

Klinisk retningslinje: Palliativ ernæringsbehandling

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE)

Titel: Palliativ ernæringsbehandling

Udarbejdet i samarbejde mellem Dansk Selskab for Klinisk Ernæring og Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Indledning

Denne retningslinje er målrettet alle klinikere, herunder læger, sygeplejersker, diætister, social- og sundhedsassistenter, som arbejder med palliative patienter i både primær- og sekundærsektor.

Retningslinjen tager udgangspunkt i EAPC's anbefalinger (European Association for Palliative Care)(1). Formålet var at fastlægge om ernæringsbehandling, herunder peroralt, enteral eller parenteral ernæring samt væsketerapi, er gavnlig i den sene og terminale sygdomsfase. Patientgruppen er heterogen med varierende behov, forventninger og behandlingsmuligheder.

Anbefalingerne for palliativ ernæringsbehandling er inddelt i tre separate anbefalinger, der hver præsenteres i forhold til de tre palliative faser.

Under udarbejdelsen af retningslinjen, er det tydeligt, at forskningen på området er præget af betydelig usikkerhed, utilstrækkeligt undersøgte problemstillinger og ofte modstridende resultater. Det skyldes bl.a. heterogenitet i patientpopulationen (cancer, kroniske hjerte-, nyre- og lungesygdomme mm.), uklarhed om definition af palliative stadier, variation i grader af kakeksi, vanskelighed ved estimering af restlevetid samt manglende konsensus om relevante outcome-mål. Dette resulterer generelt i lav kvalitet af den eksisterende litteratur. Internationale forskergrupper arbejder aktuelt på at etablere valide endpoints og outcome measures til kliniske studier, hvilket forventes at styrke evidensgrundlaget fremadrettet.

Da litteraturen overvejende befinder sig på evidensniveau 3b eller oftere 5 (ekspertudtalelser), er der ikke systematisk angivet evidensniveau for anbefalingerne.

Definition af palliation

Sundhedsstyrelsen tager udgangspunkt i WHO's definition fra 2002, som i Anbefalinger for Palliativ Indsats er oversat således (2):

Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art.

I det palliative forløb er hovedfokus at lindre symptomer og støtte patienten gennem sygdommens udvikling – ikke at forlænge livet. Behovet for palliation kan opstå tidligt i et sygdomsforløb og ændrer sig ofte over tid og er ikke begrænset til den sidste del af sygdomsforløbet. Den palliative indsats deles i tre ikke skarpt adskilte faser (3):

- *Tidlig palliativ indsats:* Måneder til år. Aktiv, livsforlængende behandling.
- *Sen palliativ indsats:* Uger til måneder. Aktiv sygdomsrettet behandling er ophørt.
- *Palliativ indsats i den terminale fase:* Dage til uger. Patienten er uafvendeligt døende. Indsatsen omfatter også efterfølgende støtte til efterladte.

Definition af patientgruppe:

Retningslinjen omfatter voksne patienter med livstruende, uhelbredelig sygdom i et palliativt forløb. Børn med palliative behov beskrives i bilag 1 (*under udarbejdelse*).

Ifølge WHO udgør kræftpatienter knap en tredjedel af patienter med palliative behov, patienter med kroniske sygdomme lidt over en tredjedel, lungesygdomme ca. en tiendedel og resten fordeles på bl.a. AIDS, reumatologiske, neurologiske og kongenitte sygdomme samt demens (4).

Patientens stemme:

Det anbefales fra starten af et palliativt forløb at bruge symptomscreening. Der anvendes EORTC-PRO skemaet, som indeholder 24 spørgsmål, som patienten selv skal besvare.

Formål:

- Screener for palliative behov
- Understøtter dialogen mellem patienter og sundhedsprofessionelle

Ernæringsudfordringer hos patienter i palliativ fase

Ernæringsudfordringer i et palliativt forløb kan variere meget. Nogle onkologiske patientgrupper har høj risiko for tidlig kakeksi (Øre-næse-hals-, lunge og gastrointestinale kræftformer). Også hos patienter med medicinsk organsvigt (lunge og hjertesygge), kan der udvikles kakeksi, der ofte er multifaktoriel og irreversibel. Hos patienter med organsvigt kan ernæringstilstanden trues af faktorer som træthed, væskeophobning, forstyrrelse i metabolisme eller kredsløb og ophobning af affaldsstoffer. For patienter med neurologiske sygdomme kan både indtag af mad men også tarmmotilitet være påvirket.

