

ERNÆRINGS ROLLE I KRÆFTBEHANDLING

EN UNDERSØGELSE AF LEDENDE KRÆFTLÆGERS
HOLDNING OG PRAKSIS

MEDICINSKE TIDSSKRIFTER

APRIL 2024



Ernærings rolle i kræftbehandling

© Medicinske Tidsskrifter, april 2024

Udgiver:

Medicinske Tidsskrifter

Schæffergården

Jægersborg Alle 166

2820 Gentofte

CVR: 37 21 28 22

medicinsketidsskrifter.dk

Rapporten er udarbejdet for Medicinske Tidsskrifter af:

Thomas Telving, Telving & Co ApS

Rapporten bygger på en webbaseret spørgeskemaundersøgelse samt kvalitative telefoninterviews udført blandt ledende kræftlæger i Danmark.

Indhold

1.	Forord	4
2.	Vigtigste resultater.....	5
3.	Metode og dataindsamling	6
3.1	Kvantitativ dataindsamling	6
3.2	Kvalitative data	6
4.	Analyse	7
4.1	Data om respondenterne	7
4.2	Risiko for samt udbredelse af underernæring	9
4.3	Fokus på ernæring i behandlingen.....	11
4.4	Metoder: Screening, uddannelse og tværfaglighed	13
4.5	Tilstrækkelighed i indsatsen	15
4.6	Barrierer for bedre forebyggelse af underernæring.....	16
4.7	Ernæringsbehandling i hjemmet	19
4.8	Ansvar og roller i ernæringsindsatsen.....	20
4.9	Udskydelse af behandling	22

1. Forord

I de senere år er der kommet øget fokus på lidt af et stedbarn i kræftbehandlingen, nemlig ernæring. Da Medicinske Tidsskrifter i 2017 gennemførte en undersøgelse blandt kræftlæger om ernæring, var erkendelsen af vigtigheden i allerhøjeste grad til stede. Men vi fik ofte det svar, at der ikke var resurser til det. Ansvar blev skubbet opad - det er en ledelsesmæssig beslutning at sikre prioriteringen, lød det. I dag har vi valgt at gennemføre en ny undersøgelse blandt cheflæger og ledende overlæger for at få indsigt i, hvad status er: Hvor vigtigt anser ledelsen ernæring for at være i forbindelse med kræftbehandlingen? Hvad gøres der for at imødegå underernæring? Og hvis det ikke prioriteres højt nok, hvad er så årsagen?

I denne rapport bliver det slået fast med stor tydelighed, at ernæring også er på vej ind i varmen hos ledelsen. 74 procent af respondenterne svarer, at ernæring fylder *meget* eller *noget* i behandlingen af kræftpatienter. Alligevel rejser rapporten også nye spørgsmål. 61 procent mener ganske vist, at de gør tilstrækkeligt på ernæringsfronten, men hele 28 procent mener kun, at de *i nogen grad* eller *i lav grad* gør tilstrækkeligt. En restgruppe på 11 procent anser spørgsmålet for irrelevant, formentlig på grund af deres område.

Et oplagt spørgsmål bliver dermed, hvad vi gør nu, når bevidstheden om, hvor vigtigt ernæring er for kræftbehandling, tilsyneladende er til stede, men at der stadig er åbenlys plads til forbedring? Nærværende rapport giver ikke hele svaret, men den rummer flere bud på problemets årsag samt på, hvad der står i vejen for at forløse potentialet i bedre ernæring af kræftpatienter.

På de følgende sider præsenterer vi svar på spørgsmål om ernæring og kræftbehandling fra 21 kræftlæger med ledelsesansvar fra hele landet. De spørgeskemabaserede svar er suppleret med kvalitative interviews, hvor vi har bedt en række af respondenterne sætte flere ord på deres syn på emnet. Vi håber, at det billede, undersøgelsen tegner, kan bruges til at inspirere til en forbedret ernæringsindsats for kræftpatienter i Danmark og dermed bidrage til bedre patientforløb og øget livskvalitet.

Kristian Lund
Adm. direktør, chefredaktør
Medicinske Tidsskrifter

2. Vigtigste resultater

Nedenfor opridses nogle af de vigtigste resultater fra den spørgeskemabaserede undersøgelse blandt 21 ledende kræftlæger, som nærværende rapport blandt andet bygger på.

- 55 procent svarer, at kræftpatienter *i høj grad* eller *i meget høj grad* er i særlig risiko for underernæring (Sammenlignet med andre patientgrupper). (Fig. 3 side 9)
- 39 procent erklærer sig *enig* eller *overvejende enig* i, at "Underernæring er meget udbredt blandt de kræftpatienter, vi behandler". (Fig. 4 side 9)
- 74 procent svarer, at ernæring fylder *meget* eller *noget* i behandlingen af kræftpatienter. 26 procent svarer, at det fylder *lidt*. (Fig. 5 side 11)
- Den mest udbredte tilgang til ernæringsproblematikken er at henvise til en diætist. 78 procent af de adspurgte praktiserer dette. (Fig. 6 side 13)
- 61 procent af de adspurgte mener, at man enten *i høj grad* eller *i meget høj grad* gør tilstrækkeligt for at undgå underernæring blandt kræftpatienter på deres afdeling. (Fig. 7 side 15)
- Manglende tid, resurser og kompetencer er de mest udbredte hindringer for at gøre mere for at forebygge underernæring af kræftpatienter. Hver anden respondent peger på alle tre hindringer. (Fig. 8 side 16)
- 76 procent mener, at det i praksis er lægen, der har ansvaret for den enkelte patients ernæringstilstand. Mange mener dog, at ansvaret i højere grad bør fordeles ud på sygeplejersker, diætister og patienten selv. (Fig. 10 side 20)
- 77 procent mener, at onkologerne bør spille en mere aktiv rolle i forhold til ernæringsindsatsen overfor kræftpatienter. (Fig. 11 side 20)
- 47 procent oplever *af og til* at måtte udskyde behandlinger på grund af patientens ernæringstilstand. (Fig. 12 side 22)

3. Metode og dataindsamling

3.1 KVANTITATIV DATAINDSAMLING

21 respondenter deltog anonymt i en onlinebaseret spørgeskemaundersøgelse. Heraf fuldførte 19 respondenter hele spørgeskemaet, mens to har sprunget enkelte spørgsmål over. Skemaet blev distribueret individuelt på e-mail til 35 cheflæger og ledende overlæger på kræftområdet i hospitalsvæsenet. Heraf blev der fulgt op på telefon til 10.

I spørgeskemaet er der anvendt forskellige spørgeteknikker. Den fremherskende er ordinale skalaer, hvor respondenterne har valgt deres svar fra en række kategorier, der f.eks. spænder fra *I meget høj grad* til *Slet ikke*. Der er desuden benyttet mere kvalitative spørgsmål, hvor respondenterne f.eks. er blevet bedt om at angive, hvad de gør for at hjælpe patienterne til den rette ernæring samt hvilke barrierer, der er for at nå i mål med en god ernæringstilstand. En tredjedel af de udfyldte spørgeskemaer er fulgt op af telefoniske interviews med afklarende og uddybende spørgsmål.

3.2 KVALITATIVE DATA

Interview

Der er gennemført syv opfølgende kvalitative telefoninterview af 10-30 minutters varighed. Interviewene var struktureret efter den kvantitative spørgeramme for at tjene som ekstra input til svarene i denne. De uddybende svar indgår som baggrundsviden i rapporten og som eksemplificering og uddybning af de kvantitative besvarelser. De interviewede er lovet anonymitet i undersøgelsen.

Respondenter

Vi har tilstræbt en bred repræsentation både geografisk og ud fra behandlingsområde. Sidstnævnte er lykkedes til fulde, mens der er en vis geografisk skævhed udtrykt i en overrepræsentation af læger fra Region Nordjylland samt en vis underrepræsentation af læger fra Region Hovedstaden. Vi har ikke kunnet spore geografisk bias i svarene.

