

Ernæringsindsatsen blandt kræftpatienter

Rapport på ernæringsundersøgelse blandt kræftsygeplejersker og kliniske diætister

Udarbejdet af Effector for:
Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker
Foreningen af Kliniske Diætister
Kost & Ernæringsforbundet
Fresenius Kabi

Rapporten kan frit refereres og downloades

Forord

Underernæring er en hyppig tillægsdiagnose for kræftpatienter¹. Særligt er patienter med hovedhalskræft, mave-tarmkræft, lungekræft eller kræft i bugspytkirtlen udsatte for at blive underernærede². En undersøgelse blandt kræftpatienter i 2016 viste, at halvdelen af danske kræftpatienter taber sig i forbindelse med deres kræftsygdom³.

Kræft tærer på patienten. Kroppen reagerer typisk ved at blive stresset, hvilket medfører et øget basalstofskifte og proteinnedbrydelse⁴. Kræftpatienter har derfor et større energibehov, men af flere årsager kan mange patienter ikke dække behovet tilstrækkeligt med underernæring til følge.

Bivirkninger fra behandlingen kan gøre det svært for kræftpatienten at spise nok. Kemoterapi og strålebehandling kan blandt andet give træthed, kvalme, smagsforstyrrelser og diarré. Derudover kan smerter og forbrændinger som følge af strålebehandlingen gøre det vanskeligt at spise og fordøje maden⁵. Ligeledes kan den belastende situation patienten befinder sig i påvirke lysten til at spise. Konsekvenserne ved underernæring kan være alvorlige og blandt andet føre til svækket immunsystem og hyppige infektioner⁶. Desuden er vægttab ved starten af kemobehandling forbundet med reduceret respons på behandlingen og øget toksicitet¹. Alt dette medvirker til forlængelse af sygdomsforløbet, eller at behandlingen må udskydes eller opgives, fordi patienten er for svag⁷.

En god ernæringstilstand fremmer derimod heling og styrker kroppens forsvar mod infektioner og komplikationer⁸. Derfor kan en målrettet ernæringsindsats gøre en stor forskel for både kræftpatienter og sundhedsvæsen ved at forebygge indlæggelser og komplikationer grundet underernæring.

Ernæringstilstanden hos kræftpatienter kan have afgørende betydning for behandlingsforløbet. I 2012 skabte Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Kost og Ernæringsforbundet, Foreningen af Kliniske Diætister og Fresenius Kabi derfor Kost og Cancer, der har til formål at skabe fokus på og forbedre kræftpatienters ernæringstilstand.

Nærværende rapport er udarbejdet af Effector for Kost og Cancer og præsenterer resultater fra en spørgeskemaundersøgelse, som YouGov på vegne af Kost og Cancer har udført i november 2017 til januar 2018 blandt kræftsygeplejersker og kliniske diætister der arbejder med kræftpatienter. Undersøgelsen afdækker, hvordan de to grupper håndterer ernæring blandt kræftpatienter. Undersøgelsen sammenlignes med tilsvarende undersøgelse fra 2012 blandt kræftsygeplejersker.

Rapporten kan frit refereres og downloades.

København, april 2018

Hanne Nafei
Mie Lauwersen
Karina Kildevang
Pia Heick

Indhold

Resume	3
1. Metode og afgrænsning	4
2. Respondenterne	5
2.1 Kræftsygeplejersker	5
2.2 Kliniske diætister	5
3. Resultater fra undersøgelsen.....	6
3.1 Holdning til ernæring.....	6
3.2 Information om ernæring til kræftpatienten	7
3.3 Ansvar og prioritering	8
3.4 Ernæringsindsatsen	11
3.4.1 Rammer for optimal ernæringsindsats	11
3.4.2 Ernæringscreening	13
3.4.3 Ernæringsplaner og opfølgning.....	15
3.4.4 Ernæringsterapiprodukter	16
3.5 Forbedring af ernæringsindsatsen.....	18
Konklusion	20
Referencer	21

Resume

I 2012 udarbejdede Kost og Cancer en undersøgelse blandt kræftsygeplejersker, for at afdække hvordan de i praksis håndterer ernæringsarbejdet blandt kræftpatienter. Undersøgelsen følges i 2018 op med en tilsvarende undersøgelse, der denne gang også omfatter kliniske diætister. Henholdsvis 226 sygeplejersker og 59 kliniske diætister deltog i undersøgelsen.

Undersøgelsen viser, at både kræftsygeplejersker og kliniske diætister anerkender ernæringens betydning for patientens kræftforløb.

54 % af sygeplejerskerne og 46 % af de kliniske diætister mener, at de til en vis grad kan tilbyde en optimal ernæringsindsats. For at optimere ernæringsindsatsen efterspørger sygeplejerskerne blandt andet mere tid til patienten og pårørende samt flere kliniske diætister. De kliniske diætister udtrykker ønsket om, at patienten bliver henvist til dem før end hvad, der er tilfældet nu. Begge faggrupper efterspørger mere viden om ernæring til kræftpatienter samt mere sparring med tværfaglige teams/kolleger.

Sygeplejerskerne og de kliniske diætister oplever de samme udfordringer ved henholdsvis enteral (sondeernæring) og parenteral (ernæring ved drop). Resultaterne viser, at både sygeplejerskerne og de kliniske diætister er i tvivl om, hvornår enteral og parenteral bør startes og sluttet igen.

Begge faggrupper tilkendegiver, at de i dagligdagen hver især tager det største ansvar for patientens ernæringstilstand i hverdagen og at lægen tager den mindste del af ansvaret. Både sygeplejersker og kliniske diætister oplever, at patienten og den pårørende tager en større del af ansvaret, end hvad de burde. Bedst ville det ifølge respondenterne være, hvis ansvaret blev en fælles indsats, hvilket afspejler et ønske om mere tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatsen.

Sygeplejerskerne og de kliniske diætister oplever, at de tager den største del af ansvaret for ernæringsscreeningen af kræftpatienter i hverdagen. Over halvdelen (63 %) af sygeplejerskerne oplever at patienten ernæringsscreens ved diagnosticering, hvorimod knap hver tredje af de kliniske diætister (29 %) oplever dette. Undersøgelsen viser desuden, at halvdelen af sygeplejerskerne følger op på ernæringsplanerne og 85 % af de kliniske diætister sørger for, at der bliver fulgt op på ernæringsplanen.

Gennem sygeplejerskernes arbejdsdag bliver opgaven om patientens ernæring nedprioriteret i forhold til andre opgaver, såsom håndtering af smerter, bivirkninger og medicinsk behandling.

1. Metode og afgrænsning

Denne rapport præsenterer resultater fra en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse blandt kræftsygeplejersker og kliniske diætister der arbejder med kræftpatienter. Undersøgelsen blev udført i samarbejde med analyseorganisationen YouGov gennem et internetbaseret spørgeskema.

Data blev indsamlet fra den 21. november 2017 til den 2. februar 2018.

Respondenter på spørgeskemaet målrettet kræftsygeplejersker var medlemmer af henholdsvis Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker og YouGov's fagpanel. I alt responderede 226 kræftsygeplejersker, hvilket er 38 færre besvarelser sammenlignet med undersøgelsen blandt kræftsygeplejersker i 2012. Respondenter på spørgeskemaet målrettet kliniske diætister var medlemmer af henholdsvis Foreningen af Kliniske Diætister og Kost & Ernæringsforbundet. I alt responderede 59 kliniske diætister der arbejder med kræft.

Respondenterne blev i undersøgelsen spurgt om deres arbejde med ernæring i hverdagen, herunder rutiner relateret til ernæringscreening, planlægning og opfølgning, samt deres holdninger til ernæringens betydning blandt andet i forhold til behandlingsforløbet. De blev ligeledes spurgt om udfordringer ved ernæringsterapi gennem sonde og drop, og hvad der kræves for at forbedre ernæringsindsatsen på deres arbejdsplads.