Symptomlindring som forudsætning for ernæring

Hos patienter i palliativ behandling kan ernæringsmæssige udfordringer være sekundære til generende symptomer. Disse er uddybet i bilag 2. Farmakologisk behandling kan medføre bivirkninger som kvalme og appetitløshed. Behandling af disse tilstande bør derfor altid iværksættes først, da symptomlindring er en forudsætning for at understøtte fødeindtag, og derved forbedre patientens ernæringstilstand.

Appetitstimulerende behandling

Anorexi, tab af appetit, er en hyppig og naturlig del af sygdomsforløbet (5).

Appetitstimulerende midler kan bedre livskvalitet, men øger ikke overlevelsen. Oversigt over præparater kan tilgås i bilag 3.

Behandling kan anvendes som supplement, når andre tiltag ikke er tilstrækkelige. Mulighederne omfatter både farmakologiske midler og non-farmakologiske tiltag som appetitvækkende måltidsmiljø, små energitætte portioner samt tilpasning af smag og konsistens.

Rekommandationer i den tidlige palliative fase af sygdommen:

Målet i tidlig palliativ fase er at sikre sufficient indtag svarende til mindst 75% af det beregnede energi- og proteinbehov.

Generelt anbefales 25-30 kcal/kg/dag med 1,2-1,5 g protein/kg/dag til kronisk syge og multisygge patienter. Der kan være andre anbefalinger for patienter med kronisk nyresygdom (CKD). Hos vægt tabende patienter med insulinresistens anbefales, at fedtprocenten er øget i forhold til kulhydrat med formålet at øge energitætheden samt at reducere glykæmisk load

(6). Anbefalinger for vitaminer og mineraler svarer til den øvrige befolkning, et multivitamintilskud kan overvejes ved lavt indtag. Højdosistilskud af enkelte mikronæringsstoffer frarådes, medmindre der foreligger en klar medicinsk indikation (6,7).

Rekommandationer i den sene palliative fase af sygdommen:

I den sene palliative fase kan ernæringsbehandling fortsat være relevant. Det er dog i denne fase hvor situationen ændrer sig mest, og derfor er det vigtigt løbende at vurdere målsætningen for ernæringsbehandlingen. Et tværfagligt samarbejde mellem diætisten og den behandelende læge (team) sikrer fælles forståelse og realistiske mål. I denne fase har mange patienter kvalme, smagsforandringer og madlede. Først kan man afprøve non-farmakologiske tiltag, men farmakologisk behandling kan være nødvendigt.

Hvis patienten ikke opnår sufficient ernæring, og det vurderes gavnligt med ernæringsbehandling, kan der efter vanlig algoritme iværksættes peroral ernæring, evt. med supplement af oral nutritional supplement (ONS), enteral ernæring (EN) eller parenteral ernæring (PN). Patienter med forholdsvis god prognose og en forventet levetid på flere måneder, med lav tumoraktivitet og uden inflammatorisk reaktion, bør støttes i at opnå tilstrækkelig ernæring. Patienter med sygdomsprogression trods behandling, inflammatorisk reaktion samt performancestatus ≥ 3 , har derimod begrænset udbytte af intensiveret ernæringsterapi (6).

Rekommandationer i den terminale fase:

Når patienten er uafvendeligt døende, indtræder en naturlig proces med nedsat metabolisme, hvor fordøjelsen er blandt de første funktioner, der reduceres. Kroppen bruger de sidste kræfter på vitale funktioner som vejrtrækning og hjertefunktion, og omsætter ikke længere tilførte næringsstoffer. Patienten vil ofte ikke længere føle sult eller tørst (8,9). Når kulhydratlagrene er opbrugt, vil kroppen gå over i en ketose tilstand, hvor den forbrænder fedt, hvilket antages at lindre patienten. Fedtforbrændingen øger surhedsgraden i blodet, og det giver en oplevelse af nedsat smertefornemmelse og en øget tilstand af velvære (10).

