra samtalen, som de ønskede, og om planen er realistisk/overførbare til deres hverdag, eller om de har behov for noget andet. f.eks. en mere konkret plan". (Diætist)

"Jeg synes, at jeg efter min tid på hospital og mit skift hertil er blevet mere opmærksom på det hele menneske. Herunder vigtigheden af at spørge nysgerrigt ind til borgernes udfordringer og deres behov ift ernæring, og hvordan vi i fællesskab kommer i mål / når målet". (Diætist)



Figur 2. Eksempler på svar der blev givet til det åbne spørgsmål omkring oplevelse af diættejledningen CKSK.

grad end før kostberegninger i VITAKOST og tilbyder vejledende kostplaner, som borgerne kan støtte sig til i hjemmet ved behov. Vi har desuden planlagt en monofaglig temadag, hvor vi blandt andet vil drøfte kvaliteten af vores indsatser.

Perspektivering

Det kan føles grænseoverskridende og sårbart at forholde sig til sin egen faglighed. Når vi undersøger data, kan vi korrigere "det vi plejer at gøre" og validere forestillinger og narrativer. Og når vi spørger borgerne om deres udbytte af vores indsats, så kan vi få øje på vores blinde pletter i vores

vejledninger og bruge disse som udgangspunkt for gensidig faglig sparring og derigennem øge kvaliteten af praksis.

Hvis vi ikke har data, hvor vi kan dokumentere betydningen af vores arbejde, så risikerer vi, at vores indsatser ikke prioriteres i kommende reformer. Det er derfor vores håb, at vi ved at dele resultaterne fra vores lokale projekt kan inspirere kollegaer i andre sammenhænge til at undersøge egen praksis og formidle deres resultater. Måske vi i fællesskab kan finde effektmål og indikatorer, der opleves som meningsfulde for borgere og patienter, og som kan medvirke til at konsolidere vores praksis.

Referencer

1. Maribo T, Thuesen J, Nielsen CV, et al. Human functioning - Funktionsevne som fælles pejlemærke og indikator. Rehabiliteringsforum Danmark. 2022.
2. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder. Sundhedsstyrelsen. 2024.
3. Sode V. Diætetiske indsatser i kommunal kræftrehabilitering. Diætisten. 2016;141:8-10.
4. Sode V, Møller B, Vibe-Petersen J. Ernæring - et tværfagligt indsatsområde. Diætisten. 2022;175:24-27.
5. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36:11-48.
6. Castro-Espin C, Bonet C, Crous-Bou M, et al. Dietary patterns related to biological mechanisms and survival after breast cancer diagnosis: results from a cohort study. Br J Cancer. 2023;128:1301-1310.
7. Bonet C, Crous-Bou M, Tsilidis KK, et al. The association between body fatness and mortality among breast cancer survivors: results from a prospective cohort study. Eur J Epidemiol. 2023;38:545-557.