Undersøgelsen er foretaget for at vurdere, hvordan kræftsygeplejersker og kliniske diætister håndterer ernæring i praksis. Undersøgelsen er kvantitativ og tager derfor ikke højde for den enkelte sygeplejerskes eller kliniske diætists stamafsnit og individuelle aftaler om ansvarsfordeling i forhold til ernæringsindsatsen. Eftersom størstedelen af sygeplejerskerne er hospitalsansat og størstedelen af de kliniske diætister er ansat i kommunen, vil der være forskelle i ernæringsarbejdet mellem de to faggrupper. Der tages forbehold for, at nogle af respondenterne i deres hverdag kan have kortere patientkontakt end andre ligesom længden af patientforløb varierer. Ligeledes kan ernæringsindsatsen variere i forhold til hvilken diagnosegruppe respondenterne hovedsagelig arbejder.

I rapporten anvendes ordet 'ernæringsterapiprodukter, der i denne sammenhæng inkluderer ernæringsdrikke, enteral (sondeernæring) og parenteral ernæring (ernæring ved drop).

Rapporten er opbygget således, at det følgende kapitel beskriver respondenterne fra de to undersøgelser, henholdsvis kræftsygeplejerskerne og kliniske diætister. I tredje kapitel præsenteres resultater fra undersøgelsen blandt kræftsygeplejersker og kliniske diætister. Hos kræftsygeplejerskerne fremføres resultaterne komparativt med resultaterne fra tilsvarende undersøgelse blandt kræftsygeplejersker i 2012. Hvert afsnit afsluttes med en delkonklusion, der opsummerer og sammenligner resultaterne mellem kræftsygeplejerskerne og de kliniske diætister.

2. Respondenterne

I dette kapitel præsenteres data om respondenterne i undersøgelsen; først sygeplejerskerne efterfulgt af de kliniske diætister. Kapitlet beskriver blandt andet geografisk fordeling, erfaring med ernæringsbehandling og hvilke kræfttyper, de primært arbejder med.

2.1 Kræftsygeplejersker

Ud af de 226 kræftsygeplejersker, der deltog i undersøgelsen var 215 kvinder og 11 mænd. Respondenterne repræsenterer hele Danmark med en hovedvægt af sygeplejersker fra Region Syddanmark (38 %) efterfulgt af Region Hovedstaden (23 %), Region Midtjylland og Sjælland (16 %) og færrest fra Region Nordjylland (7%). Størstedelen af sygeplejerskerne var beskæftiget på onkologisk afdeling inklusive stråleterapi (37 %). Efterfulgt af kirurgisk afdeling (19 %) og hjemmesygeplejen (15 %). 29 % havde svaret, at de var beskæftiget indenfor "andet", herunder hæmatologisk afdeling (11,5 %), medicinsk afdeling og intensiv (begge 3,5 %).

Respondenterne havde blandet længde af erfaring med ernæringsbehandling. Mere end hver fjerde (27 %) havde 1-5 års erfaring, 22 % havde mere mellem 6-10 års erfaring og 13 % havde mere end 20 års erfaring med ernæringsbehandling.

Mave-tarm-kræft (53 %), brystkræft (52 %), lungekræft (47 %) og gynækologisk kræft (37 %) var de diagnosegrupper, sygeplejerskerne arbejder mest med. Desuden arbejdede 31 % af sygeplejerskerne med kræft i nyre og urinveje, 28 % med kræft i blod- og lymfesystem og 26 % med øre-næse-halskræft.

2.2 Kliniske diætister

Ud af de 59 kliniske diætister der deltog i undersøgelsen var 58 kvinder og 1 mand. Respondenterne repræsenterer hver region i Danmark med hovedvægt af respondenter fra Region Hovedstaden (31 %), efterfulgt af Region Midtjylland (27 %), Region Sjælland (24 %), Region Syddanmark (14 %) og færrest fra Region Nordjylland (5 %). Størstedelen af de kliniske diætister var beskæftiget i kommunalt tilbud (68 %). Derudover arbejdede de kliniske diætister på palliativ afdeling (15 %), onkologisk ambulatorie inklusive stråleterapi (10 %), onkologisk sengeafsnit (10 %). 19 % af respondenterne svarede "andet", herunder blandt andet øre-næse-hals-afdeling og medicinsk afdeling.

Over halvdelen af de kliniske diætister (51 %) havde 1-5 års erfaring med ernæringsbehandling. 15 % havde mellem 6-10 års erfaring og 8 % havde mere end 20 års erfaring med ernæringsbehandling. Til hvor mange kliniske diætister, der arbejdede med samme speciale som respondenterne selv på arbejdspladsen svarede 58 mellem 0-3 kliniske diætister, svarende til 98 %. En enkelt arbejdede sammen med 4-7 kliniske diætister med samme speciale.

Langt de fleste af respondenterne oplyste, at alle typer af cancerpatienter har adgang til en klinisk diætist på deres arbejdsplads (81 %). De resterende kliniske diætister arbejder med bestemte

diagnosegrupper, herunder hoved-hals-patienter (8 %) og patienter med øvre GI-cancer inkl. pancreascancer (5 %).

3. Resultater fra undersøgelsen

Følgende kapitel består af fem afsnit, der præsenterer resultaterne på respondenternes besvarelser i undersøgelsen. Første afsnit omhandler den generelle holdning til ernæringsindsatsen for kræftpatienter. Andet afsnit præsenterer resultater for, hvornår patienten informeres om ernæring og mulighederne for ernæringsdrikke, enteral og parenteral ernæring. I tredje afsnit beskrives, hvorledes ansvaret for patientens ernæringstilstand er fordelt i praksis, samt hvordan det ifølge respondenterne burde være fordelt. Fjerde afsnit gennemgår ernæringsindsatsen i forhold til rammerne i hverdagen, ernæringsplaner og opfølgning, ernæringscreening og ernæringsterapiprodukter. Sidste afsnit præsenterer, hvad henholdsvis sygeplejerskerne og de kliniske diætister efterspørger for at kunne forbedre ernæringsindsatsen.

3.1 Holdning til ernæring

En god ernæringstilstand kan have betydning for kræftpatientens prognose og livskvalitet. Følgende afsnit præsenterer resultater fra undersøgelsen om sygeplejerskernes og de kliniske diætisters holdning til ernæringens betydning for kræftpatientens sygdomsforløb.

Sygeplejersker

Ifølge undersøgelsen anerkender sygeplejerskerne vigtigheden af ernæringsindsatsen hos kræftpatienter. Det ses blandt andet ved at hele 87 % af sygeplejerskerne er enige eller meget enige i, at en velernæret patient under et behandlingsforløb har en bedre livskvalitet.

Flere sygeplejersker anerkender i dag ernæringens betydning for overlevelse sammenlignet med undersøgelsen i 2012. Hvor 63 % i 2012 var enige eller meget enige i, at en velernæret patient har en bedre overlevelse, er 85 % af sygeplejerskerne i dag enige eller meget enige i dette udsagn. Ligesom i 2012 er størstedelen af sygeplejerskerne i dag enige eller meget enige i, at en velernæret patient får færre indlæggelser (2012: 81 % - 2018: 78 %) og oplever mindre sygelighed (2012: 81 % - 2018: 79 %).

Svarende til undersøgelsen i 2012 er den største procentdel af sygeplejerskerne i dag enig eller meget enig i, at en velernæret kræftpatient får færre bivirkninger af den medicinske behandling (53 %) og at patienten har en oplevelse af selv at kunne påvirke sygdomsforløbet (64 %).

Kliniske diætister

Kliniske diætister har en ernæringsfaglig baggrund og er specialiseret i at kunne planlægge og gennemføre individuel ernæringsbehandling ud fra patientens behov. Ifølge resultaterne fra undersøgelsen, er der bred enighed blandt de kliniske diætister om, at ernæring har stor betydning for kræftpatienternes behandlingsforløb:

95 % af respondenterne i undersøgelsen var enig eller meget enig i, at en velernæret patient under et behandlingsforløb har en bedre livskvalitet.

88 % af de kliniske diætister oplever, at patienten har en bedre overlevelse ved at være velernæret under behandlingsforløbet. Ni ud af ti kliniske diætister er enige eller meget enige i, at en velernæret kræftpatient både oplever mindre sygelighed og har færre indlæggelser.

Størstedelen af de kliniske diætister erfarer desuden, at en velernæret kræftpatient får færre bivirkninger af den medicinske behandling (59 %) samt at patienten har en oplevelse af selv at kunne påvirke sygdomsforløbet (73 %).