Fokus i den sidste tid er symptomlindring, reduktion af angst og tryghed for patient og pårørende. Ernæring og væske bør kun gives, hvis det lindrer og bidrager til livskvalitet. Regelmæssig væsketerapi har generelt minimal effekt på symptomer eller livskvalitet hos den døende, men kan forsøges kortvarigt ved kognitiv påvirkning, som f.eks. ved delir, med tæt monitorering for at undgå væskefobninger. Der er ingen entydige optimale valg af væsketype, men klinikere vælger ofte saltvand, da det kan gives subkutant. Væsketerapi anbefales ikke mod tørst eller mundtørhed, her er mundpleje den mest effektive og skånsomme lindrende behandling (6).

Principper for vurdering af ernæringsbehandlingens niveau:

Vurderingen skal tage udgangspunkt i patientens livskvalitet frem for en mulig forlængelse af livet. Den sundhedsprofessionelle bør derfor gennemgå patientens situation systematisk, eksempelvis ved beslutningsstøtte (se nedenfor) (1). Denne metode gør det muligt i samråd med patient og pårørende at nå frem til en fælles beslutning, som løbende evalueres og justeres efter behov.

Systematisk klinisk gennemgang (uddybet i bilag 2)

Beslutningsstøtte ved vurdering og iværksættelse af ernæringsterapi i palliativt forløb



Tværfaglig beslutning om ernæringsbehandling

På baggrund af den tværfaglige vurdering træffes beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes ernæringsbehandling (ONS, EN eller PN). Det primære lægefaglige ansvar ligger hos den patientansvarlige læge, men beslutningen bør være tværfagligt forankret. Samtalen med patienten og pårørende kan med fordel understøttes af beslutningsstøtteværktøj, f.eks. principperne for fælles beslutningstagning (11,12).

Det er afgørende at vurdere om ernæringsbehandling faktisk gavner patienten og bidrager til øget livskvalitet. For at illustrere denne vurdering præsenteres to patientcases, se bilag 4. Patienter og pårørende kan have vanskeligt ved at forstå, hvorfor ernæringsbehandlingen senere i forløbet gradvis reduceres eller seponeres. Derfor bør man allerede ved opstart af ernæringsbehandling drøfte, at der på et tidspunkt kan blive behov for at reducere behandlingsniveauet og dermed ernæringsindsatsen.

Ved tvivl om indikation for ernæringsbehandling anbefales det, at ernæringsbehandlingen afprøves over en begrænset tidsperiode med løbende revurdering. Det er centralt at definere en tydelig målsætning sammen med patienten, med fokus på forventninger og livskvalitet samt at fastsætte en tidshorizont og aftale, hvornår man evaluerer på interventionen (1). Opstartes EN/PN og er patienten **ikke** i terminal fase, bør det vurderes, om patienten er i risiko for refeeding syndrom og lokal retningslinje for opstart og monitorering skal følges. Det er vigtigt at afklare, hvem der har behandlingsansvaret for monitorering og revurdering, specielt hvis patienten udskrives til primær sektor.

Eksempler på målsætninger indenfor palliation kan være: At bevare aktuelle ernæringsstatus, at undgå behandlingsrelateret intolerance som f.eks. opkast, diarre, ventrikelretention, væskeophobning, at undgå tab af muskelmasse og dermed funktionsevne.

Beslutningen om at opstarte ernæringsterapi (ONS, EN eller PN) eller fravalg af dette, skal dokumenteres i journalen, så det fremgår, at der er taget aktiv stilling.

Evaluering/monitorering

Ernæringsbehandlingen bør evalueres kort efter opstart, da der hurtigt kan opstå bivirkninger eller udvikling i sygdommen, særligt i sen palliativ fase. Hyppigheden aftales individuelt, men ofte er evaluering efter 1-2 uger relevant. Hvis den kliniske tilstand- eller livskvalitet forværres, bør energitilførslen reduceres, pauseres eller seponeres. Opleves der derimod øget energi og bedret livskvalitet, kan man fastsætte en tidsramme for næste evaluering. Hos patienter i eget hjem er et godt tværsektorielt samarbejde vigtigt, så hjemmesygeplejen og øvrige relevante aktører kan reagere hurtigt på kliniske ændringer.

Det er patientens kliniske tilstand, der afgør, hvornår ernæringsbehandlingen bør stoppe, og ikke biokemien. Der kan være fysiologiske tegn som kvalme/opkast, væskeophobninger/øget sekretdannelse, forværret dyspnø, som indikerer, at ernæringen ikke længere omsættes og bør seponeres.