Formål

Der kan være ganske store afvigelser i både patientprofiler og behandlingsbivirkninger for forskellige kræftformer. Derfor er spørgsmålet om underernæring ikke lige relevant hos alle. F.eks. er det ofte mindre relevant på brystkræftområdet, mens det er højrelevant inden for tarmkræft, kræft i hoved og hals samt lungekræft.

En del af formålet med de kvalitative interviews har været at få flere ord på afvigelser som disse for at sikre, at de kvantitative svar påhæftes eventuelle relevante forbehold. Et andet har været simpelthen at få flere ord på de overvejelser, der ledelsesmæssigt gøres på området. Herunder hvad der skal til for at løfte området og hvorfor det trods en generelt stor bevidsthed om betydningen først i de senere år er begyndt at blive prioriteret mere.

4. Analyse

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra den kvantitative måling suppleret af indsigter fra de kvalitative interviews. Afsnittet er opdelt i ni undertemaer.

4.1 DATA OM RESPONDENTERNE

Regioner

Respondenterne dækker, som det fremgår af figur 1, alle regioner, men dog med en vis skævhed idet hver fjerde besvarelse kommer fra Region Nordjylland, som er den mindste region. Tilsvarende er knap hver femte respondent fra Region Hovedstaden, som er den største region. Disse afvigelser vurderes dog mest af alt at skyldes tilfældigheder, ligesom de ikke vurderes at have givet bias i besvarelsene.

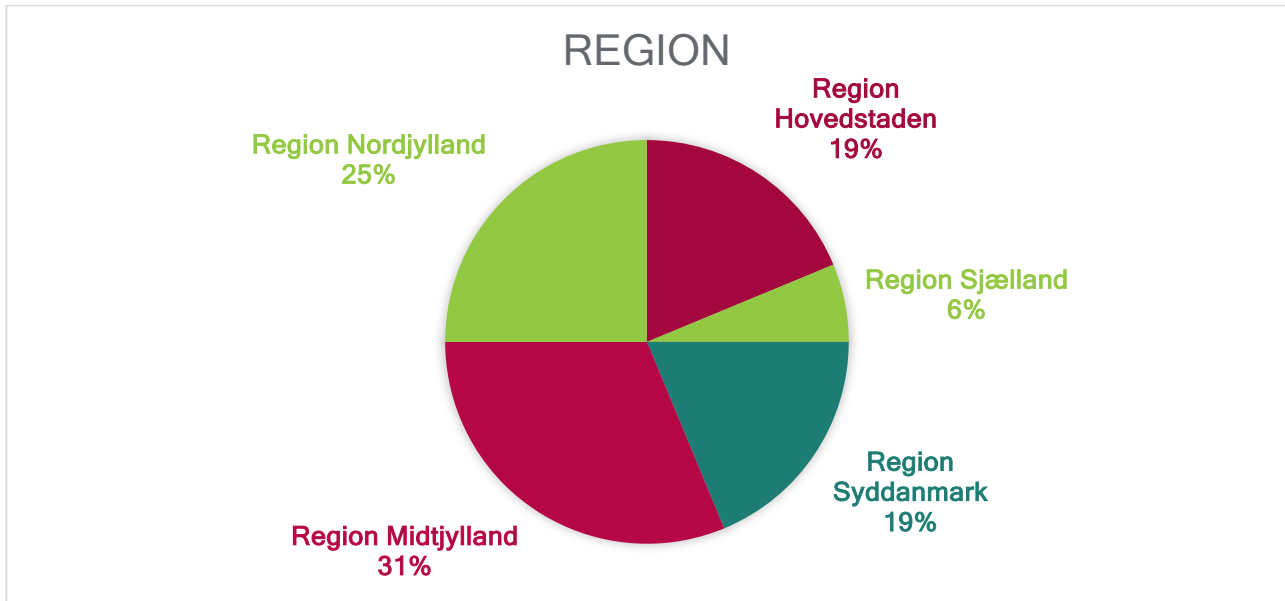
Kræftformer

Når det kommer til kræftformer er undersøgelsen, som vist i figur 2, dækkende for alle de hyppigst forekommende kræftformer i Danmark.

Læger

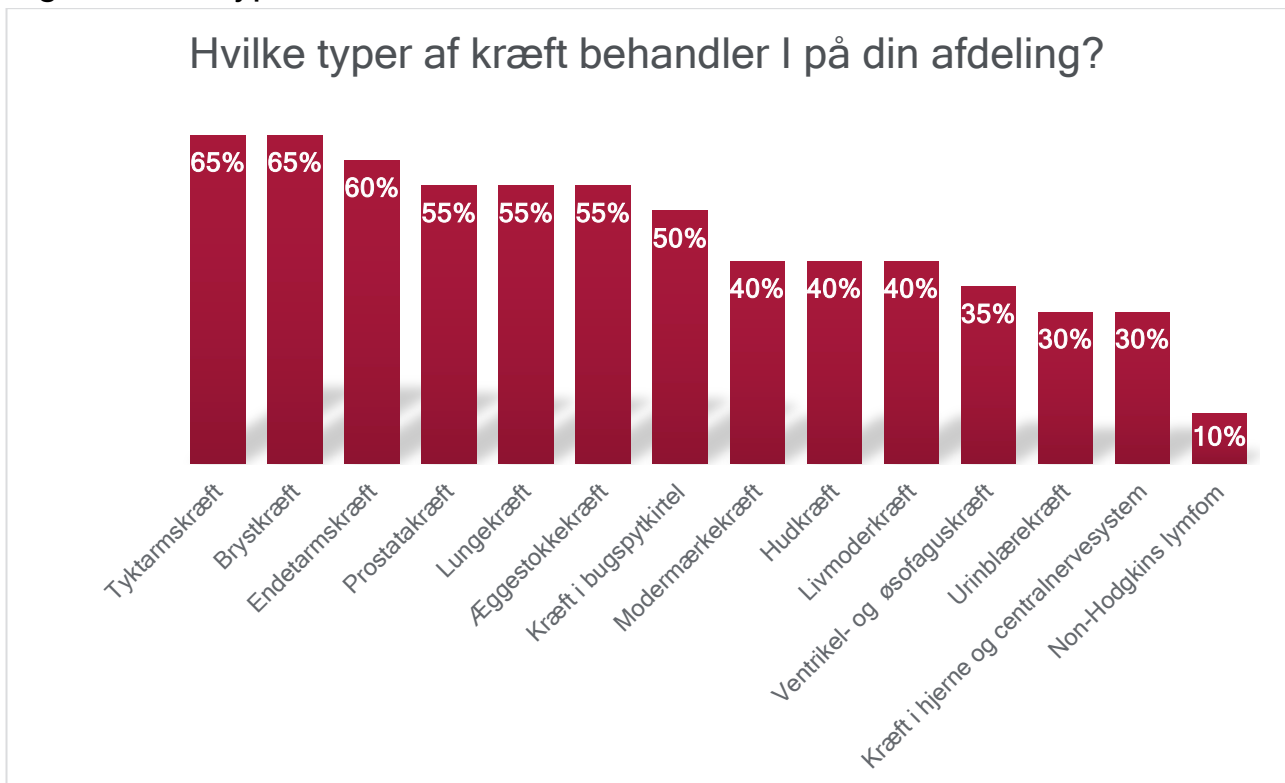
Alle respondenter i den kvantitative måling er enten ledende overlæger eller cheflæger. En enkelt af de læger, vi har interviewet per telefon, er uden ledelsesansvar og deltog, fordi hun var stedets ekspert på området.

Fig. 1 - Region



Figur 1 viser, at næsten hver tredje respondent kommer fra Region Midtjylland, som dermed er den mest repræsenterede. Dernæst kommer Region Nordjylland med 25 procent efterfulgt henholdsvis Region Syddanmark og Region Hovedstaden med 19 procent og Region Sjælland, som er repræsenteret med 6 procent.