Delkonklusion

Både sygeplejersker og kliniske diætister anerkender ifølge undersøgelsen, at ernæring har stor betydning for flere aspekter af kræftpatientens sygdomsforløb. I deres arbejde erfarer størstedelen, at en velernæret kræftpatient har bedre overlevelse, får færre bivirkninger af den medicinske behandling og har færre indlæggelser. De oplever også, at god ernæringstilstand har positiv indvirkning for patientens livskvalitet og på følelsen af selv at kunne påvirke sit sygdomsforløb.

3.2 Information om ernæring til kræftpatienten

Kræftpatienter kan være i risiko for at tabe sig tidligt i sygdomsforløbet, og det kan have betydning for behandlingen. For eksempel kan et svært vægttab medføre, at behandling med kemoterapi må udskydes eller opgives, fordi patienten er for svag. Det er derfor vigtigt, som en forebyggende indsats, at informere patienten om ernæring tidligt i forløbet. I dette afsnit præsenteres resultater for information om ernæring til patienten

Sygeplejersker

Ligesom i undersøgelsen i 2012, oplever størstedelen af sygeplejerskerne, at patienten bliver informeret om vigtigheden af ernæring tidligt i forløbet (2012: 83 % - 2018: 77 %). Nogenlunde lige mange sygeplejersker i dag (77 %) som i 2012 (72 %) oplever at patienten bliver informeret om mulighederne for ernæringsdrikke tidligt i forløbet.

I tilfælde af, at patienten ikke kan indtage tilstrækkelig ernæring oralt eller har problemer med at optage eller holde maden i sig, har patienten mulighed for helt eller delvist at få opfyldt ernæringsbehovet gennem sonde eller drop - også kendt som henholdsvis enteral og parenteral ernæring.

Sammenlignet med undersøgelsen i 2012 oplever flere sygeplejersker i dag at patienter tidligt i forløbet bliver informeret om mulighederne for henholdsvis enteral og parenteral ernæring. Hvor 26,5 % af sygeplejerskerne i 2012 oplyste, at patienterne bliver informeret om mulighederne for enteral ernæring tidligt i forløbet, oplever 35 % af sygeplejerskerne det i dag. På samme vis er

procentdelen af sygeplejersker, der oplever, at patienten tidligt i forløbet bliver informeret om mulighederne for parenteral ernæring steget fra 11 % i 2012 til 26 % i 2018.

Kliniske diætister

De kliniske diætister blev i undersøgelsen spurgt, om de oplever, at patienterne bliver informeret om vigtigheden af ernæring tidligt i forløbet. Halvdelen af respondenterne (51 %) er enige eller meget enige i, at patienten bliver informeret om ernæring tidligt i forløbet. Ligeledes oplever halvdelen (51 %), at kræftpatienten bliver informeret om mulighederne for ernæringsdrikke tidligt i forløbet.

Et andet billede tegner sig i forhold til information om mulighederne for enteral og parenteral ernæring, hvor lidt mere end en tredjedel af de kliniske diætister er uenig eller meget uenig i, at patienten informeres om mulighederne for henholdsvis enteral (36 %) og parenteral (37 %) ernæring tidligt i forløbet. 24 % af de kliniske diætister har svaret, at de ikke ved, om kræftpatienten bliver informeret om mulighederne for enteral ernæring tidligt i forløbet. 34 % har ligeledes svaret at de ikke ved, om patienten informeres om mulighederne for parenteral ernæring tidligt i forløbet.

Delkonklusion

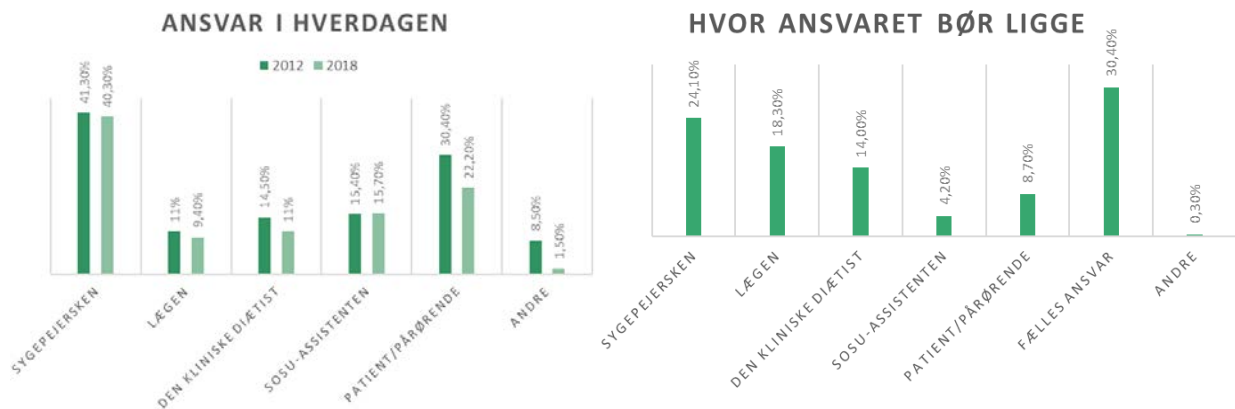
Størstedelen af kræftsygeplejerskerne og de kliniske diætister oplever, at kræftpatienten bliver informeret om vigtigheden af ernæring tidligt i forløbet samt patientens muligheder for ernæringsdrikke. Flere patienter end i 2012 bliver ifølge sygeplejerskerne informeret om enteral og parenteral ernæring. Selvom der er sket en stigning, oplever de fleste sygeplejersker ikke, at patienten bliver informeret om mulighederne for parenteral ernæring tidligt i forløbet. Det samme resultat ses hos de kliniske diætister, hvor de fleste oplever, at patienten ikke bliver informeret om mulighederne for henholdsvis enteral og parenteral ernæring tidligt i forløbet. En forklaring derpå kan være, at patienten i den tidlige fase af behandlingsforløbet får en stor mængde af information om behandling og ernæring generelt, og at man derfor venter med at give patienten information om dette, hvis det bliver relevant.

3.3 Ansvar og prioritering

Både sygeplejersker og kliniske diætister anerkender, at patientens ernæringstilstand kan have betydning for flere aspekter i patientens behandlingsforløb. Ernæring er ifølge begge faggrupper derfor en vigtig del af kræftforløbet. I det følgende afsnit beskrives, hvordan ernæring vægtes i forhold til andre opgaver, hvem der i praksis tager ansvaret for patientens ernæringstilstand samt hvem de adspurgte mener, der burde tage ansvaret.

Sygeplejerskerne

I hverdagen oplever de fleste af sygeplejerskerne (40,3 %), at de tager ansvaret for patientens ernæringstilstand. Hver femte af sygeplejerskerne har angivet, at patienten/den pårørende (22,2 %) tager ansvaret for ernæringstilstanden. Lægen (9,4 %) og den kliniske diætist (11 %) tager ifølge sygeplejerskerne den mindste del af ansvaret i hverdagen.



Sygeplejerskerne blev derefter spurgt om, hvem der burde tage ansvaret for patientens ernæringstilstand. Ligesom i undersøgelsen fra 2012 mener sygeplejerskerne, at det bør være en fælles indsats for alle parter (31 %), hvilket afspejler et ønske om mere tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatsen. Næst efter en fælles indsats mener sygeplejerskerne, at de selv bør have den største del af ansvaret (24 %) efterfulgt af lægen (18 %) og den kliniske diætist (14 %).

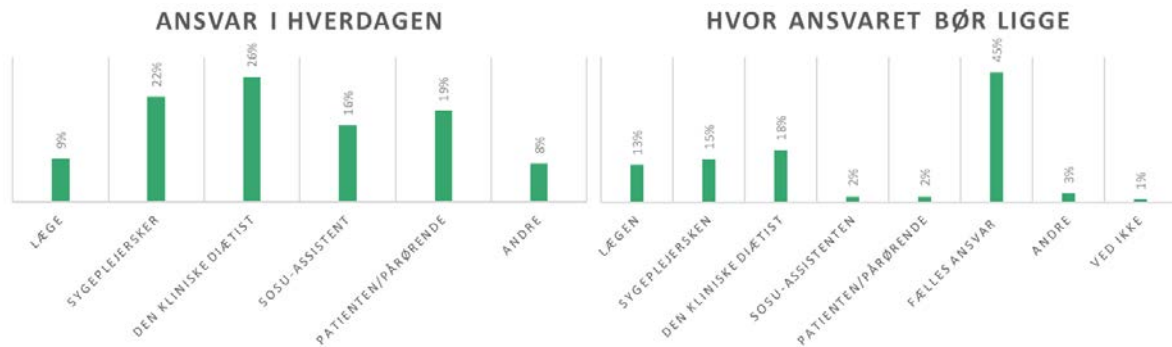
Patienten og den pårørende bør ifølge sygeplejerskerne have mindre ansvar for ernæringstilstanden sammenlignet med det ansvar de påtager sig i hverdagen.