Det anbefales at følgende dokumenteres i patientjournal:

- Anamnese (Ernæringsproblem, årsag og symptomer)
- Indikation for ernæringsbehandlingen og målsætningen
- Beslutningsgrundlag
- Referat af familiesamtale / tværfaglige sparring
- Ernæringspræparatet og mængde
- Evaluering og monitorering (afsæt en tidsperiode)
- Den ansvarlige for at evaluere på interventionen

Referencer

1. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A, m.fl. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition*. marts 1996;12(3):163–7. doi:10.1016/s0899-9007(96)91120-x PubMed PMID: 8798219.
2. Sundhedsstyrelsen [Internet]. 2017 [henvist 19. marts 2026]. Anbefalinger for den palliative indsats. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2017/anbefalinger-for-den-palliative-indsats>
3. Munksgaard [Internet]. [henvist 19. marts 2026]. Palliativ medicin af Anders Bonde Jensen m.fl. Tilgængelig hos: [https://munksgaard.dk/products/palliativ-medicin-\(i-bog\)-i-bog-35281-9788762815759](https://munksgaard.dk/products/palliativ-medicin-(i-bog)-i-bog-35281-9788762815759)
4. Palliative care [Internet]. [henvist 20. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Sousa MS, Davis W, Blanchard M, Razmovski-Naumovski V, Agar M, Daveson B, m.fl. Appetite-Related Distress Is Burdensome in the Last Sixty Days of Life of People Receiving Palliative Care: A National Longitudinal Consecutive Cohort Study. *J Palliat Med*. 1. april 2022;25(4):636–42. doi:10.1089/jpm.2021.0462
6. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, m.fl. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr*. oktober 2017;36(5):1187–96. doi:10.1016/j.clnu.2017.06.017 PubMed PMID: 28689670.
7. Wunderle C, Gomes F, Schuetz P, Stumpf F, Austin P, Ballesteros-Pomar MD, m.fl. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. *Clin Nutr*. september 2023;42(9):1545–68. doi:10.1016/j.clnu.2023.06.023 PubMed PMID: 37478809.
8. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort Care for Terminally Ill Patients: The Appropriate Use of Nutrition and Hydration. *JAMA*. 26. oktober 1994;272(16):1263–6. doi:10.1001/jama.1994.03520160047041
9. Den sidste tid. REHPA [Internet]. [henvist 20. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.rehpa.dk/viden/palliation/den-sidste-tid/>
10. Field R, Pourkazemi F, Rooney K. Effects of a Low-Carbohydrate Ketogenic Diet on Reported Pain, Blood Biomarkers and Quality of Life in Patients with Chronic Pain: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Pain Med*. 1. februar 2022;23(2):326–38. doi:10.1093/pm/pnab278 PubMed PMID: 34534353.
11. Jensen HI, Farmer SLH, Skaarup LO, Løkke A, Hygum A, Ipsen MJ, m.fl. Development and testing of a generic patient decision aid for end-of-life care. *Patient Educ Couns*. marts 2025;132:108608. doi:10.1016/j.pec.2024.108608 PubMed PMID: 39705964.
12. Den sidste del af mit liv [Internet]. [henvist 20. marts 2026]. Tilgængelig hos: <https://sygehuslillebaelt.dk/afdelinger/stab-service-og-centre/center-for-faelles-beslutningstagning/beslutningsstottevaerktojer/nationalt-bibliotek/den-sidste-del-af-mit-liv>

Bilagsoversigt:

Bilag 1: Definition af børns palliative behov

Bilag 2: Beslutningsstøtte ved vurdering og iværksættelse af ernæringsterapi i palliativt forløb