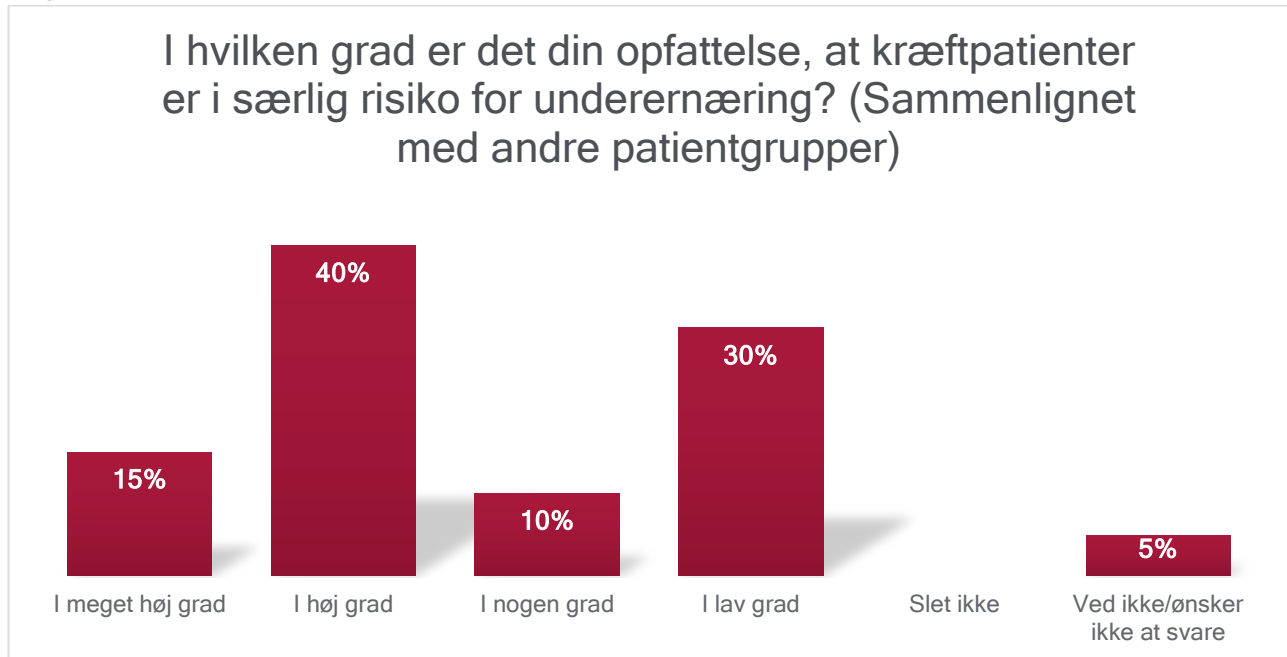
Fig. 2 - Kræfttyper



Figur 2 viser, at respondenterne dækker de hyppigste kræftformer i Danmark. I tillæg til de mulige svarkategorier var der en andet-kategori, hvor to respondenter nævnte hhv. analcancer samt kutant T-cellelymfom.

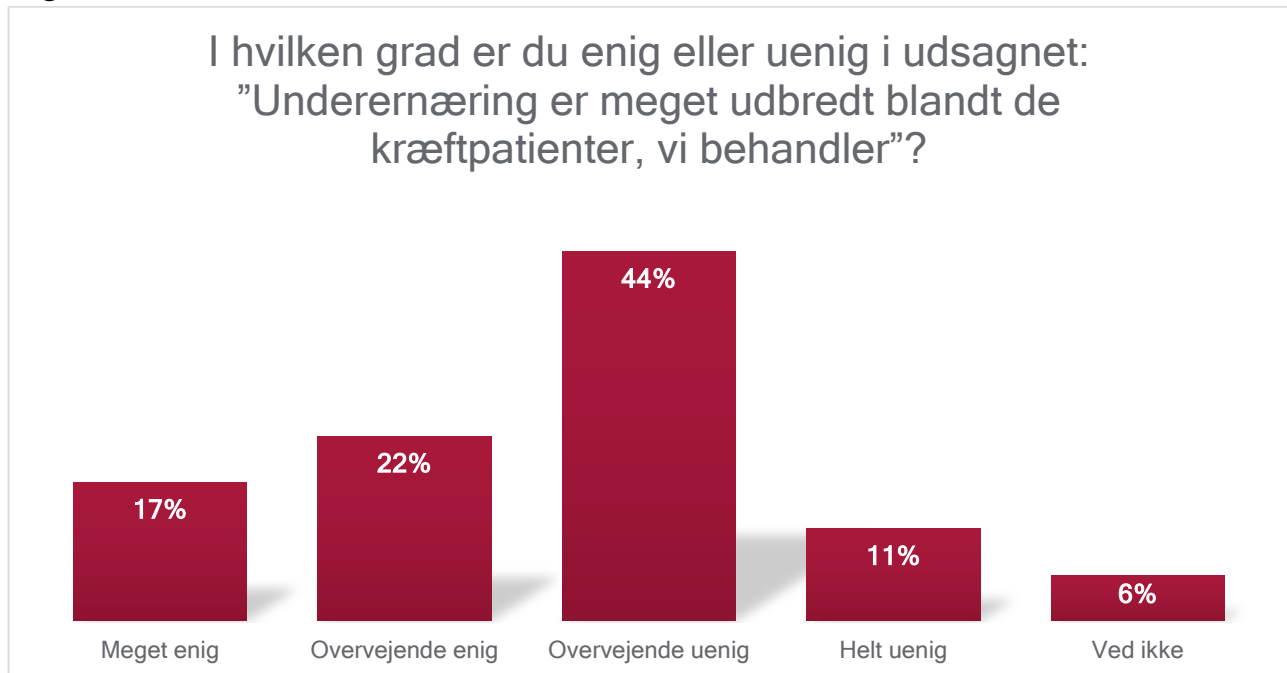
4.2 RISIKO FOR SAMT UDBREDELSE AF UNDERERNÆRING

Fig. 3 - Risiko



Figur 3 viser, at 65 procent af respondenterne i meget høj grad, i høj grad eller i nogen grad opfatter kræftpatienter som værende i særlig risiko for underernæring. Ved filtrering på kræftformer fremgår det af data, at risikoen er tæt forbundet med kræftform. F.eks. er brystkræftpatienter typisk kun i ringe grad i risiko for underernæring.

Fig. 4 - Udbredelse



Figur 5 viser, at samlet set 39 procent af respondenterne erklærer sig meget enig eller overvejende enig i, at underernæring er meget udbredt blandt de kræftpatienter, de behandler. 55 procent erklærer sig overvejende uenige eller helt uenige i udsagnet.

Kræftformen spiller ind

Der er, som det fremgår af figur 3, en overvejende opfattelse af, at kræftpatienter er i særlig risiko for underernæring. Det er vigtigt at bemærke, at besvarelserne er påvirket af, hvilket kræftområde, den pågældende respondent især beskæftiger sig med. Filtreres data på kræftformer, fremgår det bl.a. at brystkræftområdet kun i ringe grad er genstand for problemer med underernæring, mens patienter inden for tarmkræft og lungekræft i høj grad er påvirkede. Underernæring fylder, som en respondent skriver i fritekst, "blandt særlige grupper og blandt de sygeste."

Som det fremgår af figur 4, er godt hver fjerde respondent *meget enig* eller *overvejende enig*, at underernæring er meget udbredt. Samme forbehold som i figur 3 gør sig gældende her.

Bivirkninger påvirker ernæringstilstanden

Endnu et relevant forhold er, at det ikke er sygdommen alene, der definerer risikoen. Mange af behandlingerne giver udfordringer i sig selv, fordi de kan medføre madlede, kvalme og opkast som bivirkninger.

