

Statusartikel

Ugeskr Læger 2024;186:V06230429

Supportive care til ældre patienter med kræft

Maiken Langhoff Kidholm¹, Niels Christian Hvidt¹ & Karin Brochstedt Dieperink²

1) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, 2) Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2024;186:06230429

HOVEDBUDSKABER

- Behandling af ældre kræftpatienter fokuserer på livskvalitet og mening frem for langvarig overlevelse.
- Supportive care indebærer tværfaglig og holistisk tilgang til patienten i alle faser af forløbet.
- Der er fortsat behov for øget inddragelse og støtte til pårørende til ældre kræftpatienter.

På europæisk plan er kræft en dominerende årsag til død hos ældre mennesker over 65 år [1]. I 2021 fik omkring 46.000 danskere konstateret kræft, heraf var to tredjedele 60 år eller ældre ved diagnostidspunktet [2]. Der kan hertil forventes en stigning i incidensen af kræft pga. stigende levealder [1], og fordi flere overlever en kræftsygdom eller lever i længere tid med kræftsygdommen end tidligere [3, 4].

Samlet understreger dette nødvendigheden af et sundhedsvæsen, som er rustet til diagnosticering, behandling, pleje samt rehabilitering og palliation af et stigende antal ældre patienter med kræft [5].

Mens forlænget overlevelse ofte er det vigtigste behandlingsmål hos yngre kræftpatienter, kan bevarelsen af livskvalitet og oplevelse af meningsfuldhed være et langt vigtigere mål i behandling af ældre patienter [5, 6]. Forhold, der særligt influerer den ældre patients sygdomsforløb og livskvalitet som bevarelsen af almentilstand, funktionsniveau, komorbiditet, ernæringstilstand, sociale relationer og psykologisk sundhed må vurderes og understøttes kontinuerligt fra diagnostidspunkt til eventuel livsafslutning [5]. Supportive care er netop kendetegnet ved at have dette brede perspektiv på patienten og de nærmeste pårørende [7, 8].

SUPPORTIVE CARE

Supportive care i kræftbehandling defineres af Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) som »(...) the prevention and management of the adverse effects of cancer and its treatment« [7].

Tilgangen omfatter håndtering af fysiske og psykiske symptomer og bivirkninger ved diagnostidspunkt, under behandling, rehabilitering, i den palliative fase frem til eventuel død og i den efterfølgende sorgbearbejdning [7]. Supportive care vedrører ikke den specifikke sygdomsbehandling, men tager i stedet udgangspunkt i en holistisk tilgang til patienten og dennes pårørende (Figur 1) [7, 8].

FIGUR 1 Multinational Association of Supportive Care in Cancers seks principper for supportive care i kræftbehandling [7].



Det amerikanske National Cancer Institute [8] inkluderer desuden psykosociale, sociale og eksistentielle/åndelige udfordringer relateret til sygdom og behandling i deres definition af supportive care:

»Care given to improve the quality of life of patients who have a serious or life-threatening disease. The goal of supportive care is to prevent or treat as early as possible the symptoms of a disease, side effects caused by treatment of a disease, and psychological, social, and spiritual problems related to a disease or its treatment« [8].

Denne artikel sammenfatter den seneste viden om supportive care til ældre kræftpatienter og deres nærmeste pårørende. Artiklen er inddelt efter *Herrstedt et al* [9] fire faser for supportive care: den behandlende fase, den rehabiliterende fase, den palliative fase og fasen for livets afslutning.

Den behandlende fase

Den behandlende fase indledes, når den ældre patient er blevet diagnosticeret og informeret om sygdomsprognoсе, behandlingsmuligheder, bivirkninger og komplikationer [9].

Behandlingen af den ældre patient bør hvile på en omhyggelig vurdering, hvor forhold som aldersrelaterede organdefekter, manglende kompliance, fysisk og mental kapacitet og skrøbelighed indgår [10-12]. Aldring er associeret med komorbiditet, hvilket kan medvirke til øget risiko for polyfarmaci for den ældre patient [10, 11].

Regimer og retningslinjer for behandling er ofte baseret på studier af yngre mennesker og indeholder sjældent specifikke anbefalinger til den ældre patient, hvilket må afstedkomme særlig opmærksomhed og forholdsregler i tilrettelæggelsen af kræftbehandlingen til ældre patienter [10].