Bilag 3: Appetitstimulerende midler

Bilag 4: Patientcases

Bilag 5: Kontaktinformation på arbejdsgruppen

HØRINGSVERSION

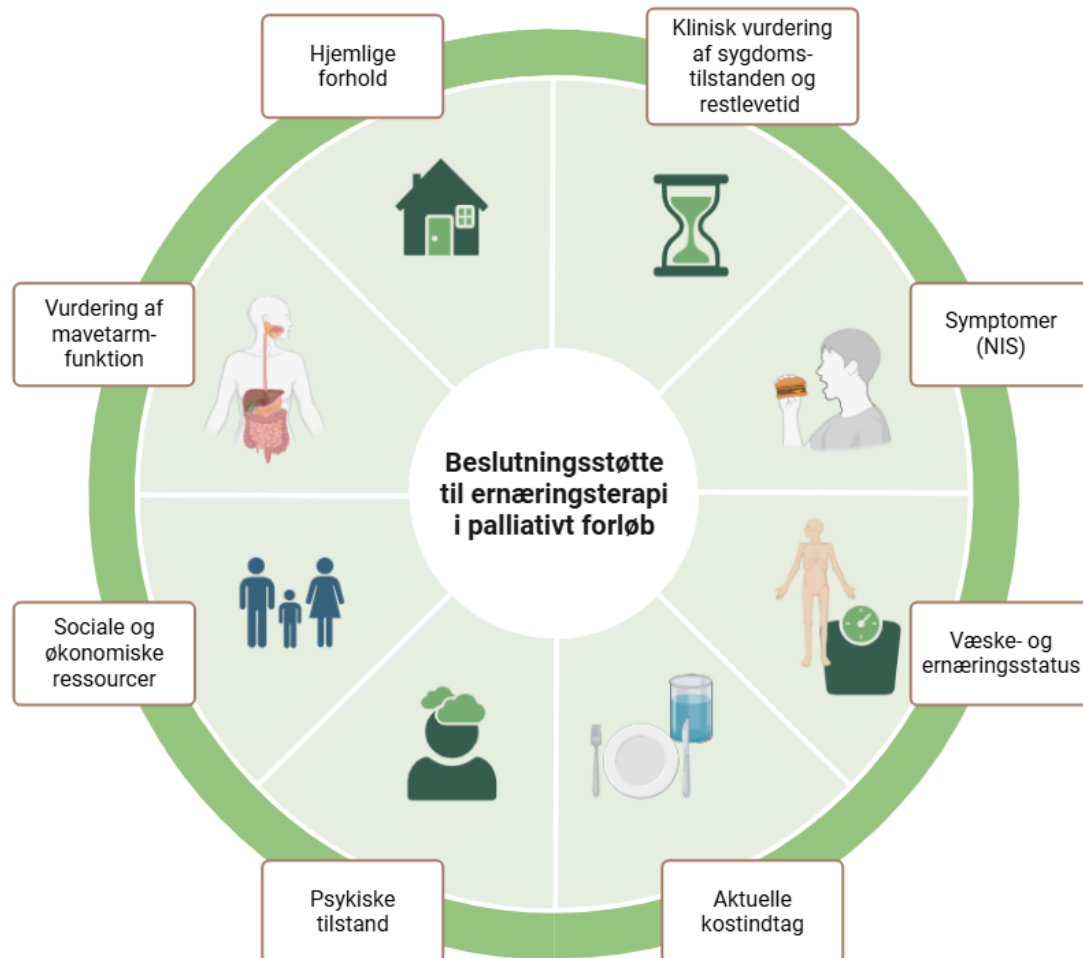
Bilag 1: Pædiatriske anbefalinger
Afventes (følger til høringsmødet).

HØRINGSVERSION

Bilag 2: Beslutningsstøtte ved vurdering og iværksættelse af ernæringsterapi i palliativt forløb

Nedenstående beslutningsstøtte tager udgangspunkt i EAPC's anbefalinger, hvor vi har modificeret den til vores egen model, så den er tilpasset til en dansk kontekst (1).

Beslutningsstøtten omfatter otte aspekter, der bør gennemgås i et tværfagligt team forud for opstart af ernæringsterapi.



1: Klinisk vurdering af sygdomstilstanden og restlevetid

Det kan være svært at vurdere restlevetid og bør ikke foretages på et hurtigt skøn, men foretages af en fagperson som har kendskab til grundsygdommen og patientens tilstand. Ved en klinisk vurdering skal der tages højde for forskellige faktorer. Der findes inden for onkologi og organsvigt forskellige palliative prognostiske scores/index, disse har i en opgørelse en rimelig prognostisk præcision, men er ikke overlegen klinikerens vurdering. Disse omfatter:

1. Grundsygdom og den forventede prognose, som oftest vil være statistisk skøn. Ved onkologiske patienter kan tumorens type (og evt. differentieringsgrad), størrelse og

omfang af metastasering indgå i vurderingen. Ved patienter med organsvigt, samt nogle former af cancer, kan et skøn af en prognose, trods værktøjer være et usikkert mål.