Overvægt er også et problem

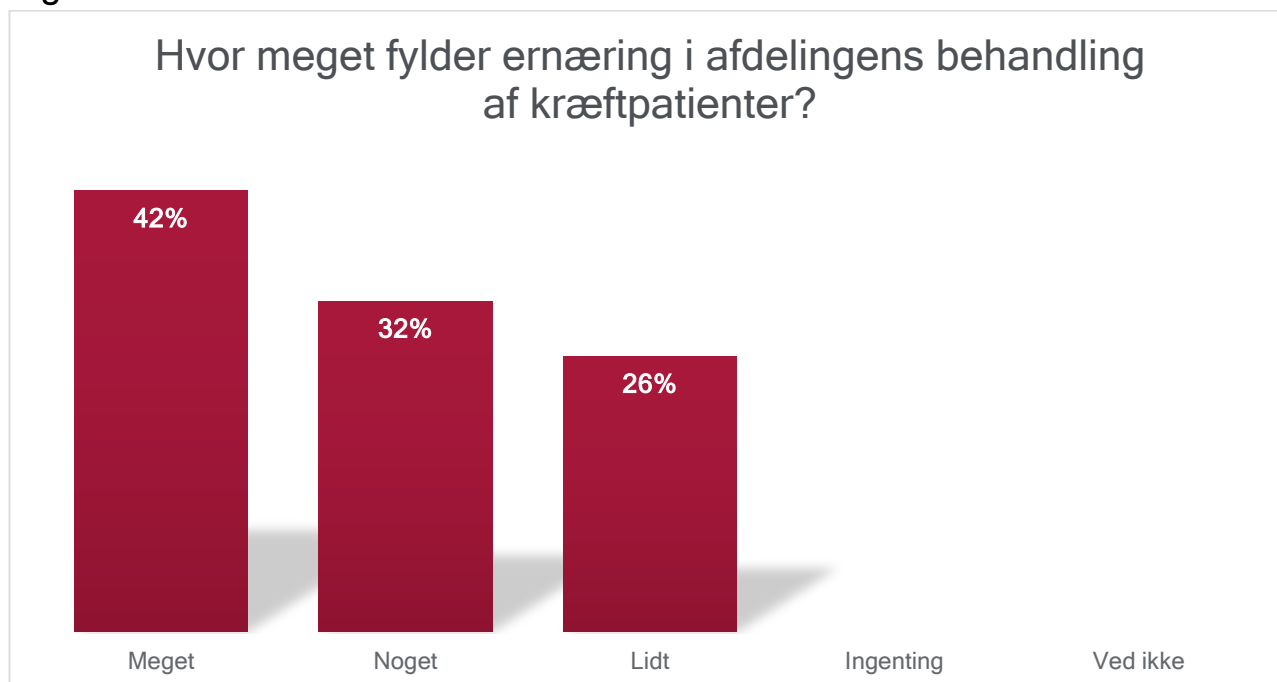
Flere respondenter fremhæver, at der også findes andre ernæringsudfordringer end underernæring hos kræftpatienter uden for terminalfasen. Mens mange blærekræftpatienter pga. rygerelateret komorbiditet er underernærede, er udfordringen for prostatakræftpatienter i kastrationsbehandling f.eks. snarere overvægt og hjertedød. Sagen kompliceres, som en respondent skriver, yderligere af det forhold, at ernæring og overvægt i sig selv disponerer til kræftsygdom og giver anledning til hele 13 procent af al kræft.

Sociale forhold

En respondent fra brystkræftområdet peger på, at sociale forhold tillige spiller en rolle, fordi disse ofte påvirker ernæringstilstanden i udtalt grad. Ting som uddannelsesniveau påvirker ernæringen, og hvis du er vant til at spise de forkerte ting og har en generelt dårlig ernæring, er det også nemmere at blive udfordret, hvis du f.eks. kommer i behandling med kemo. Her har brystkræftpatienter - alt andet lige - en socialt betinget fordel sammenlignet med f.eks. lungekræftpatienter, som vil være tilbøjelige til at ankomme til klinikken i en ringere ernæringstilstand.

4.3 FOKUS PÅ ERNÆRING I BEHANDLINGEN

Fig. 5 - Fokus



Figur 5 viser, at ernæring fylder enten meget eller noget på næsten tre ud af fire afdelinger. Dette efterlader en rest på omtrent en fjerdedel, hvor ernæring kun fylder lidt.

Ernæring er i fokus – men der er plads til forbedring

Der er relativt stor afvigelse i svarene på, hvor meget ernæring fylder, men det er gennemgående, at det nyder et vist fokus. En respondent skriver f.eks. at ...

”Alle patienter med hoved-hals-kræft bliver vurderet ved kræftbehandlingens begyndelse, om de skal tilbydes ernæringsindsatser eller ikke.”

Selv på steder, hvor området har været prioriteret højt, er der dog også en opfattelse af, at der skal mere til. En respondent siger således, at ...

”Det har været et hovedfokus i mange år. Diætister er blevet en integreret del af afdelingen, og vi har udviklet madkoncepter for indlagte og deltager også i et forskningsprojekt om, hvad der skal til, for at vi får lige så højt fokus på ernæring som på det, vi skal behandle med i øvrigt.”

”Jeg synes dog stadig, at der er plads til forbedring. Tanken må være, at man griber det tidligere af andre kanaler, for nogle kommer i en udfordret tilstand.”

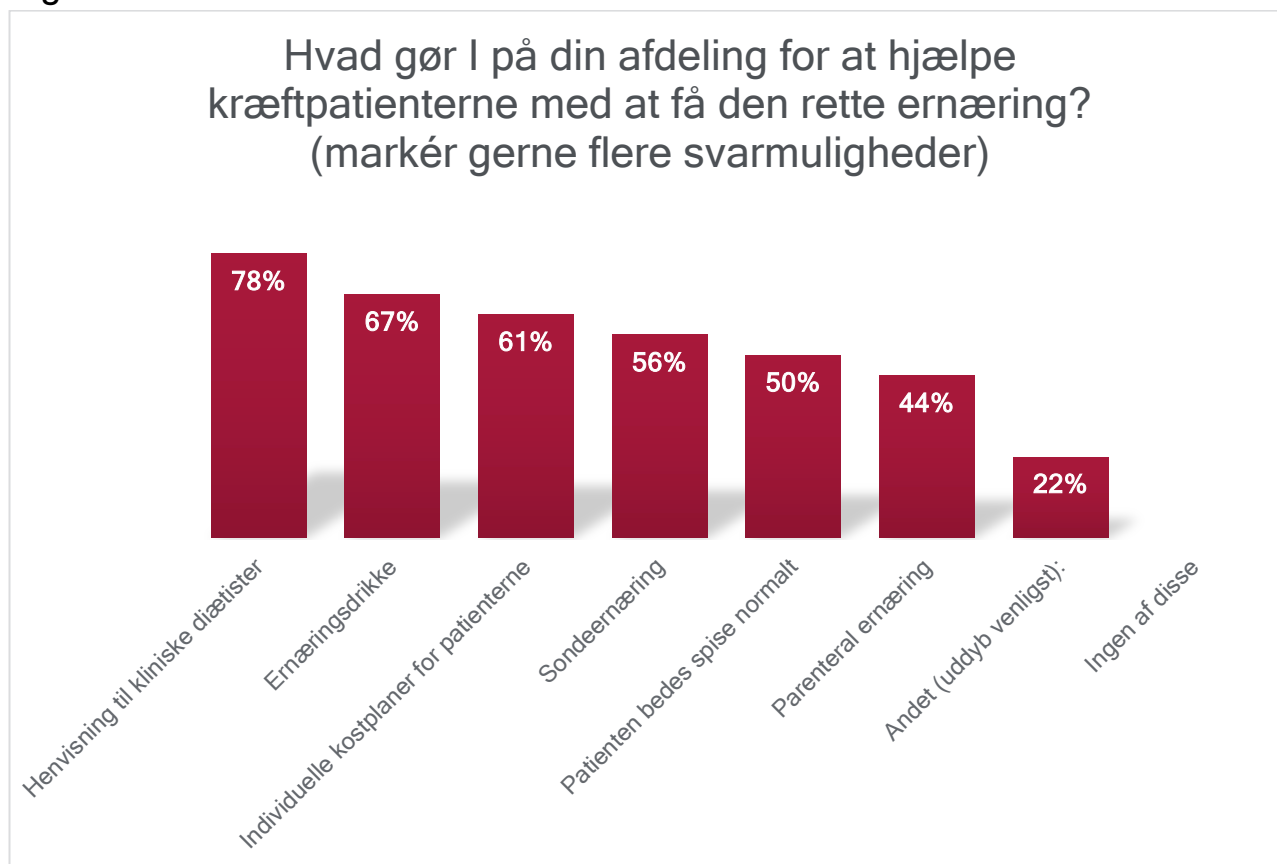
Vigtigheden anfægtes ikke

Når det kommer til vigtigheden af god ernæring i forbindelse med behandlingen hersker der generel enighed. En respondent indkapsler dette ved at sige, at ...