Hos den ældre kræftpatient, der kan have eksisterende sårbarheder, kan en tværfaglig koordineret indsats på tværs af bl.a. onkologer, geriatere og ergo- og fysioterapeuter være afgørende for behandling og oplevelse af livskvalitet gennem sygdomsforløbet [13].

Patientrapporterede outcomes

Patientrapporterede outcomes (PRO) kan anvendes som redskab til systematisk inddragelse af og hensyntagen til patienten og vedkommendes oplevelse af behandling og sværhedsgrad af symptomer og bivirkninger [14]. Dette gælder også i behandlingen af den ældre kræftpatient [14]. PRO kan være et værdifuldt redskab i supportive care, når det anvendes som et fælles forståelsesgrundlag for patientens symptomer og bivirkninger i dialog mellem patient og sundhedsprofessionel [15]. Ligeledes kan PRO indgå i den samlede vurdering af behandlingen

som et fundament for patientcentreret behandling, pleje og omsorg [14, 15].

Familieinvolvering og -støtte

For mange familier bliver en pårørendes kræftsygdom et familieanliggende, hvor de raske pårørende udgør en afgørende praktisk og følelsesmæssig ressource for den syge [16-18].

Kræftdiagnosen kan betyde ændrede familiodynamikker og -roller [16, 17]. For den enkelte kan rollen som pårørende medføre både psykiske og fysiske belastninger [4, 16]. Særligt i tilfælde, hvor der er tale om længere sygdomsforløb, og det understreger behovet for, at supportive care favner støtte af hele familien, når et ældre menneske rammes af kræft [16-18].

Der kan være diskrepans mellem patientens, pårørendes og lægens forventninger til behandlingsforløbet; pårørende kan f.eks. have en større forventning til behandlingen end den syge [18, 19]. Empatisk kommunikation og kontinuerlig samtale om forventninger kan afværge misforståelser mellem patient, pårørende og læge, hjælpe til indsigt i sygdomsforløbet og være udgangspunkt for fælles beslutningstagen og oplevelse af mening for patient og pårørende [19, 20].

Teknologi som støtteintervention

Pårørende vil ofte gerne involveres i de betydningsfulde samtaler med sundhedsprofessionelle, herunder stuegang [21, 22]. Videokonsultationer kan være et redskab, som muliggør deltagelse af pårørende uden fysisk tilstedeværelse, hvilket kan betyde større fleksibilitet for de pårørende, der kan deltage på trods af store afstande, og det er ofte af stor vigtighed for både patient og pårørende samt for kvaliteten af f.eks. stuegang [21].

Andre teknologiske støtteinterventioner kan være sundhedsapps som Medicinkortet, MinSundhed eller Mit Sygehus, der understøtter patient og pårørende ved at forbedre adgang til information om sygdom, behandling, symptomhåndtering og monitorering heraf samt muliggør kontakt med sundhedsprofessionelle gennem videoopkald eller beskedsystemer, der kan anvendes i patientens eget hjem. Videoopkald fra patientens eget hjem kan desuden bidrage til indsigt i andre behov som tilpasning af bolig-mæssige adgangsforhold, behov for hjælpemidler eller anden støtte i hjemmet. Brugen af video kan desuden spare på patientens og pårørendes kræfter i et ellers hårdt behandlingsforløb [23].

Der kan være en opfattelse af, at ældre kan være mere udfordret i brugen af teknologi end yngre. Alder skal dog ikke ses som en barriere i sig selv [22]. Overvejelser om brug af teknologi til ældre bør være de samme som til yngre, hvor patienten og pårørendes teknologiske færdigheder overvejes, inden teknologi tages i brug [21, 22].

Den rehabiliterende fase

Efter den behandelende fase kan kræftsygdommen for nogle patienter fortsat være til stede. Nogle patienter vil rykke videre til den pallierende fase, mens andre vil have status som helbredt eller have lang overlevelsestid [9].

Den rehabiliterende fase kan bestå af flere tværfaglige indsatser, der planlægges og målrettes i samarbejde med patienten og nærmeste pårørende, og bør tilgodese patientens situation, funktionsevne og forudsætninger på baggrund af en systematisk vurdering af patientens behov [4]. Disse behov bør kontinuerligt vurderes ud fra fire områder: det fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle. Indsatserne kan være fysisk træning, ernæringstilgang, rengøringshjælp, afklaring af arbejdssevne eller samtaler om sygdomsmestring [4].

