

Medisinsk ernæringsbehandling for kreftpasienter i palliativ setting

Etiske utfordringer og erfaringer fra klinikken

Anette Dale

Seksjon Klinisk Ernæring

Innledningsvis

- Ernæringsbehandling er en viktig del av støttebehandling i (palliativ) kreftbehandling
- Mange kreftpasienter er kandidater for palliative tjenester over lengre tidsperioder
- Adekvat næringstilførsel nødvendig for å kunne gjennomføre langvarig palliativ kreftbehandling
- Ernæringsbehandling i palliativ fase er gjenstand for diskusjon
- Fokus på å redusere ikke-nyttig behandling og unngå overbehandling

ESPEN GUIDELINE

Hvilke utfordringer erfarer vi?

- Det stilles spørsmålstegn ved videreføring av ernæringsbehandling selv om annen livsforlengende behandling kontinueres
- Ernæringsbehandling som ikke avsluttes til tross for kort forventet levetid
- Pasienter som ønsker å fortsette ernæringsbehandling selv om annen livsforlengende behandling er avsluttet
- Pasienter som kontinuerer livsforlengende behandling inkludert ernæringsbehandling for sine pårørende men som selv ikke nødvendigvis ønsker det

Pasientkasus

Kvinne i 80-årene med cancer pankreas

- Henvist kef grunnet hypoalbumineni, alvorlig steatoré og vekttap
- Startet supplerende intravenøs ernæring (PN)
- Onkologisk behandling avsluttet noen dager senere
- Utskrevet til korttidsopphold med PN
- Telefonoppfølging av kef to uker senere
- Pårørende informerer om at pasienten er terminal og at næringstilførsel allerede var avsluttet

Vurdering av ernæring- og væskebehandling til *alvorlig* syke pasienter

Vurder onkologisk og klinisk tilstand	Alder, allmenntilstand, funksjonsstatus, prognose, komorbiditet
Kartlegg pasientens symptomer	Kan farmakologisk tiltak forventes å hjelpe?
Forventet levetid	Kort (dager til få uker), middels (uker til få måneder) eller lengre (flere måneder)
Væske- og ernæringsstatus	Er pasienten underernært, dehydrert eller begge deler?
Inntak av mat og drikke	Hvor mye av energibehov dekkes?
Psykologisk innstilling	Er pasienten aktiv i forhold til sin sykdom og deltakende i beslutninger?
Tarmfunksjon	Mulig administrasjon for ernæringsbehandling
Behov for spesialisert hjemmebasert omsorg	Kan enteral eller intravenøs ernæring gis hjemme?

Anbefalinger for pasienter i *palliativ setting*

- Ernæringscreening
- Underernæring eller risiko for underernæring
 - ➡ videre kartlegging
- Ernæringsbehandling iverksettes etter at man i samråd med pasient har vurdert;
 - **Prognose/forventet levetid**
 - Forventet effekt på livskvalitet
 - Fordeler/byrden av ernæringsbehandling

ESPEN GUIDELINE

NO-GO

- Pasienter med raskt progredierende sykdom tross onkologisk behandling, pågående systemisk inflammasjon og/eller ECOG status på ≥ 3
- Pasienter i siste ukene av livet
- Døende pasienter

ESPEN GUIDELINE

GO-GO

- Pasienter med lav tumoraktivitet
- Pasienter med forventet levetid over flere måneder/år
- Pasienter med forventet levetid fra et par til flere uker
 - Dersom behandling av symptomer relatert til ernæring kan lette sykdomsbyrden
 - I hovedsak ikke-invasiv ernæringsbehandling

ESPEN GUIDELINE

Funksjonsevne burde ikke påvirke avgjørelse for eller i mot ernæringsstøtte **dersom pasientens funksjonsevne antas å være lav grunnet av redusert matinntak** og ikke grunnet raskt progredierende sykdom

En pasient har bedre livskvalitet med enn uten ernæringsbehandling siste del av livet. Forventet levetid er kort. Skal vi fortsatt ikke gi ernæringsbehandling?

Ernæringsbehandling

Nei

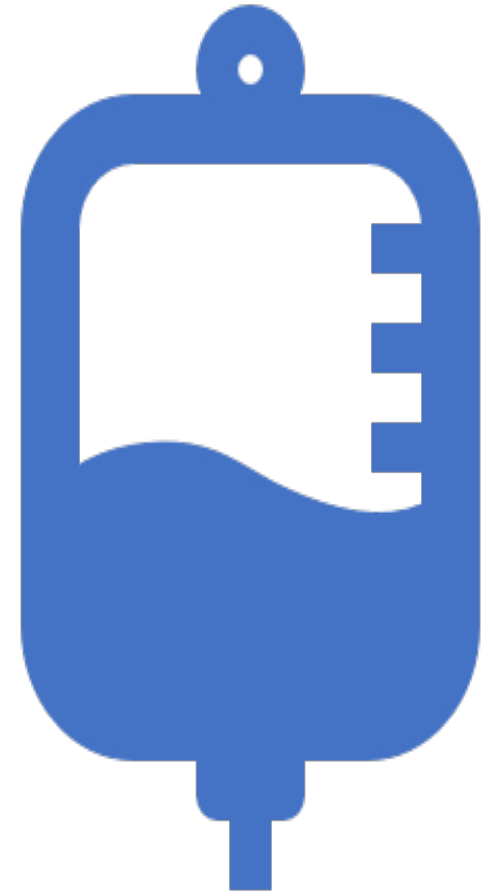
?