”Det nytter ikke noget, hvis man har en meget ung patient, der taber sig meget undervejs. Så har du en ringere restitution i dit behandlingsforløb samlet set. Ernæring betyder kolossalt meget for patientens restitution. Samtidig spiller dit indtag en stor rolle i forhold til, hvordan du har det, og hvad du kan holde til. Det betyder meget for at kunne *cope* og have *compliance* til sådan en behandling, at man har det nogenlunde godt. Risikoen for infektion mv. er også højere, hvis det ernæringsmæssige udgangspunkt er dårligt.”

4.4 METODER: SCREENING, UDDANNELSE OG TVÆRFAGLIGHED

Fig. 6 - Metoder



Figur 6 viser, at der er en bred vifte af metoder i spil for at hjælpe kræftpatienter med at få den rette ernæring. Den hyppigst anvendte er at henvise til kliniske diætister, hvilket benyttes af 78 procent. 67 procent benytter energidrikke, mens 61 procent lægger individuelle kostplaner for patienterne.

”Alt, hvad der skal til”

”Vi gør stort set alt, der kan få folk til at spise”. Sådan lyder det fra en læge i et fritekstsvar, og en relativt stor bredde i indsatsen nævnes af flere. En skriver således, at ”det er yderst varierende, hvad vi gør. Det afhænger af sygdommen, patienternes præsygdoms ernæringstilstand, deres indgrebs omfang, og hvad de videre skal igennem.”

Flere nævner desuden, at risikopatienter får skriftligt informationsmateriale og opfordres til at spise protein.

Flere andre nævner i fritekstsvar - og i tråd med de kategoriserede svar i figur 6 - at de har ansat diætister afdelingen. Vi taler dog med en enkelt i de opfølgende telefoninterview, som siger, at de af resursehensyn var nødsaget til at nedprioritere at have en diætist ansat.

Screening virker – men det er ikke en garanti for succes

Flere af de læger, vi interviewede per telefon nævner, at de i alle relevante tilfælde benytter systematisk screening for underernæring. Heraf omtaler flere det internationalt benyttede værktøj NRS 2002 (Nutrition Risk Screening 2002).

En kirurg har oplevet meget stor succes med screeningen, som de gør et stort nummer af at følge op på og nævner i den forbindelse, at ...

”Jeg havde en snak med vores diætist forleden, og hun reflekterede over, at siden vi startede vores tilgang til at behandle de her patienter på den her måde, så har hun ikke haft nogen tilsyn på vores afdeling på patienter, der har haft ernæringssvigt.”

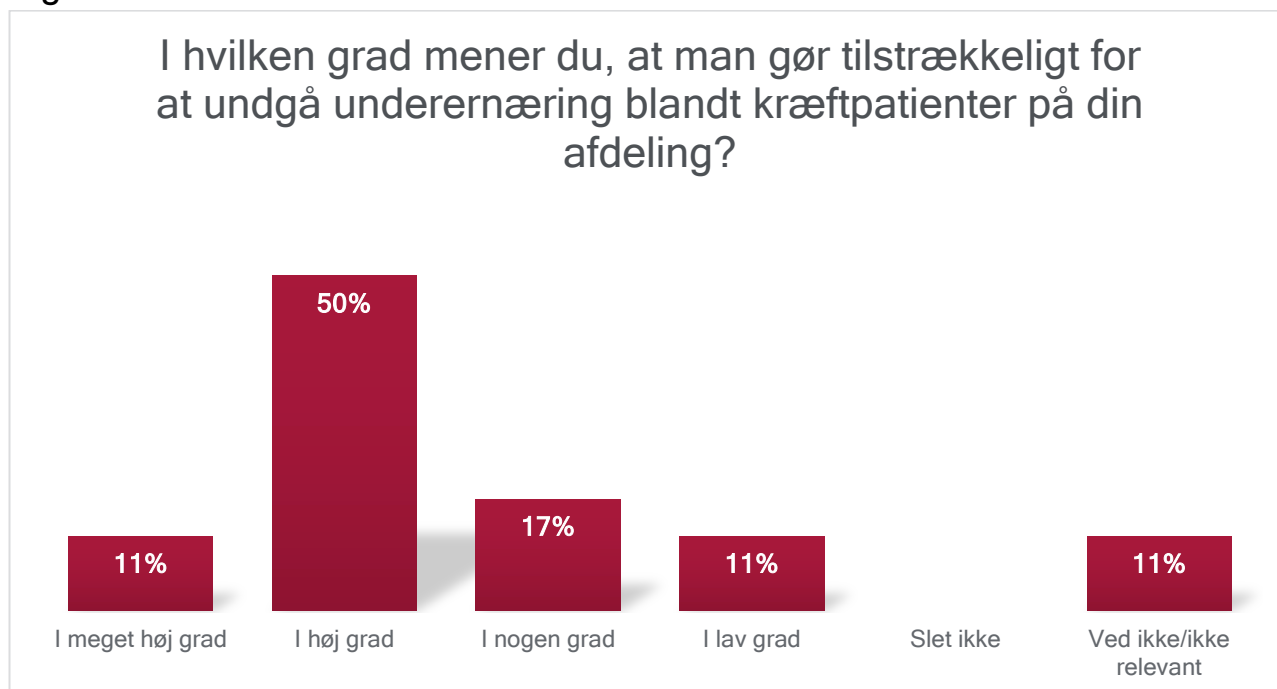
Han nævner i samme ombæring, at de i dag benytter en AI-baseret algoritme til at selektere, men at spørgeskemaet fortsat er udgangspunktet. Det hjælper dem dels til at sørge for, at de har et tilstrækkeligt proteinniveau før operation og til, at de bliver fulgt op af en diætist efter operationen. Formålet med disse indsatser er dog ikke at korrigere for et længerevarende ernæringsproblem - det er ikke at ”fede patienten op” - men snarere at undgå proteinmangel, hvilket kan skabe forskellige komplikationer.

Mens screening nok er udbredt fastslår en respondent dog, at det ikke i sig selv er lig med succes:

”Der er lidt på skift, hvor gode vi er til det. Selvom vi screener, så glider det stadigvæk ud indimellem, og det kan ske, at ingen kigger på det. At der ikke bliver gjort tiltag. Jeg vil mene, at sygeplejerskerne er mest involverede i at gøre tiltag i forhold til gode råd og udlevering af proteindrikke og at kostregistrere og veje patienterne. Men det er sjældent, at en læge bliver involveret i tingene.”

4.5 TILSTRÆKKElighed I INDSATSEN

Fig. 7 - Niveau



Figur 7 viser, at et overbevisende flertal af respondenterne i meget høj grad, i høj grad eller i nogen grad gør tilstrækkeligt for at undgå underernæring blandt kræftpatienter på deres afdeling. Det efterlader en rest på 11 procent, som kun i lav grad mener, at de gør tilstrækkeligt.

Svært at få opmærksomhed

Til trods for de relativt overbevisende tal i figur 7, som viser en grundlæggende opfattelse af, at området nyder tilstrækkeligt med opmærksomhed, er der også respondenter, der trækker i modsat retning.

En peger - trods overvejende succes på egen afdeling - på, at det er et område, det kan være svært at få opmærksomhed på. Der er, som han siger, et forbedringspotentiale.

Hvad nytter det?