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation [4] anbefales det, at sygehuset ved afslutning af behandling udarbejder en individuel plan for opfølgning, herunder rehabilitering. Den konkrete rehabilitering kan håndteres i kommunal regi, almen praksis eller senfølgeklinikker, hvis der er tale om komplekse senfølger [4].

Som pårørende til et ældre menneske med kræft er man ofte i forbindelse med flere instanser, fagligheder og systemer, der kan opleves vanskelige at navigere mellem [16]. Også i den rehabiliterende fase er støtte til nærmeste pårørende en central opgave.

Den palliative fase

For patienter med fremskreden sygdom, hvor helbredelse ikke er mulig, vil behandlingsfokus og -formål være bedst mulig livskvalitet for patienten [9]. Også denne fase bør afhænge af patientens behov og ønsker og evalueres og justeres løbende i et tværfagligt samarbejde sammen med patient og pårørende [9].

Den eksistentielle og åndelige dimension

Ud over fysiske, psykiske eller sociale forhold må der anlægges et eksistentielt og åndeligt perspektiv, som refererer til patientens og de nærmeste pårørendes oplevelse af, hvordan sygdomsforløbet påvirker deres livsomstændigheder, herunder deres selvopfattelse, oplevelse af mening og formål, håb, dødelighed og (for nogle) mere religiøse forhold [4, 24].

Eksistentielle og åndelige behov er udbredte og almindeligt forekommende i den danske befolkning [25]. Rammes et menneske af alvorlig sygdom, kan disse behov intensiveres, og man kan have brug for hjælp til at håndtere dem [26].

Man kan anskue den eksistentielle og åndelige dimension som en del af patientens samlede behov ud over de fysiske, psykiske og sociale. Det er behov, der afdækkes initialt og undervejs i sygdomsforløbet, hvorved der kan tilrettelægges støttende indsatser [27], f.eks. ved diagnosetidspunktet, når sygdommen forværres, eller når bivirkninger opleves særligt belastende [4, 24].

Disse indsatser kan være rettet mod at give patienten mulighed for at forholde sig til, bearbejde eller skabe mening undervejs i sygdomsforløbet eller i den sidste del af livet. Eksempler på indsatser kan være identifikation af eksistentielle og åndelige behov, spørgsmål eller udfordringer, individuelle samtaler med psykolog, præst eller sundhedsprofessionel eller samvær med andre i tilsvarende livsomstændigheder [24].

Fasen for livets afslutning

Den fjerde og sidste fase, fasen for livet afslutning, defineres af *Herrstedt et al* [9] som de sidste uger af patientens liv.

Opmærksomhed på kulturelle eller religiøse faktorer kan være særligt vigtig i denne fase, ligesom samtale om seponering af behandling eller livsforlængende tiltag bør initieres med patient og pårørende [9].

For både patient, pårørende og den sundhedsprofessionelle kan samtale om planlægning og stillingtagen i den sidste tid [28] være udfordrende, og den ældre kræftpatient og dennes pårørende er i risiko for ringere information i den sidste tid end yngre patienter og deres pårørende [29]. At opleve kontinuitet i personalet kan være en vigtig faktor i denne forbindelse og kan medvirke til størst muligt udbytte af samtaler for patient og pårørende, fordi de oplever tryk og tillid til sundhedsprofessionelle [28] (**Figur 2**).

FIGUR 2 Anbefalinger til praksis.

Tværfaglig og koordineret indsats

- Involver tværfaglige og sektorielle samarbejdspartnere i planlægning og målsætning, når det er muligt
- Foretag rolle- og ansvarsfordelinger i det tværfaglige team omkring patienten
- Juster og tilpas behandlingsmål og -indsatser i teamet ved forværring af sygdom eller behandlingsstop
- En løbende koordinerende, tværfaglig indsats øger sammenhæng i patientens forløb samt en fælles forståelse af patientens forløb på tværs af behandlingsindsatser

Involvering og støtte af patient

- Ansku den ældre patient som en person med mangeartede behov: fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige behov
- Planlæg og juster behandlingsforløbet i overensstemmelse med patientens livssituation, funktionsevne, forudsætninger og erfaringer