2. Performancestatus, der er et ofte brugt mål for patientens almentilstand. Det er et standardiseret redskab, som er vejledende og kan bruges i mange situationer. Man bør være opmærksom på, at den ved nogle former for lungekræft og nogle neurologiske sygdomme kan være misvisende. ECOG scoren er en vigtig parameter i vurderingen af den generelle helbredsstatus. Herigennem laves en vurdering af, hvorvidt patienten kan tåle behandlingen eller om patienten har mere gavn af lindrende behandling (2).
3. Flere og flere patienter har ikke kun én, men flere sygdomme, som påvirker deres sundhed og dermed deres prognose. Disse bør inddrages i den kliniske vurdering. Her kan "Surprise question" eller SPICT eventuel bruges som hjælpemiddel. SPICT er dog ikke valideret til at vurdere kort overlevelse, som 3 mdr., og er mest rettet mod ældre patienter. Anvendelse af "Surprise question" (om det ville overraske, hvis patienten døde indenfor 12 måneder) kan bruges som et enkelt supplement (3).

Forventet levetid er en vigtig faktor i vurderingen af, om der skal opstartes relevant ernæringsbehandling (ONS, EN eller PN), idet behandlingen kan have begrænset værdi, hvis det kun er for en kort periode. Hvis forventet levetid er dage til få uger, bør fokus være på det psykosociale og udelukkende være baseret på livskvalitet (4). Opstart af enteral eller parenteral ernæring kræver tid til oplæring og evaluering, (især ved PN) og vil i de fleste tilfælde ikke gavne for en kort periode (5).

2: Vurdering af mavetarmfunktion

Det bør vurderes, om patientens mavetarmsystem er funktionelt eller ikke-funktionelt (1,6).

- Funktionelt mavetarmfunktion: Oral og enteral ernæring kan anvendes.
- Ikke-funktionelt mavetarmfunktion (fx korttarmssyndrom, ileus, tarmiskæmi, svær malabsorption): Parenteral ernæring kan være nødvendig.

Oral ernæring er førstevalg pga. lavest risiko for komplikationer. Ved behov for supplerende ernæring bør enteral ernæring foretrækkes frem for parenteral ernæring, da enteral ernæring bidrager til bevarelse af mavetarmfunktion og immunforsvaret tilknyttet tarmmucosa, er forbundet med færre infektioner og lavere omkostninger (1,4). Hos patienter med fremskreden sygdom som medfører permanent tarmsvigt, kan PN forlænge livet samt øge livskvaliteten. Dette er især gældende for patienter med en vis bevaret performance status og funktionsniveau, samt og hvis det vurderes med en forventet levetid på flere måneder (4).

3: Symptomer (NIS)

Herunder skitseres typiske symptomer blandt patienter i palliativt forløb, som kan have indflydelse på patientens ernæringstilstand.

Symptomerne bør afdækkes individuelt, og det bør vurderes, i hvilket omfang de påvirker kostindtaget samt hvilke behandlings- eller lindringsmuligheder, der findes.

Tabel 1. Symptomer og mulig behandling eller lindring (5,7–9)

NIS	Behandlings- eller lindringsmulighed
Mundtørhed Xerostomi	Mundhygiejne, Spytstimulerende middel (gel/tabletter) Syrilige bolsjer Små isterninger Drik hyppigt
Træthed/fatigue	Fysisk aktivitet har bedst dokumenteret effekt på fatigue og kan samtidig bedre søvn. Gerne aerob træning (f.eks. gang, cykling) kombineret med styrketræning. Håndtering/lindring af fysiske symptomer kan reducere fatigue.
Klinisk depression	Overvejelse af farmakologiske og non-farmakologiske behandling
Anoreksi/manglende appetit	Tilbyd små, energitætte og proteinrige måltider 6-8 gange dagligt. Tilbyd drikkevarer med højt energi- og proteinindhold, f.eks. ONS.
Kvalme/Madlede/ Opkastning	Afdæk årsagen til kvalme/opkastning. Årsagen er ofte multifaktoriel: Kan bl.a. omfatte abnormalitet (nyresvigt, leversvigt, hyponatriæmi, hypercalcæmi), medicinbivirkninger, infektioner eller være gastrointestinalt relateret (forsinket mavetømming, obstruktion, obstipation). Tilstræb løbende indtag gennem dagen, f.eks. kiks, chips, nødder. Kold og mild, lugtfri mad med frisk smag kan ofte gå bedst.
Synkebesvær	Vær opmærksom på om pt. sidder korrekt. Tilbyd konsistensmodificeret mad og fortykningsmiddel.
Tidlig mæthedsfølelse	Tilbyd små, energitætte og proteinrige måltider 6-8 gange dagligt. Tilbyd drikkevarer med højt energi- og proteinindhold, f.eks. ONS.
Smagsforandringer	Undgå mad/drikke som smager dårligt. Tilbyd mad med mild smag. Ekstra salt, sukker, krydderi kan forsøges. Kold mad går ofte bedre end varm.
Mundsvamp/ Mucositis	Tilbyd blød/flydende/ensartet, tempereret mad og drikke med mild smag.