En anden respondent - som repræsenterer en enestående opfattelse i nærværende undersøgelse - mener, at man skal passe på med ikke at overvurdere potentialet i, hvad der kan gøres fra hospitalets side:

”Hvis det har taget en patient seks måneder at komme derhen, hvordan forventer man så, at man med en diæt kan vende situationen? Hvis man har en kræftpatient, der er så syg og dårlig, at han ikke kan spise og drikke, hvordan tror man så, at man kan få det vendt med en diæt? Der er simpelthen biologiske ting, man ikke kan rette op på, når man er blevet 82.”

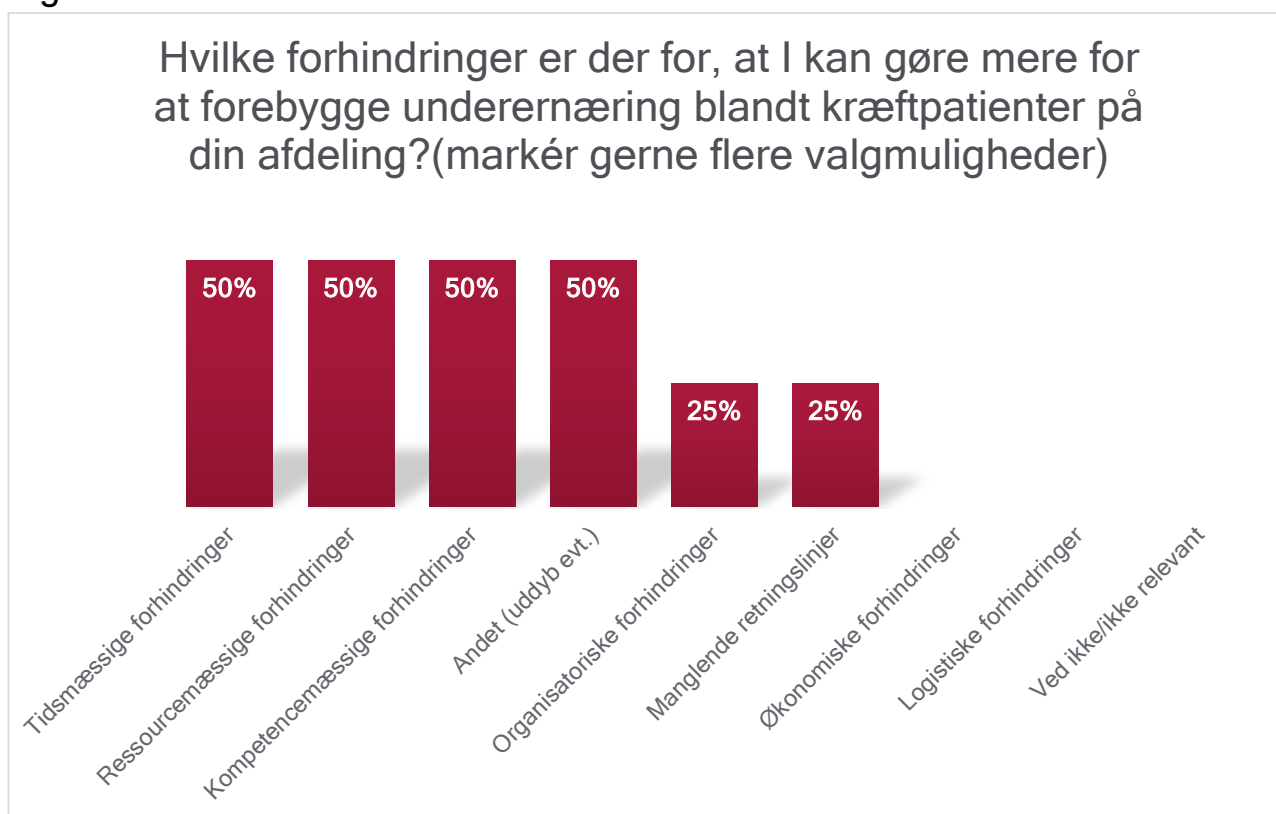
”Videnskaben er med os”

En anden respondent erklærer sig uenig (dog uden at forholde sig til aldersaspektet) og bringer en undersøgelse ind som dokumentation:

”Der er dokumentation for, at ernæringsterapi giver bedre livskvalitet. Det giver ikke fantastisk bedre overlevelse, men det kan også spille ind på overlevelsen, hvis patienten ikke vurderes egnet til kemo eller større kirurgi, fordi vedkommende ikke kan klare det. Vi har faktisk demonstreret det i et blærekræftprojekt for 8-10 år siden. Der kunne man se, at man godt kunne ernære og optræne, så det gav mening.”

4.6 BARRIERER FOR BEDRE FOREBYGGELSE AF UNDERERNÆRING

Fig. 8 - Barrierer



Figur 8 viser, at flere ting står i vejen for bedre forebyggelse af underernæring. Blandt de vigtigste barrierer er manglende tid, resurser og kompetencer. Halvdelen af respondenterne peger på alle disse tre forhindringer. Hertil kommer organisatoriske forhindringer og manglende retningslinjer, som påpeges af hver fjerde respondent.

Afgørende med ledelsesmæssigt fokus

Fokus på ernæring er relativt nyt inden for kræftbehandlingen, og det fremgår fra flere respondenter, at dette kan gøre det udfordrende at fastholde det. En respondent fra et sygehus, der har det som et specifikt fokusområde og prioriterer det højt fra ledelsens side, siger, at ...

”Det er en udfordring at sikre sig, at nye kolleger har det samme fokus og bygger videre. Ellers falder det sammen. Det kræver rigtig meget ledelse at hjælpe med fokus og opmærksomhed på det, og jeg synes stadig, det fylder for lidt hos os alle.”

Samme respondent nævner, at det også er vigtigt at have øje for de mange faser i et patientforløb

”Hvis du kigger på et langt behandlingsforløb, handler det både om at starte i tide, om at have fokus på det og om at få det afsluttet og derpå at have fokus på andre tiltag. Behovene ændrer sig meget.”

Ventetidsgaranti kan give bagslag

Mens der inden for kirurgi kan være et fokus på at opnå et vist proteinniveau, drejer det sig i mange andre tilfælde ofte om at opnå en generelt bedre ernæringstilstand, og dette kan tage tid. En respondent drister sig til at sige, at det meget store politiske fokus på behandlingsgaranti kan have en negativ indflydelse på mulighederne for at arbejde med ernæring.

”Det er svært at prioritere, når man ser på de tider, man skal leve op til, inden man starter operation eller kemo. Fordi man er så presset, at man løber forvirret rundt for at nå det, der skal nås, for at nå nogle mål, som ministeren siger er nødvendige. Måske er det ikke altid, at det hurtigste er bedste.”

Der mangler uddannelse

Et andet problem, der påpeges, er, at hverken sygeplejersker eller læger har ernæring på skemaet i deres uddannelser. En respondent siger, at ...

”I de seks år, jeg var lægestuderende, var der intet om ernæring. Så vi ved, hvordan kroppen virker, men reelt ved vi ikke, hvordan man ernærer den og får det bedste ud af det. Selvom man vel godt kan sige, at ernæring er det grundlæggende.”

Det foreslås bl.a. at gøre ernæring til en del af uddannelsen til onkolog. At gøre ernæring obligatorisk ville give den fornødne viden, hvilket også ville påvirke fokus positivt, lyder rationalet.

En anden peger på, at uddannelse og forskning også ville bidrage til et fælles videnskabeligt sprog at tale om ernæringen på.

”Det kan bidrage til problemet, at man ikke har et fælles fagligt sprog til at sige, hvad det er for et problem, vi prøver på at afhjælpe. Hvis vi siger, at patienten har et ernæringsproblem, kan vi så fange det med de fagligheder, vi har tilgængelige?”

Ringe prestige i ernæring

Flere af de læger, vi interviewer, peger på en form for psykologisk barriere relateret til, hvilke typer af behandling, der er prestige i at være ekspert inden for. Og her ligger ernæring - fortsat - i den lave ende af skalaen.