For at afdække hvordan ernæring bliver prioriteret i forhold til andre opgaver, blev sygeplejerskerne spurgt om, hvorledes de vægter opgaver i deres hverdag. Sygeplejerskerne skulle vægte hver opgave på skalaen fra 'Meget lavt' til 'Meget højt'. Sygeplejerskerne vægtede generelt håndtering af ernæring højt eller meget højt (67 %), men sammenlignet med andre opgaver vægtes ernæring en smule lavere; Sygeplejerskerne vægtede håndtering af smerter højest (90 %), efterfulgt af håndtering af følelsesmæssige aspekter (86 %), håndtering af bivirkninger og håndtering af fysiske aspekter (81 %) samt håndtering af medicinsk behandling (78 %). Samme billede tegnede sig i 2012, hvor ernæring blev vægtet lavest i forhold til de andre opgaver.

Sygeplejerskerne derudover spurgt om, hvordan ledelsen efter deres opfattelse vægter ernæring til kræftpatienter i forhold til andre patienter. 50 % af sygeplejerskerne mener at ledelsen vægter denne opgave 'højt' eller 'meget højt' og 16 % mener, at ledelsen vægter ernæring til kræftpatienter i forhold til andre patienter 'lavt' eller 'meget lavt'. Næsten hver fjerde sygeplejerske (23 %) havde svaret at ledelsen vægter opgaven 'middel'.

Kliniske diætister

De kliniske diætister blev spurgt om, hvem der efter deres opfattelse tager ansvar for patientens ernæringstilstand i hverdagen. De fleste kliniske diætister har i undersøgelsen angivet, at de selv (26 %) tager mest af ansvaret i hverdagen, efterfulgt af sygeplejerskerne (22 %) og patienten/pårørende (19 %). Lægen tager ifølge de kliniske diætister den mindste del af ansvaret for kræftpatientens ernæringstilstand i hverdagen.



Ifølge næsten halvdelen af de kliniske diætister bør ansvaret for patientens ernæringstilstand ikke ligge hos én faggruppe, men i stedet være en fælles indsats for alle parter (45 %). Derefter mener de kliniske diætister, at ansvaret bør ligge hos dem selv (18 %), sygeplejerskerne (15 %) og lægen (13 %).

Patienten og den pårørende bør ifølge de kliniske diætister have mindre ansvar for ernæringstilstanden end hvad der er tilfældet i dag.

Endelig blev de kliniske diætister spurgt om, hvordan ledelsen efter deres opfattelse vægter ernæring til kræftpatienter i forhold til andre patienter. 41 % af respondenterne havde svaret 'højt' eller 'meget højt' overfor 8 %, som svarede 'lavt' eller 'meget lavt'. 31 % svarede at ledelsen vægter opgaven 'middel'.

Delkonklusion

Sygeplejerskerne og de kliniske diætister mener hver især, at de tager det meste af ansvaret for patientens ernæringstilstand i hverdagen. En del af forklaringen herpå er formentlig, at sygeplejerskerne primært er ansat på hospitaler mens syv ud af 10 af de kliniske diætister der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen er ansat i en kommune. Grupperne er enige om, at næst efter dem selv, tager patienter og pårørende mest ansvar for ernæringstilstanden. Lægen vurderes til at være den, der tager den mindste del af ansvaret i hverdagen. Både sygeplejerskerne og de kliniske diætister mener, at ansvaret bør være en fælles indsats, hvilket afspejler et ønske om et mere tværfagligt samarbejde om ernæringsindsatsen. Desuden bør patienten ifølge begge faggrupper bære et mindre ansvar, end hvad der er tilfældet i praksis. Ligesom i undersøgelsen blandt kræftsygeplejersker i 2012, vægter sygeplejerskerne i dag ernæring lavere i forhold til andre opgaver, herunder håndtering af smerter og håndtering af følelsesmæssige aspekter. Den største procentdel af både sygeplejerskerne og de kliniske diætister mener, at ledelsen vægter ernæring til kræftpatienter højt. En fjerdedel af sygeplejerskerne og en tredjedel af de kliniske diætister vurderer vægtningen hos ledelsen til middel, hvilket indikerer, at selvom ernæring hos kræftpatienter for det meste er prioriteret højt hos ledelsen, er der stadig mulighed for forbedring.

3.4 Ernæringsindsatsen

Underernæring og tab af muskelmasse sker hyppigt hos kræftpatienter. Screening, overvågning og behandling af underernæring bør ifølge ESPEN guidelines etableres på enhver institution involveret med behandling af kræftpatienter⁹.

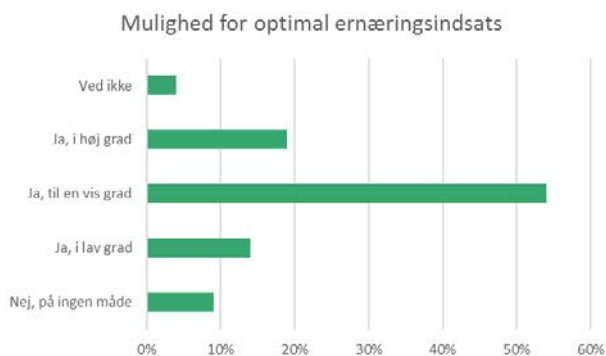
Sygeplejerskerne og de kliniske diætister blev i undersøgelse bedt om at svare på spørgsmål om ernæringsindsatsen i deres arbejde med kræftpatienter, herunder ernæringscreening, ernæringsplaner og opfølgning. Desuden blev der spurgt ind til henholdsvis enteral og parenteral ernæring i ernæringsindsatsen og endelig, hvordan ernæringsindsatsen kan forbedres.

3.4.1 Rammer for optimal ernæringsindsats

Sygeplejersker

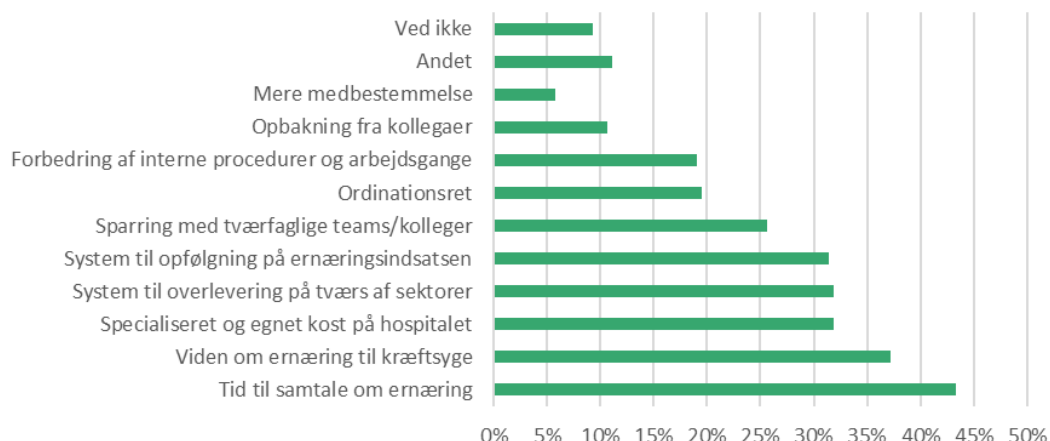
Sygeplejerskerne blev spurgt om, de har mulighed for at tilbyde patienterne en optimal ernæringsindsats. Dertil svarede hver femte (19 %), at de i høj grad har mulighed for at tilbyde en optimal ernæringsindsats. 54 % svarede, at de til en vis grad har mulighed for at tilbyde en optimal ernæringsindsats og 14 % svarede 'i lav grad'. Næsten hver tiende sygeplejerske (9 %) angiver, at de ikke har mulighed for at tilbyde patienterne en optimal ernæringsindsats.