Ja

Pasientkasus enteral ernæring

Mann i 60-årene med ca. pankreas

- Henvist kef grunnet 20 kg vekttap siden sykdomsdebut
- Initialt forsøkt energitett kost + næringsdrikker
- Innlagt med ytterligere vekttap og dårlig AT -> behandlingspause
- Anlagt nasogastrisk sonde og oppstart enteral ernæring
- Mye kvalme ved matinntak og tilførsel av sondemat, men ingen oppkast
- Gastroskopi med uttalt ventrikelretensjon grunnet stenose
- TPN
- Anlagt nasojejunalsonde med tilførsel av sondemat til tynntarm
- Besluttet å avslutte onkologisk behandling grunnet progress av sykdom
- Stentet stenose og anbefalt videre peroralt inntak uten nasojejunalsonde
- Bekymrede pårørende med stort ønske om å reise hjem med sonde
- Seponert ved utskrivelse



Viktige avklaringer før oppstart av medisinsk ernæringsbehandling

- Tett tverrfaglig samarbeid med enighet omkring tiltak
- Tilstrekkelig informasjon til pasient og pårørende
 - Ulike alternativer for ernæringsbehandling og fordeler/ulempes med disse
 - Forventet effekt (vil variere betydelig)
 - Utarbeide plan med et tydelig mål og fastsatt tid for evaluering
 - Avtale om at tiltak uten effekt blir seponert – samt tidsrom for når man vurderer dette
 - Nedtrapping/seponering dersom pasienten får bivirkninger av ernæringsbehandlingen

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet)

Hvilke pasienter kan være i behov for medisinsk ernæringsbehandling?

Pasienter med nyoppdaget kreft som planlegges for oppstart i et palliativt behandlingsforløp

- Underernærte pasienter eller pasienter med forventet ernæringsproblematikk

Pasienter i et palliativt behandlingsforløp

- Pasienter som ikke kommer seg gjennom planlagt behandling grunnet redusert allmenntilstand som en følge av ernæringsproblematikk

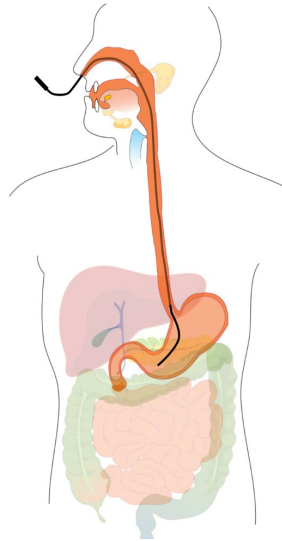
Pasienter som har avsluttet et palliativt behandlingsforløp

- Pasienter med tarmobstruksjon eller tumor i ØNH-området som hindrer peroral og/eller enteral næringstilførsel



Enteral ernæring

- Skepsis; må legges frem på riktig måte
 - Avlastning, ikke belastning
- Selvadministrering eller hjemmetjeneste
- Oftest mindre tidkrevende enn intravenøs ernæring
 - Unntak: Nasojejunal sonde
- PEG/PEJ kan vurderes men gjøres sjelden



Intravenøs ernæring

- Tilførsel natt eller dag
- Alle dager eller enkelte dager
- Avveining mellom dosering og tidsbruk
 - Pas med behov på 1900 kcal og 0 per os, gir vi 1600 kcal (12 timer) eller 2200 kcal (16.5 time)
 - Hel pose for fullverdig næring
- Blodprøver hos fastlege tar flere dager å få prøvesvar
 - Hva gjøres ved elektrolyttavvik? Korrigere?



Pasientkasus intravenøs ernæring

Kvinne i 50-årene med utbredt karsinomatose og stenose i tarm

- Relativt kvikk tross utbredt sykdom
- TPN, 0 per os og avlastende ventrikkelsonde
- Onkologisk behandling avsluttet under innleggelse i april
- TPN bestemt avsluttet fredag og restartet mandagen etter
- Overflyttet til palliativ avdeling, anlagt avlastende PEG-sonde
- Tross kort forventet levetid, hjemreise med 1100 kcal Smof Kabiven
- Ca 2-3 mnd senere seponerte intravenøs ernæring grunnet kvalme
- Pasienten reiste 1 uke på ferie med kun 1L Ringer daglig
- Etter ferien (august) innlagt for reoppstart intravenøs ernæring, pasienten kjenner på sult
- Reist hjem med 550 kcal og etter noen uker økt til 1100 kcal
- Innlagt 11/11 med økende uro. PN seponert 12/11. Døde 19/11.

Take home

- Begrensninger i ernæringsbehandling knyttet til pasienter langvarige sykdomsforløp over måneder til år *bør skilles tydelig fra* begrensninger knyttet til døende pasienter/pasienter i livets slutfase
- Avstå fra ernæring- og væskebehandling når livsforlengende behandling bedømmes til ikke å være til pasientens beste – lidelse skal ikke forlenges unødvendig
- Vurder grad og intensitet av ernæringsbehandling i lys av annen livsforlengende behandling
- For døende pasienter er det naturlig å avstå fra ernæringsbehandling tilsvarende annen livsforlengende behandling

Takk for meg!