”Noget af det handler om forskning. Videnskabelige resultater kan øge opmærksomheden på, hvor vigtigt det egentlig er at bruge dette her som et redskab til at optimere patienten. Lige nu er det bare mindre sexet, end hvis man har et antistof, som koster 100.000 kroner. Men jeg tror, at en videnskabeliggørelse kunne afhjælpe en del af det.”

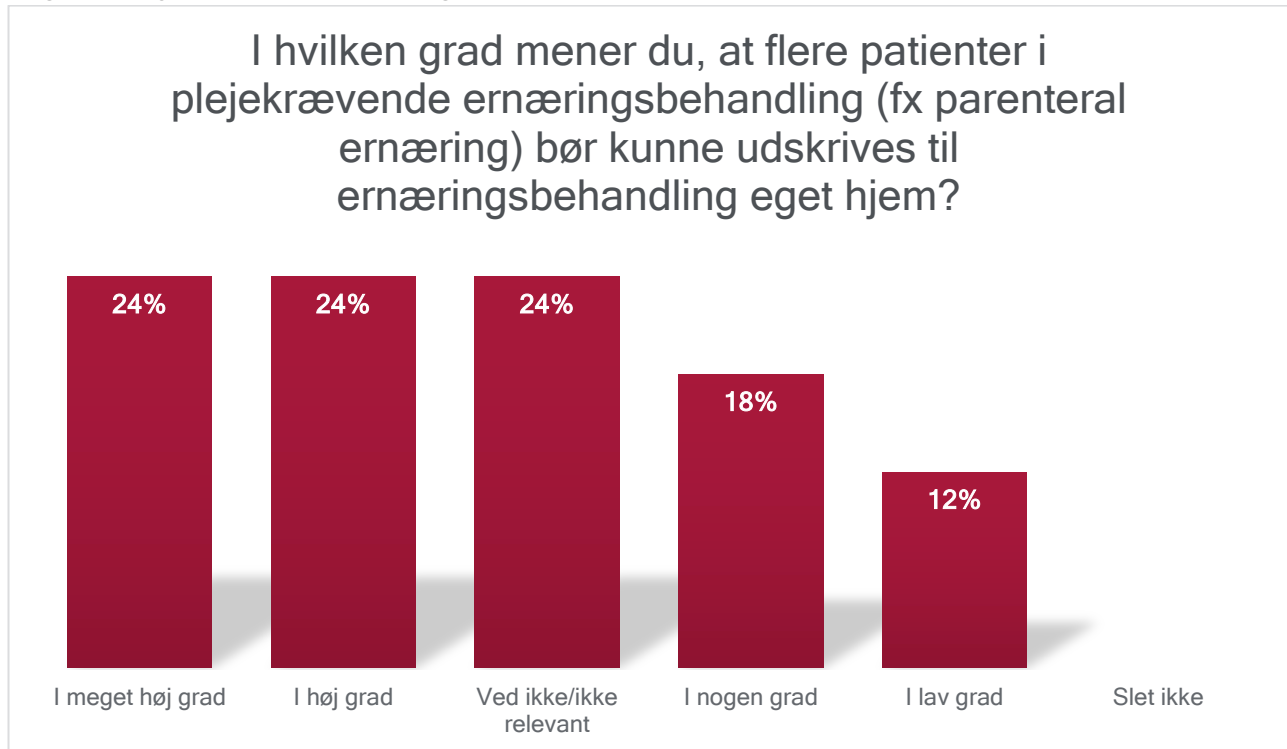
En anden respondent peger samme pointe ud mod patienterne.

”Alle spørger, om de ikke kan få immunterapi. Det er jo det nyeste, ikke? ”Jeg har hørt om en ny medicin, kan jeg ikke få det?” Og det er jo superfedt, men hvis du spiser dårligt, så kan den dyre medicin ikke nødvendigvis hjælpe dig. Her spiller det også ind, hvad der er lettest, og hvem, der tager ansvar for det. Når lægen udskriver noget medicin, så er det jo lægen, der har taget ansvar for behandlingen. Men hvis jeg skal spise godt og varieret, så ligger ansvaret pludselig på mig selv. Jeg tror, at det kan være rigtig svært for folk, egentlig, at se, at de også selv har en stor andel.”

En tredje nævner tilsvarende, at ”det får jo slet ikke den plads, som en ny behandling - immunterapi og andet - får. Det mangler fokus og kunne formentlig give langt mere overlevelse end dyr medicin ofte gør. Men man skal også huske, at det er komplekst.”

4.7 ERNÆRINGSBEHANDLING I HJEMMET

Fig. 9 - Hjemmebehandling



Figur 9 viser en markant opbakning til, at flere patienter kan udskrives til ernæringsbehandling i eget hjem. 24 procent mener i meget høj grad, at flere kan udskrives til det, mens tilsvarende 24 procent mener, at flere i høj grad kan udskrives til det.

Ja, under de rette forudsætninger

En del patienter er nødt til at være indlagt i forbindelse med ernæringsbehandling, men det er langt fra altid tilfældet. Som en respondent skriver i sit fritekstsvar:

”De skal jo ikke ligge herinde, bare fordi de har en dårlig ernæring.”

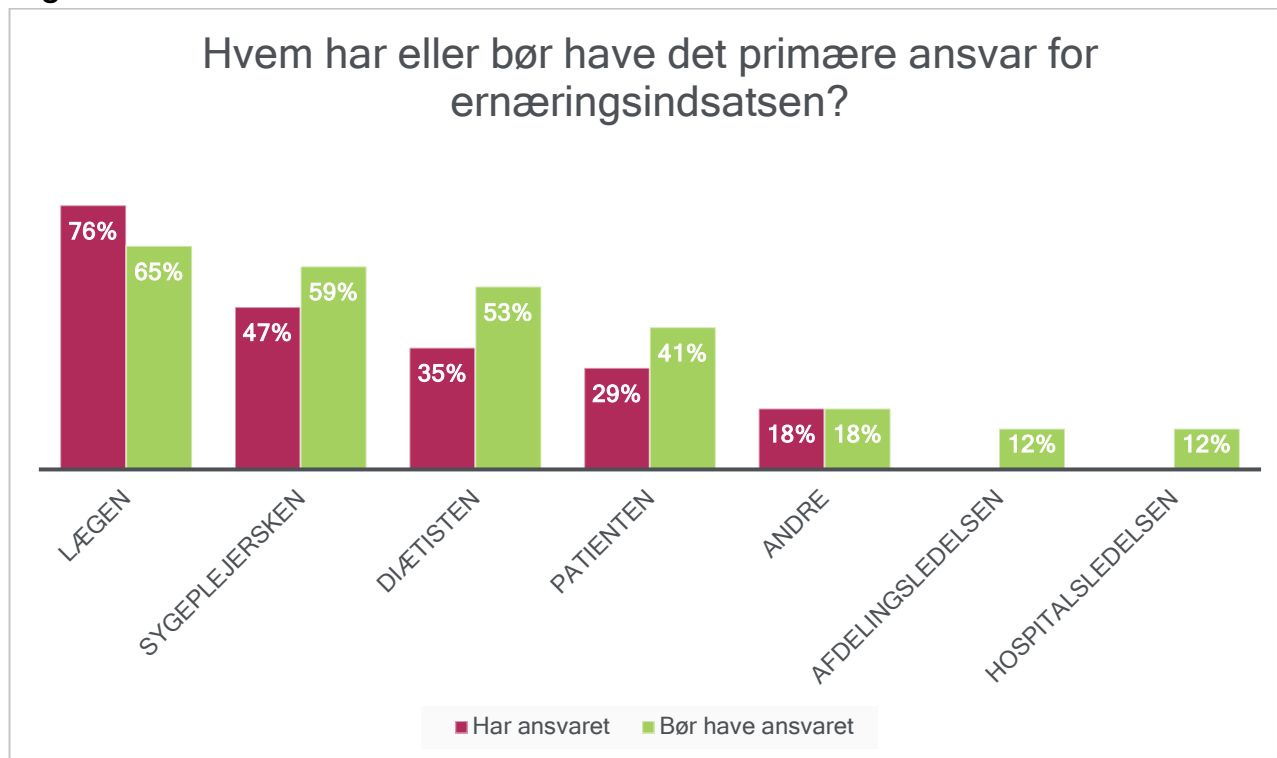
En anden stemmer i og siger, at ...