Involvering og støtte af pårørende

- Afklar, hvor meget og hvordan pårørende til den ældre kræftpatient ønsker sig inddraget
- Inddragelse kan mindske misforståelser og reducere stress for både patient og pårørende
- Vær særligt opmærksom på sårbare pårørende, f.eks. børn og unge voksne samt pårørende, som selv er syge
- Overvej brug af videokonsultationer f.eks. ved stuegang – det kan måske være afgørende, at den pårørende kan deltage

Forventningsafklaring

- Afklar patientens og pårørendes forventninger til behandling og behandlingsniveau
- Husk, at der kan være stor diskrepans i disse forventninger mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle, hvorfor samtaler herom kan være vigtigt løbende gennem sygdomsforløbet

SUPPORTIVE CARE I PRAKSIS

En væsentlig pointe med supportive care er forebyggelse og behandling på tværs af fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger – tidligst muligt i sygdomsforløbet.

I forløbsprogrammer på kræftområdet fremhæver Sundhedsstyrelsen integration af rehabiliterings- og palliationsprincipper gennem hele sygdomsforløbet [4]. Samme tendens ses i rapporten »Integration of rehabilitation in palliative care« fra WHO, som beskriver, hvordan inddragelse af rehabiliteringsprincipper kan gavne den ældre patient i den palliative fase og være væsentlig for patientens oplevelse af værdighed og

livskvalitet [30].

At anvende principper fra rehabilitering i den pallierende fase kan ansues som eksempel på, hvordan det kan være vel- og afgørende for patienter, behandlingskvalitet, -effektivitet og økonomi, når principper fra andre tilgange eller faser inddrages på nye måder, og bør betragtes som en inspiration for alle, der arbejder med behandling og pleje af ældre patienter med kræft.

Korrespondance *Maiken Langhoff Kidholm*. E-mail: mlkidholm@health.sdu.dk

Antaget 4. december 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 22. januar 2024

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2024;186:V06230429

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Supportive care for elderly patients with cancer

Maiken Langhoff Kidholm, Niels Christian Hvidt & Karin Brochstedt Dieperink

Ugeskr Læger 2024;186:06230429

This review highlights the significance of supportive care for elderly patients with cancer and their caregivers. Supportive care for older patients with cancer focuses on improving their quality of life by addressing physical, psychological, social, and spiritual aspects related to the treatment and care of the patient. Patient-reported outcomes and family involvement may play significant roles in providing holistic support. Interdisciplinary collaboration among healthcare professionals ensures effective treatment and enhances the patient's journey throughout the disease trajectory.

REFERENCER

1. European Commission. The 2018 ageing report: economic and budgetary projections for the EU member states (2016-2070). Institutional paper 079. 2018.
2. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i Danmark 2021. Vol. 1. 2023.
3. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Spiserørs- og mavesækskræft, 2010-2021, 2023. <https://www.rkkp.dk/siteassets/nyheder/seks-krafttyper-dashboard-230312-1.pdf> (23. aug 2023).
4. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, 2018. <https://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx> (1. aug. 2023).
5. Ewertz M, Ehmsen S, Jørgensen TL et al. Udfordringer ved kræftbehandling til ældre. Ugeskr Læger. 2021;183:V04210325.
6. Tolstrup LK, Ditzel HM, Giger AKW et al. Determinants of poor quality of life in older patients with cancer: a longitudinal mixed methods study (PROGNOSIS-Q). J Geriatr Oncol. 2023;14(4):101500. doi: 10.1016/j.jgo.2023.101500.
7. Multinational Association of Supportive Care in Cancer. What is supportive care? . <https://mascc.org/what-is-supportive-care/> (22. maj 2023).
8. National Cancer Institute Division of Cancer Prevention. Supportive care and symptom management. <https://prevention.cancer.gov/major-programs/supportive-care-and-symptom-management> (23. maj 2023).
9. Herrstedt J, Molassiotis A. Teaching supportive care: what is the core curriculum? Curr Opin Oncol. 2021;33(4):279-286. doi: 10.1097/cco.0000000000000735.