Derefter blev de spurgt om hvad de mangler for at kunne tilbyde patienterne en optimal ernæringsindsats. Respondenterne kunne vælge flere svarmuligheder. I 2012 var 'tid til samtale om ernæring med patient og pårørende', 'opdateret viden om ernæring til kræftsyrge' og 'tilbud om specialiseret og egnet kost på hospitalet' de tre største mangler. Resultaterne fra denne



undersøgelse ses i grafen nedenfor, der viser, at de største mangler er 'tid til samtale om ernæring med patienter og pårørende' (43 %), 'opdateret viden om ernæring til kræftsyrge' (37 %), 'et system til overlevering på tværs af sektorer' (32 %) samt 'et system til at følge op på ernæringsindsatsen' (31 %). Desuden efterspørger en fjerdedel (26 %) af sygeplejerskerne sparring med tværfaglige teams/kolleger. Ved 'andet' havde sygeplejerskerne angivet, at de mangler flere kliniske diætister for at kunne tilbyde en optimal ernæringsindsats. Mere tid til patienten og opdateret viden er stadigvæk det, som sygeplejerskerne efterspørger mest for at kunne tilbyde en optimal ernæringsindsatsen.

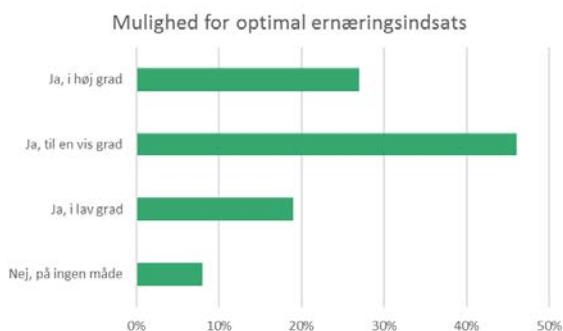
Mangler for at kunne tilbyde optimal ernæringsindsats



Kliniske diætister

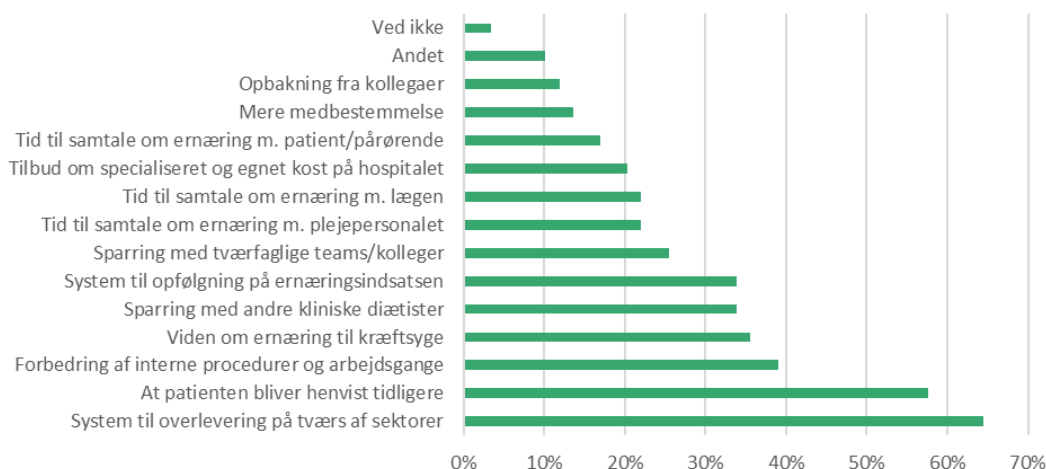
De kliniske diætister blev i undersøgelsen spurgt om, hvor mange timer de bruger på kræftpatienter om ugen, samt hvor lang ventetid der er. 68 % af de kliniske diætister bruger mellem 0-5 timer om ugen til kræftpatienter. 37 % anser tiden, de bruger som tilstrækkelig for at kunne udføre deres arbejde. 25 % svarede, at det ikke var tilstrækkeligt og 34 % svarede hverken/eller. 47 % af de kliniske diætister oplyste en ventetid på 0-5 dage. 19% oplyste en ventetid på mellem 06-10 dage, 24% sagde 11-15 dage og 2 % havde en ventetid på 26-30 dage. 3 %, svarende til 2 ud af de 59 kliniske diætister i undersøgelsen, havde en ventetid på 41-45 dage.

68 % af de kliniske diætister i undersøgelsen er ansat i kommunalt tilbud. Undersøgelsen viser, at størstedelen af de kliniske diætister på deres arbejdsplads har mulighed for at tilbyde kræftpatienter en optimal ernæringsindsats, men størstedelen (46 %) af respondenterne har svaret, at de 'til en vis grad' kan tilbyde en optimal indsats, hvilket indikerer, at der ifølge de kliniske diætister er mulighed for forbedring på området.



De kliniske diætister blev spurgt, hvad de mangler for at optimere ernæringsindsatsen. De kunne vælge mellem flere svarmuligheder. Blandt de største ønsker var 'et system til overlevering på tværs af sektorer' (64 %), 'at patienten bliver henvist tidligere' (58 %), 'forbedring af interne procedurer og arbejdsgange' (39 %) samt 'opdateret viden om ernæring til kræftpatienter' (36 %). Derudover efterspørger en fjerdedel af de kliniske diætister 'sparring med tværfaglige teams/kolleger' (25 %) for at kunne optimere ernæringsindsatsen.

Mangler for at kunne tilbyde optimal ernæringsindsats



Delkonklusion

54 % af sygeplejerskerne og 46 % af de kliniske diætister mener, at de til en vis grad kan tilbyde en optimal ernæringsindsats, og der er derfor mulighed for forbedring på området. For at kunne optimere ernæringsindsatsen efterspørger sygeplejerskerne blandt andet mere tid til patienten og pårørende samt flere kliniske diætister. De kliniske diætister udtrykker ønsket om, at patienten bliver henvist til dem før end hvad, der er tilfældet nu. Begge faggrupper efterspørger mere viden om ernæring til kræftpatienter samt mere sparring med tværfaglige teams/kolleger. Endelig efterspørger en stor del af kræftsyrgeplejerskerne og de kliniske diætister et system til overlevering på tværs af sektorer, hvilket viser et behov for bedre kommunikation ved sektorovergangene.

3.4.2 Ernæringscreening

Formålet med ernæringscreening er at identificere de patienter, for hvem sygdomsforløbet bliver forværret, hvis der ikke gøres en målrettet ernæringsindsats¹⁰. Ernæringscreening identificerer patienter, man ved første øjekast ikke ville vurdere til at være i risiko. For eksempel kan en overvægtig person tabe sig før kræftdiagnosen stilles på grund af sygdommen, og ved diagnositidspunktet have tabt sig meget. Hvis det ikke opdages, kan vægttabet fortsætte under kræftforløbet og have alvorlige konsekvenser for patienten.

Sygeplejersker

88 % af sygeplejerskerne oplyste i undersøgelsen, at de ernæringscreener kræftpatienter. 39 % gør det 'i høj grad', 27 % 'til en vis grad' og 21 % 'i mindre grad'. De resterende 12 % af sygeplejerskerne svarede, at de på ingen måde ernæringscreener.

Ifølge sygeplejerskerne er det dem selv, der i hverdagen tager ansvaret for ernæringscreeningen. Størstedelen (88 %) angiver, at sygeplejersken tager ansvaret i hverdagen efterfulgt af den kliniske diætist (31 %), sosu-assistenten (22 %) og lægen (17 %).

63 % af sygeplejerskerne oplever, at patienten bliver ernæringscreenet ved diagnosticering, hvilket er uforandret fra undersøgelsen i 2012 (64 %). Hvor hver tiende sygeplejerske i 2012 ikke vidste, om patienten bliver ernæringscreenet ved diagnosticering, ved hver sjette (16 %) sygeplejerske det ikke i dag.

77 % af sygeplejerskerne er overvejende enige i, at patienten bliver vejlet ved indlæggelse. Når patienten er indlagt, oplever 48 % af sygeplejerskerne at patienten bliver ernæringscreenet mindst én gang om ugen, og 42 % er enig i at patienten ernæringsscreenes jævnligt ved ambulante behandling. Det er en forbedring siden undersøgelsen i 2012, hvor 37 % af sygeplejerskerne havde svaret, at de ernæringsscreener patienten mindst én gang om ugen ved indlæggelse og 20 % foretog jævnligt screening ved ambulante behandling.