”Det tænker jeg fint, man kan. Man skal bare have lagt de rigtige planer og sikre sig, at de kan få hjælpen derhjemme. Så det vil være helt oplagt at sikre sig en plan og understøtte patienten i det. Man behøver ikke ligge på et sygehus.”

Der nævnes ikke skepsis overfor hjemmebehandling i hverken fritekstsvar eller i de telefoniske interviews.

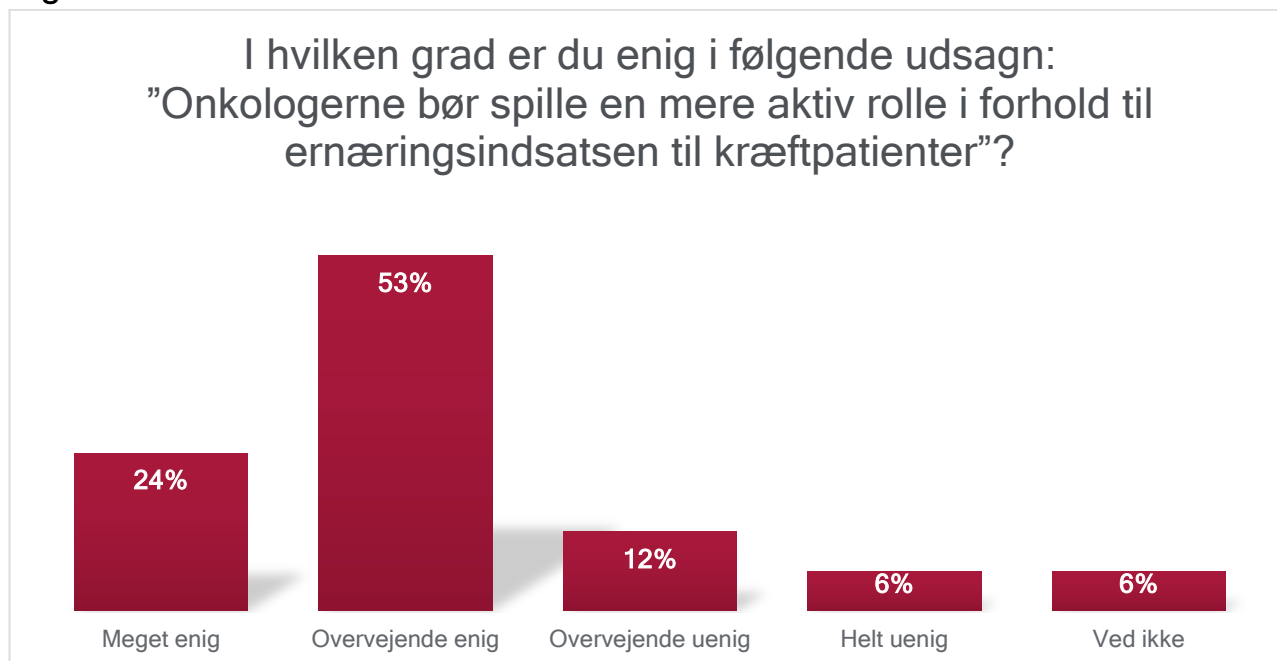
4.8 ANSVAR OG ROLLER I ERNÆRINGSINDSATSEN

Fig. 10 - Ansvar



Figur 10 viser, at det primære ansvar i praksis ligger hos lægen. 76 procent svarer dette, mens færre, 65 procent, svarer, at det rent faktisk også bør ligge hos lægen. Overordnet viser tallene en tendens til et ønske om en bredere faglig fordeling af ernæringsindsatsen.

Fig. 11 - Indsats



Figur 11 viser, at et stort flertal er enten meget enige eller overvejende enige i, at onkologerne bør spille en mere aktiv rolle i forhold til ernæringsindsatsen. Samlet placerer 77 procent af respondenterne sig i disse to svarkategorier.

Tværfaglighed er vigtigt

Som det fremgår af figur 10 er der en overvægt, der mener, at ansvaret for ernæringsindsatsen ligger hos lægen, og at det også *bør* ligge hos lægen. Men ser vi på detaljerne i, hvor ansvaret bør ligge - de grønne søjler i figur 10 - er fordelingen blandt fagligheder ganske jævn. Dette afspejles også i fritekstsvar, hvor det fra flere respondenter fremgår, at tværfaglighed er vigtigt.

I figur 11 fremgår også en bred enighed om, at onkologerne bør spille en mere aktiv rolle i forhold til indsatsen. Igen peger flere ting i målingen dog på, at det næppe skal ses om udtryk for, at lægerne skal varetage indsatsen alene. Snarere skal det ses således, at der fra lægernes - og fra ledelsens - side skal være bidrag og fokus. Flere peger da også i fritekstsvar på, at flere personalegrupper skal i spil og samarbejde om det.

En respondent siger, at ...

”Det handler om ledelsesmæssigt fokus og om at motivere til en aktiv dialog mellem patient, læge og sygeplejerske om betydningen af ernæring, og at der er diætister knyttet til afdelingen, som kan hjælpe.”

En anden nævner, at det også er vigtigt, at samtalen om emnet ikke kun ligger hos sygeplejersker og diætister, men også hos lægen.

”Der, hvor man som læge har et godt åbent vindue, er, når patienterne spørger, om de kan gøre noget selv. Der kan man med fordel sige, at ernæring også er meget vigtigt.”

Samarbejde mellem specialister og almen praksis

En tredje nævner, at det også kan bidrage positivt til indsatsen at skabe en dialog mellem det højt specialiserede sundhedsvæsen og patientens egen læge:

”Det er et samarbejde mellem sektorer, men er patienten udskrevet, må det være egen læge, som sikrer patienten sufficient ernæring.”

Oprettelse af ernæringsteam

En fjerde respondent nævner, at der måske kan være ræson i at oprette en særlig enhed, som sikrer og fastholder fokus på ernæringens vigtighed.

”Det er komplekst og ikke noget, man kan sætte en enkelt person til. Det kan eventuelt være et team - måske skal man have et egentligt ernæringsteam. Det gælder ikke kun på kræftafdelinger, men også på kirurgiske afdelinger generelt. Måske skal det organiseres, så det ikke hviler på en enkelt afdelings økonomi, men er noget, der går på tværs.”

4.9 UDSKYDELSE AF BEHANDLING

Fig. 12 - Udskydelse



Figur 12 viser, at udskydelse af medicinsk og/eller kirurgisk behandling på grund af patientens ernæringstilstand ikke er hyppigt forekommende. 47 procent svarer dog, at det sker af og til, mens 41 procent svarer, at det sker sjældent.

Systematisk udskydelse

Som det fremgår af figur 12 er udskydelse af behandling på grund af ringe ernæringstilstand ikke normen på de danske kræftafdelinger. Visse steder er det dog helt almindelig praksis.

En respondent siger, at ...

”Det sker af og til, men er ikke hverdagskost.”

To respondenter inden for det kirurgiske område bidrager med to perspektiver. Den ene taler om, at op-ernæring hos nogle patientgrupper simpelthen er nødvendig inden operation og dermed naturligt forsinker den krævede behandlingstid. For den anden er der tale om en systematisk udskydelse af cirka hver fjerde patient.

”Vi gør det systematisk. Så hvis man har et ernæringsproblem, udskyder vi operationen med fire uger. Det sker for cirka 25 procent af patienterne, og vi kan hjælpe de fleste. Vi har målt på det og kunnet se i vores afdeling, at det giver færre medicinske komplikationer.”

MEDICINSKE TIDSSKRIFTER

APRIL 2024