Dyspnøe	Instruer i god åndedræsteknik, angsthåndtering og korrekt sidde-/liggestilling. Styrke åndedrætsmuskulaturen. Anvend mobilitetshjælpemidler. Nogle kan have glæde af en lille ventilator/blæser. Tilbyd energitæt og proteinrig mad i blød/flydende konsistens. Tilbyd mad på tidspunkter, hvor patienten har mest overskud.
Obstipation	Om muligt kan indtaget af væske og fibre øges. Tilstræb motion efter evne. Sveskejuice/-grød kan forsøges. Laxantia.

4: Væske- og ernæringsstatus

Vurdering af nuværende ernærings- og væskestatus kan omfatte følgende listede symptomer på dehydrering og underernæring.

Tegn på dehydrering:

- Tørre slimhinder
- Obstipation
- Konfusion, somnolens og træthed
- Biokemi og væsketal (P-natrium, serumosmolalitet, nyretal)

Tegn på underernæring:

- Ufrivillig vægttab
- Kakeksi
- Lavt BMI
- Hypotension
- Insufficient indtag over længere periode
- Ændret funktion (nedsat gribestyrke/gangfunktion)
- Biokemi (P-albumin, P-creatinin, P-laktat, P-glukose)

5: Aktuelle kostindtag

Patientens aktuelle kost- og væskeindtag bør vurderes med udgangspunkt i en kostregistrering eller kostanamnese (5). Ved opstart af kostregistrering skal der samtidig fastsættes dato for opfølgning og evaluering.

En klinisk diætist bør herefter vurdere dækningsgraden af makro- og mikronæringsstoffer på baggrund af patientens estimerede ernæringsbehov. Væskebehov vurderes tværfagligt.

Indtag kan kategoriseres som (6):

- Sufficient: >75 % af estimeret behov
- Insufficient: <75 % af estimeret behov

6: Psykiske tilstand

Patientens psykiske tilstand kan vurderes ud fra følgende udsagn:

- Patienten er urealistisk i sygdomsforståelse og alvoren og forholder sig helt passivt til lægens vurderinger og beslutninger
- Patienten er helt realistisk og bevidst om sygdommen og dens alvor og egen formåen og kunnen. Patienten deltager aktivt og tager beslutninger sammen med lægen

Hvis det er svært at afdække om patienten er realistisk, kan pårørende evt. hjælpe med vurderingen.

7: Sociale og økonomiske ressourcer

Patientens – og eventuelt pårørendes – socioøkonomiske ressourcer og sundhedskompetence bør indgå i vurderingen før valg af ernæringsterapeutisk strategi.

Begrænsede ressourcer eller lav sundhedskompetence kan påvirke mulighederne for at opnå succes med ernæringsterapi, hvilket kan og bør imødekommes gennem målrettet støtte, tilpasning af information og inddragelse af pårørende.

8: Hjemlige forhold

Inden opstart af ernæringsterapi, bør hjemlige forhold vurderes, da ernæringsterapi ofte også finder sted i patientens eget hjem. Følgende forhold kan overvejes:

- Har patienten behov for hjælp til indkøb eller bestilling af ernæring?
- Har patienten de økonomiske ressourcer til at opretholde ernæringsbehandlingen?
- Har patienten behov for hjælp til tilberedning, anretning eller administration af ernæring, f.eks. Gennem pårørende, madservice tilbud eller hjemmepleje?
- Har patienten tilstrækkeligt socialt samvær omkring måltider eller behov for støtte hertil?
- Kan patienten opretholde de nødvendige hygiejniske forhold, særligt ved enteral eller parenteral ernæring?
- Kan patienten overskue og acceptere besøg fra hjemmepleje og hjemmesygeplejerske?