83 % svarede, at de ernæringsscreener patienten ved tydeligt vægttab, hvilket er flere end i 2012 (75 %). Eftersom størstedelen af sygeplejerskerne screener patienten ved diagnosticering kan det tyde på, at patienten allerede har lidt vægttab, når diagnosen stilles.

Kliniske diætister

80 % af de kliniske diætister oplyser, at de i deres arbejder ernæringsscreener kræftpatienterne. Af de kliniske diætister, som ernæringsscreener, gør 36 % det i mindre grad, 36 % til en vis grad og 8 % ernæringsscreener i høj grad kræftpatienter. Hver femte klinisk diætist (20 %) ernæringsscreener slet ikke kræftpatienter i deres arbejde.

Ifølge de kliniske diætister er det sygeplejersken (58 %), der i hverdagen tager mest af ansvaret for ernæringscreening af patienten efterfulgt af den kliniske diætist (54 %), sosu-assistenten (25 %) og lægen (10 %).

Knap en tredjedel (29 %) af de kliniske diætister oplever, at patienten bliver ernæringscreenet ved diagnosticering. Den anden tredjedel (27 %) oplever modsat, at patienten ikke ernæringsscreenes ved diagnosticering og den sidste tredjedel (31 %) ved ikke om patienten bliver ernæringscreenet ved diagnosticering.

31 % af de kliniske diætister er enige i, at patienten bliver vejlet ved indlæggelse og 27 % har derimod svaret, at de ikke ved om patienten bliver vejlet ved indlæggelse. 37 % af de kliniske diætister er uenige i, at patienterne ernæringsscreenes mindst én gang om ugen, når de er indlagt overfor 14 %, der er enige i dette. 34 % har svaret, at de ikke ved, om patienterne bliver ernæringscreenet, når de er indlagt. 29 % er enige i, at patienten ernæringsscreenes jævnligt ved ambulante behandling, hvor 31 % ikke ved det. Lidt mere end en femtedel (22 %) oplever ikke, at patienterne ernæringsscreenes ved ambulante behandling.

Halvdelen (51 %) af respondenterne er enige i, at patienterne ernæringsscreenes, hvis de lider et tydeligt vægttab. En femtedel (20 %) er ikke enig i, at patienten ernæringsscreenes ved tydeligt vægttab og endnu en femtedel (19 %) ved ikke om patienten ernæringsscreenes i tilfælde af tydeligt vægttab.

Delkonklusion

Størstedelen af sygeplejerskerne og de kliniske diætister ernæringscreenere i større eller mindre grad kræftpatienter. Sygeplejerskerne og den kliniske diætist er enige i, at det er sygeplejersken, der i hverdagen tager størstedelen af ansvaret for ernæringscreeningen af kræftpatienter. Begge faggrupper oplever, at lægen tager den mindste del af ansvaret i hverdagen. Samme procentdel af sygeplejerskerne som i 2012 oplever i dag, at patienten bliver ernæringsscreenet ved diagnosticering. Procentvis færre kliniske diætister oplever, at patienten bliver ernæringsscreenet ved diagnosticering.

Hvor tre fjerdele af sygeplejerskerne oplever, at patienten bliver vejet ved indlæggelse, oplever en tredjedel af de kliniske diætister dette. De kliniske diætister og kræftsygeplejerskerne er ikke enige i udsagnet om, at patienten bliver ernæringsscreenet mindst én gang om ugen under indlæggelse. Hvor mere end hver tredje klinisk diætist er uenig i dette udsagn, er halvdelen af sygeplejerskerne enige i, at patienten ugentligt ernæringscreens under indlæggelse. Den største procentdel af sygeplejerskerne oplever at patienten ernæringscreens ved ambulantly behandling, hvor den største procentdel af de kliniske diætister har svaret, at de ikke ved det. Otte ud af ti sygeplejersker oplever, at patienten ernæringscreens ved tydeligt vægttab. Fem ud af ti kliniske diætister oplever, at patienten ernæringscreens ved tydeligt vægttab.

3.4.3 Ernæringsplaner og opfølgning

På baggrund af ernæringscreeningen skal de patienter, der har behov for det, have udarbejdet en ernæringsplan. I planen fastlægges patientens omtrentlige energi- og proteinbehov, og ud fra spørgsmål om appetit, kostvaner og evt. spiseproblemer vælges den ernæringsform, der dækker patientens behov. Der skal også fremgå, hvad man gør for at afhjælpe spiseproblemer. Endelig skal det fremgå, hvordan behandlingen monitoreres, evalueres og justeres¹⁰. Det er afgørende for udfaldet, at ernæringsplanen derefter følges op på.

Sygeplejersker

Ifølge undersøgelsen i 2012 sørgede 37 % af sygeplejerskerne for at udarbejde en ernæringsplan i patientjournalen. Samme billede viser sig fra den seneste undersøgelse, hvor 38 % af sygeplejerskerne i dag gør dette. 50 % af sygeplejerskerne sørger for at følge op på den planlagte ernæringsplan, hvilket er en lille forbedring fra undersøgelsen i 2012, hvor lidt under halvdelen (45 %) fulgte op på ernæringsplanen. Hver tiende har i dag svaret, at de ikke ved, om de følger op på ernæringsplanen. Størstedelen af sygeplejerskerne (60 %) sørger for at vælge de rette ernæringsterapiprodukter ud fra patientens behov.

Næsten halvdelen af sygeplejerskerne (47 %) oplever, at patienten bliver tilbudt en klinisk diætist tidligt i forløbet, mens næsten en fjerdedel (23 %) er uenig eller meget uenig i dette udsagn. I det daglige arbejde med patienterne, sørger 67 % af sygeplejerskerne ifølge undersøgelsen enten for at henvise til en klinisk diætist ved behov/tvivl, eller de finder tid til at konferere med en læge eller kollega ved behov. Over halvdelen af sygeplejerskerne (59 %) får videregivet information til andre samarbejdspartnere i andre sektorer.

Kliniske diætister

Størstedelen (80 %) af de kliniske diætister sørger for at udarbejde en ernæringsplan til patientjournalen og 85 % sørger for at følge op på planen. Ni ud af ti (92 %) af de kliniske diætister sørger for i høj grad eller meget høj grad, at vælge de rette ernæringsprodukter ud fra patientens behov. Desuden sørger 69 % i høj eller meget høj grad for, at konferere med læge eller kolleger ved behov og lidt over halvdelen (54 %) sørger for at videregive informationer til samarbejdspartnere i andre sektorer.

Spørgsmålet om hvor enig den kliniske diætist er i at patienterne bliver tilbudt en klinisk diætist tidligt i forløbet, deler vandene. Hvor 44 % af de kliniske diætister er enige, er 42 % derimod uenige i dette udsagn.

Delkonklusion

En større procentdel af diætisterne end sygeplejerskerne sørger for at udarbejde en ernæringsplan i patientjournalen og følge op på planen derefter. Det kan forklares med, at ernæringsarbejdet hos sygeplejersken er én opgave blandt mange forskellige, hvor ernæring er den primære opgave hos de kliniske diætister. Størstedelen af sygeplejerskerne sørger i høj grad for at vælge det rette ernæringsprodukt ud fra patientens behov. Det samme er gældende hos de kliniske diætister, men procentdelen er større sammenlignet med kræftsygeplejerskerne. Størstedelen af både sygeplejerskerne og de kliniske diætister sørger for, at konferere med en læge eller kollega ved behov og over halvdelen sørger for at videregive informationer til samarbejdspartnere i andre sektorer. Næsten hver fjerde sygeplejerske oplever, at patienten ikke bliver henvist til en klinisk diætist tidligt i forløbet, men 67 % af sygeplejerskerne oplyser, at de i patienten behandlingsforløb sørger for at henvise til en klinisk diætist ved behov eller tvivl. 42 % af de kliniske diætister oplever, at patienten ikke bliver henvist til dem tidligt i forløbet.

3.4.4 Ernæringsterapiprodukter

Hvis patienten ikke kan indtage tilstrækkelig ernæring oralt eller har problemer med at optage eller holde maden i sig, har patienten mulighed for helt eller delvist at få opfyldt ernæringsbehovet ved hjælp af forskellige ernæringsterapiprodukter, herunder ernæringsdrikke, enteral og parenteral ernæring.