10. Herrstedt J, Lindberg S, Petersen PC. Prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in the older patient: optimizing outcomes. *Drugs Aging*. 2022;39(1):1-21. doi: 10.1007/s40266-021-00909-8.
11. Jørgensen TL, Herrstedt J. The influence of polypharmacy, potentially inappropriate medications, and drug interactions on treatment completion and prognosis in older patients with ovarian cancer. *J Geriatr Oncol*. 2020;11(4):593-602. doi: 10.1016/j.jgo.2019.12.005.
12. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage decline in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization, 2017.
13. Koll T, Pergolotti M, Holmes HM et al. Supportive care in older adults with cancer: across the continuum. *Curr Oncol Rep*. 2016;18(8):51. doi: 10.1007/s11912-016-0535-8.
14. Bateman E, Keefe D. Patient-reported outcomes in supportive care. *Semin Oncol*. 2011;38(3):358-61. doi: 10.1053/j.seminoncol.2011.03.003.
15. Møller PK, Pappot H, Bernchou U et al. Development of patient-reported outcomes item set to evaluate acute treatment toxicity to pelvic online magnetic resonance-guided radiotherapy. *J Patient Rep Outcomes*. 2021;5(1):47. doi: 10.1186/s41687-021-00326-w.
16. Konradsen H, Brødsgaard A, Østergaard B et al. Health practices in Europe towards families of older patients with cancer: a scoping review. *Scand J Caring Sci*. 2021;35(2):375-389. doi: 10.1111/scs.12855.
17. Dieperink KB, Møller JJK, Mikkelsen TB et al. The Danish landscape of providing support for caregivers of people with potentially life-threatening disease: A cross-sectional study among representatives of health services in Danish municipalities and hospitals. *Scand J Public Health*. 2023;14034948231159464. doi: 10.1177/14034948231159464.
18. Andersen NI, Nielsen CI, Danbjørg DB et al. Caregivers' need for support in an outpatient cancer setting. *Oncol Nurs Forum*. 2019;46(6):757-767. doi: 10.1188/19.Onf.757-767.
19. Ikander T, Jeppesen SS, Hansen O et al. Patients and family caregivers report high treatment expectations during palliative chemotherapy: a longitudinal prospective study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):37. doi: 10.1186/s12904-021-00731-4.
20. Kaasa S, Knaul FM, Mwangi-Powell F, Rodin G. Supportive care in cancer: new directions to achieve universal access to psychosocial, palliative, and end-of-life care. *Lancet Glob Health*. 2018;6:11-12. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30086-X.
21. Østervang C, Vestergaard LV, Dieperink KB, Danbjørg DB. Patient rounds with video-consulted relatives: qualitative study on possibilities and barriers from the perspective of healthcare providers. *J Med Internet Res*. 2019;21(3):e12584. doi: 10.2196/12584.
22. Petersson NB, Jørgensen AL, Danbjørg DB, Dieperink KB. Video-consulted rounds with caregivers: the experience of patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;46:101763. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101763.
23. Dieperink KB, Vestergaard LV, Møller PK, Tolstrup LK. Using video consultations for clinical assessment and decision of treatment readiness before chemotherapy: a mixed-methods study among patients with gastrointestinal cancer and oncology nurses. *Digit Health*. 2023;9:20552076231197415.
24. Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL). Eksistentielle og åndelige aspekter i palliativ indsats. Kliniske Retningslinjer, Kræft. Version 1.0, 2023. http://www.dmcgpal.dk/files/kliniske-retningslinjer/aandelig%20omsorg/dmcg-pal_aandelig%20omsorg.pdf (2. aug. 2023).
25. Stripp TA, Wehberg S, Büssing A et al. Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;28:100602. doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100602.
26. Ausker NH, la Cour P, Busch CJ et al. Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. *Ugeskr Læger*. 2008;170(21):1828-33.
27. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. *Front Psychol*. 2021;12:674453. doi: 10.3389/fpsyg.2021.674453.
28. Ikander T, Dieperink KB, Hansen O, Raunkjær M. Patient, family caregiver, and nurse involvement in end-of-life discussions during palliative chemotherapy: a phenomenological hermeneutic study. *J Fam Nurs*. 2022;28(1):31-42. doi: 10.1177/10748407211046308.
29. Lindskog M, Tavelin B, Lundström S. Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality – a population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *Eur J Cancer*. 2015;51(10):1331-9. doi: 10.1016/j.ejca.2015.04.001.

30. World Health Organization. Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services, 2023.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173> (24. juli 2013).