Sygeplejersker

Siden undersøgelsen i 2012 er der sket en forbedring i forbindelse med ernæringsindsatsen med parenteral og enteral ernæring. Hvor 26,3 % af sygeplejerskerne ifølge undersøgelsen i 2012 var tilfredse med indsatsen for enteral ernæring, vurderer 44 % i dag, at indsatsen for enteral ernæring er god. Ligeledes ses en forbedring i indsatsen med parenteral ernæring siden undersøgelsen i 2012. I den seneste undersøgelse vurderer hver tredje sygeplejerske (33 %), at indsatsen for parenteral ernæring er god, hvor hver fjerde sygeplejerske (25 %) vurderede dette i 2012.

Sygeplejerskerne blev spurgt ind til hvilke udfordringer de oplever ved henholdsvis enteral og parenteral ernæring. Ligesom i undersøgelsen i 2012, viser resultaterne for enteral ernæring i dag, at 'patienten føler sig sygeliggjort' og 'tvivl om hvornår enteral ernæring bør startes' samt 'tvivl om, hvornår det bør slutes igen' er blandt de største udfordringer ved enteral ernæring.

I forhold til udfordringer ved parenteral ernæring angav sygeplejerskerne i 2012 en 'modvillig læge' som en af de største udfordringer på området. I dag er dette en mindre udfordring for sygeplejerskerne, hvorimod 'tvivl om, hvornår parenteral bør startes' og 'tvivl om, hvornår det bør slutes igen' samt at det er 'svært at udskrive patienten med parenteral ernæring' beskrives som de største udfordringer.

Kliniske diætister

Om ernæringsterapiprodukter blev de kliniske diætister først spurgt om deres indflydelse på ordination af forskellige ernæringsterapiprodukter.

I forhold til ordination af ernæringsdrikke (grønne recepter) vurderer 68 % af respondenterne, at de har god eller meget god indflydelse på dette. 10 % mener modsat ikke, at de har god indflydelse på ordinationen af ernæringsdrikke. 47 % vurderer, at de har god eller meget god indflydelse på ordination af enteral ernæring overfor 12 %, der har dårlig eller meget dårlig indflydelse. Ved parenteral ernæring mener hver femte (20 %) at have god eller meget god indflydelse på ordinationen og hver fjerde (24 %) har svaret, at de har dårlig eller meget dårlig indflydelse.

Dernæst blev de kliniske diætister spurgt om udfordringer ved henholdsvis enteral og parenteral ernæring. For enteral ernæring var 'manglende fokus på ernæring fra sundhedsfagligt personale', at 'patienten føler sig sygeliggjort' samt tvivl om 'hvornår det bør startes' og hvornår det bør slutes igen' angivet som de største udfordringer. I forhold til udfordringer ved parenteral ernæring angav de kliniske diætister ligesom ved enteral ernæring 'manglende fokus på ernæring fra sundhedsfagligt personale' og 'tvivl om, hvornår parenteral bør startes', og 'hvornår det bør slutes igen'.

Delkonklusion

Flere sygeplejersker i dag end i 2012 er tilfredse med indsatsen med henholdsvis enteral og parenteral ernæring, hvor lidt under halvdelen i dag vurderer indsatsen som god eller meget god. De kliniske diætister blev spurgt hvordan deres indflydelse var på ordination af forskellige ernæringsterapiprodukter. Den største procentdel af de kliniske diætister vurderer, at have god eller meget god indflydelse på ordinationen af henholdsvis ernæringsdrikke og enteral ernæring. Sammenlignet med ernæringsdrikke og enteral ernæring, har de kliniske diætister ifølge undersøgelsen mindre indflydelse på ordination parenteral.

Sygeplejerskerne og de kliniske diætister oplever de samme udfordringer ved enteral og parenteral ernæring. De største udfordringer ligger i, at patienten føler sig sygeliggjort samt at der kan være tvivl om, hvornår behandlingen skal startes og slutes igen. Desuden oplever de kliniske diætister også en udfordring ved et manglende fokus på ernæring fra sundhedsfagligt personale.

3.5 Forbedring af ernæringsindsatsen

Sygeplejersker

Lidt under halvdelen af sygeplejerskerne i undersøgelsen vurderer generelt, at den nuværende ernæringsindsats til kræftpatienter er god. 45 % har således svaret, at ernæringsindsatsen er god eller meget god overfor 18 %, som har svaret dårlig eller meget dårlig. Resten svarede hverken/eller. Sygeplejerskernes generelle vurdering af ernæringsindsatsen er uforandret sammenlignet med undersøgelsen i 2012, hvor 46 % vurderede den generelle ernæringsindsats til god.

Sygeplejerskerne blev derefter spurgt, hvad der skal til for at kunne forbedre ernæringsindsatsen. Ligesom i undersøgelsen fra 2012, efterspørger halvdelen af sygeplejerskerne i dag mere samarbejde med kliniske diætister og mere tværfagligt arbejde (42 %). Desuden efterspørger de mere viden, både blandt sygeplejersker (37 %) og blandt læger (32 %). Under 'andet' havde flere sygeplejersker skrevet, at de har brug for mere tid til ernæringsindsatsen. Nedenstående graf viser, hvad sygeplejerskerne efterspørger for at kunne forbedre ernæringsindsatsen til kræftpatienter.

Forbedringer til ernæringsindsatsen

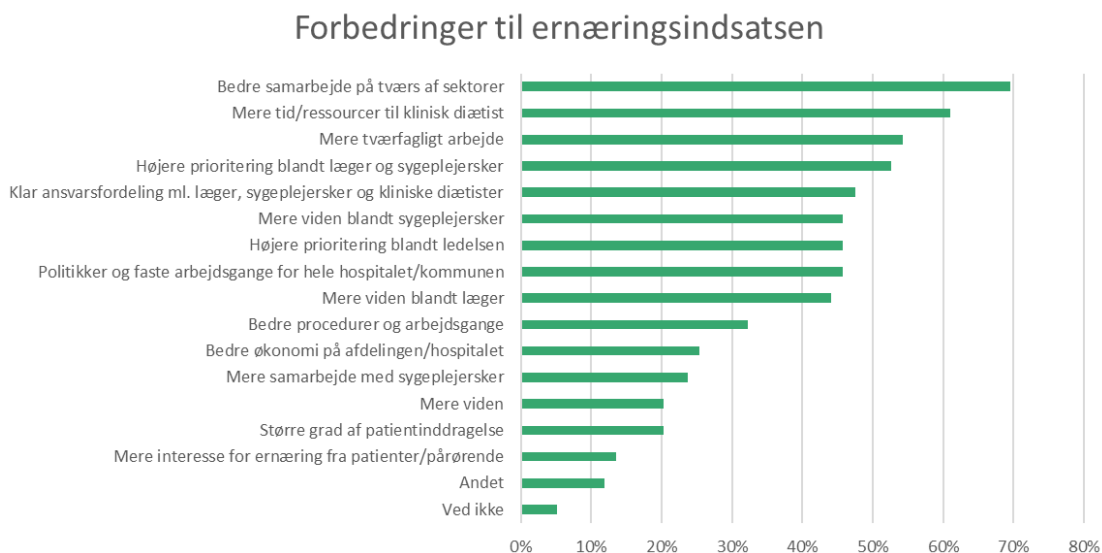


Kliniske diætister

42 % af de kliniske diætister vurderer generelt, at den nuværende ernæringsindsats til kræftpatienter er dårlig eller meget dårlig. 22 % vurderer modsat, at indsatsen er god eller meget god. 31 % svarede hverken/eller. Specifikt i forhold til madtilbud på sygehuset, vurderer 27 % af de kliniske diætister indsatsen som god eller meget god. 14 % har vurderet indsatsen som dårlig eller meget dårlig. Omvendt vurderer 39 % af de kliniske diætister i kommunen indsatsen i forhold til madtilbud som dårlig eller meget dårlig og 19 % vurderer den som god eller meget god.

For at ernæringsindsatsen kan forbedres, efterspørger størstedelen af de kliniske diætister 'bedre samarbejde på tværs af sektorer' (69 %), 'mere tid/ressourcer til den kliniske diætist' (61 %),

'mere tværfagligt samarbejde' (54 %) samt 'højere prioritering blandt læger og sygeplejersker' (53%). Under 'andet' havde nogle respondenter blandt andet skrevet, at 'alle kræftpatienter skal kunne blive henvist til ernæringsvejledning' samt 'bedre kommunikation mellem hospital og kommune'.



Delkonklusion

Sygeplejerskernes vurdering af ernæringsindsatsen er den samme som i undersøgelsen fra 2012, hvor den største procentdel af sygeplejerskerne vurderer indsatsen som god eller meget god. Sygeplejerskernes vurdering er forskellig fra de kliniske diætister, hvor den største procentdel vurderer indsatsen som dårlig eller meget dårlig. Forskellen skal ses i lyset af, at de kliniske diætister netop er specialiseret i ernæring og måske derfor bemærker flere eksempler, hvor ernæringsindsatsen ikke har været tilstrækkelig. Begge faggrupper er til gengæld enige om, hvad der skal til for at forbedre ernæringsindsatsen. Hvis ernæringsindsatsen skal forbedres, er det ifølge kræftsygeplejersker og de kliniske diætister et spørgsmål om mere tværfagligt samarbejde, bedre samarbejde på tværs af sektorer samt mere tid/ressourcer og viden.

Konklusion

Kræftpatientens ernæringsstilstand har ifølge resultaterne fra undersøgelsen blandt kræftsygeplejersker og kliniske diætister afgørende betydning for flere aspekter af patientens sygdomsforløb. Der er bred enighed om, at en velernæret kræftpatient har bedre overlevelse og har færre indlæggelser. Indsatsen for at sikre velernærede kræftpatienter har derfor både betydning for sundhedsvæsnet, da det forebygger indlæggelser og forlængelse af behandlingsforløbet, samt betydning for patienten, som oplever bedre livskvalitet og oplever selv at kunne påvirke sit sygdomsforløb.

Kun halvdelen af sygeplejerskerne og de kliniske diætister mener, at de i deres arbejde til en vis grad kan tilbyde en optimal ernæringsindsats, og næsten hver tiende sygeplejerske (9 %) og klinisk diætist (8%) angiver, at de ikke har mulighed for at tilbyde patienterne en optimal ernæringsindsats. For at optimere ernæringsindsatsen efterspørger sygeplejerskerne blandt andet mere tid til patienter og pårørende samt flere kliniske diætister. De kliniske diætister udtrykker ønske om, at patienten bliver henvist til dem før end hvad, der er tilfældet nu, hvor 42 % af de kliniske diætister oplever, at patienten ikke bliver henvist tidligt i forløbet. Begge faggrupper efterspørger mere viden om ernæring til kræftpatienter samt mere sparring med tværfaglige teams/kolleger.

I hverdagen tager kræftsygeplejersker og de kliniske diætister den største del af ansvaret for kræftpatienternes ernæringsstilstand. Lægen tager den mindste del af ansvaret i hverdagen, hvilket indikerer, at lægen i praksis prioriterer andre dele af patientens kræftbehandling. Undersøgelsen viser endvidere, at patienter og pårørende, ifølge kræftsygeplejerskerne og de kliniske diætister, tager et større ansvar for ernæringsstilstanden, end de burde gøre. Det afspejler en holdning om, at ansvaret bør blive flyttet fra patienten og den pårørende over til sundhedspersonalet, hvilket forudsættes af at ernæringsarbejdet bliver prioriteret mere i kræftbehandlingen.

Flere kliniske diætister end kræftsygeplejersker har svaret, at de sørger for at udarbejde en ernæringsplan til patientjournalen og følge op på planen derefter, hvilket kan forklares med, at ernæringsarbejdet er én af mange forskellige opgaver hos kræftsygeplejerskerne hvorimod ernæring er den primære opgave hos de kliniske diætister. Kræftsygeplejerskerne blev i undersøgelsen derfor også bedt om at angive, hvorledes de prioriterer ernæring overfor andre opgaver i deres arbejde. Her viste undersøgelsen, at ernæringsarbejdet prioriteres lavere end andre opgaver.

En tidlig ernæringsindsats i behandlingsforløbet er vigtig for at kunne komme underernæring hos kræftpatienter i forkøbet. Som en del af ernæringsarbejdet foretages ernæringsscreening, der har til formål at identificere kræftpatienter i ernæringsmæssig risiko. Dette sker for at forebygge komplikationer og fremme helbredelsen. Ifølge kræftsygeplejerskerne og de kliniske diætister, er det kræftsygeplejerskerne, der i praksis tager den største del af ansvaret for at ernæringscreenere patienterne. Undersøgelsen viser, at 63 % af sygeplejerskerne oplever, at patienten bliver ernæringsscreenet ved diagnosticering, hvorimod langt færre kliniske diætister (29 %) oplever dette. En forklaring kan være, at de kliniske diætister ikke er i kontakt med kræftpatienterne ved diagnostetidspunktet, men først når patienterne bliver henvist senere i forløbet.

I de tilfælde, hvor patienten skal have enteral eller parenteral ernæring, oplever kræftsygeplejerskerne og de kliniske diætister de samme udfordringer, som består af tvivl om hvornår behandlingen skal startes og sluttet igen, samt at patienten føler sig sygeliggjort. Desuden angiver de kliniske diætister en udfordring ved manglende fokus på enteral og parenteral ernæring fra sundhedspersonalet.

Undersøgelsen viste en forskel i vurderingen af nuværende ernæringsindsats til kræftpatienter. Hvor størstedelen af kræftsygeplejerskerne vurderede, at indsatsen er god eller meget god, vurderede størstedelen af de kliniske diætister modsat, at indsatsen er dårlig eller meget dårlig. Forskellen skal ses i lyset af, at de kliniske diætister netop er specialiseret i ernæring og måske derfor bemærker flere eksempler, hvor ernæringsindsatsen ikke har været tilstrækkelig. Begge faggrupper er til gengæld enige om, hvad der skal til for at forbedre ernæringsindsatsen. Hvis ernæringsindsatsen skal forbedres, er det ifølge kræftsygeplejersker og de kliniske diætister et spørgsmål om mere tværfagligt samarbejde, bedre samarbejde på tværs af sektorer samt mere tid/ressourcer og viden.

Referencer

¹ Martin L et al. (2015) Diagnostic Criteria for the Classification of Cancer-Associated Weight Loss. *Journal of clinical oncology*. 33(1): 90-99

² Dewys WD, Begg C, Lavin PT et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group.

Am J Med 1980;69(4):491-497 and Nitenberg G, Raynard B. Nutritional support of the cancer patient: issues and dilemmas. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;34(3):137-168

³ Kost og cancer (2016) Rapport om Kræftpatienters Kost og Ernæring:

https://www.kost.dk/sites/default/files/uploads/public/pdf_diverse/kost_cancer_print.pdf

⁴ Sundhedsstyrelsen 2008; Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.

Version 1.1, side 10: <https://www.sst.dk/~media/E47596E7CCB4491FB80FAB352750793C.ashx>

⁵ Nordoy T, Thoresen L, Kvikstad A, Svensen R. Treatment with nutrition and fluids in patients with non-curable cancer. *Tidskr Nor Laegeforen* 2006; 126 (5):634-627, *Kost Ernæring og Sundhed* (2, 2013 side 11) (www.cancer.dk, Bell Møller, Pia Gronemann)

⁶ Sundhedsstyrelsen 2008; Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.

Version 1.1, side 25: <https://www.sst.dk/~media/E47596E7CCB4491FB80FAB352750793C.ashx>

⁷ *Onkologisk Tidsskrift* 2017; Lars Henrik Jensen om kræftpatienters ernæring: Det er almindeligt med vægttab: <http://onkologisktidsskrift.dk/behandling/522-lars-henrik-jensen-om-kræftpatienters-ernaering-det-er-almindeligt-med-vaegttab.html>

⁸ Muscaritoli M et al. *Crit Rev Oncol Hematol* (2012); 84 (1):2636 og Bozetti F *Clin Nutr* 2011;30:714717

⁹ Arends J, et al., ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, *Clinical Nutrition* (2016)

<http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2016/11/ESPEN-cancer-guidelines-2016-final-published.pdf>

¹⁰ Sundhedsstyrelsen (2008) Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Version 1.1, side 10.

<https://www.sst.dk/~media/E47596E7CCB4491FB80FAB352750793C.ashx>