Praktiske anbefalinger ved iværksættelse af supplerende ernæring:

- Patienten skal informeres om egenbetaling, som varierer efter ernæringstype (oral/enteral/parenteral) og efter regionale/kommunale retningslinjer.
- Patienten skal modtage grøn recept, og sundhedspersonalet skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende forstår anvendelsen.
- Patienten bør udstyres med nødvendigt ernæringsudstyr (bl.a. pumpe, rygsæk, stativ) for at understøtte funktionsniveau og livskvalitet i eget hjem.

Referencer

1. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A, m.fl. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition*. marts 1996;12(3):163–7. doi:10.1016/s0899-9007(96)91120-x PubMed PMID: 8798219.
2. Palliation: Identifikation og behovsvurdering [Internet]. *Dansk Selskab for Almen Medicin*; 2025 [henvist 29. januar 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.dsam.dk/vejledninger/palliation/6-identifikation-og-behovsvurdering>
3. Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, Gansor J, Senft S, Weaner B, m.fl. Utility of the “surprise” question to identify dialysis patients with high mortality. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. september 2008;3(5):1379–84. doi:10.2215/CJN.00940208 PubMed PMID: 18596118; PubMed Central PMCID: PMC2518805.
4. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, m.fl. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr*. maj 2021;40(5):2898–913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005 PubMed PMID: 33946039.
5. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, m.fl. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr*. oktober 2017;36(5):1187–96. doi:10.1016/j.clnu.2017.06.017 PubMed PMID: 28689670.
6. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. *Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis [Internet]*. København: Sundhedsstyrelsen; 2022 [henvist 29. januar 2026]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Underernaering/Underernaering-opsporing-behandling-og-opfoelgning.ashx?hash=E4A25DCB309C1C821197C8DEC3D0C0BF&sc_lang=da
7. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, m.fl. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines☆. *ESMO Open*. juni 2021;6(3):100092. doi:10.1016/j.esmoop.2021.100092 PubMed PMID: 34144781; PubMed Central PMCID: PMC8233663.
8. Neergaard MA, Larsen H. *Palliativ medicin - en lærebog*. København: Munksgaard; 2015.

9. Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S, On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer null. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 22. januar 2021;13(2):306. doi:10.3390/nu13020306 PubMed PMID: 33498997; PubMed Central PMCID: PMC7911232. L.A. et.al: Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue, *J. Clin. Oncol.* 2020

HØRINGSVERSION

Bilag 3: Appetitstimulerende midler

Farmakologisk appetitstimulering

Kortikosteroider kan anvendes. Der findes enkelte RCT's, men anvendelsen bygger i høj grad på klinisk erfaring, og er med i de internationale guidelines. Kortikosteroider er oftest bedst placeret sent i forløbet. Effekten af det aftager oftest efter 2-3 uger. Effekten ses ved onkologiske patienter, men kan også ses ved andre patientgruppe.

Megestrolacetat er velundersøgt og kan have positive effekter på appetit og vægt, men er forbundet med betydelige bivirkninger, især tromboembolier. Anvendelse bør nøje overvejes og ligge relativt tidligt i det palliative forløb, og evidensen stammer primært fra onkologiske patienter.

Ved olanzapin og mirtazapin er der i nogle studier også set en god effekt på vægt, midlet kan også bruges mod kvalme. Anoreksi score blev bedre.

Andre midler som metoclopramid, thalidomid, melatonin, cannabis og ghrelin har begrænset evidens, men kan nogle gange bruges, især hvis der også er andre symptomer som kan behandles i den palliative setting.

Oversigt over evidens for appetitstimulerende behandling.

Søgeord:

Mesh terms: appetite, appetite stimulants, cachexia, nutrition therapy, palliative care,

Samme termer anvendt i almindelig søgning.

((("Randomized Controlled Trial" [Publication Type]) AND "Cachexia"[Mesh]) AND "Appetite Stimulants"[Mesh]) giver 14 artikler

Der er gennemgået tilbage til 2011

Litteraturen er delt i 2 tabeller- den ene med review, den anden med trials.

Reviews:

Ref år	Stof/emne /population	kommentar	Resultat
(1) 2025	Kronisk nyre associeret cachexi	Megestro acetate, Cyproheptadine, Ghrelin agonist, Targeting Leptin	
(2) 2025	Sidste 5 års resultater for Cancer cachexi	GDF-15, ponesgromab, anamorelin, anabolic/ catabolic modulators (ACM-001), and	

		cannabinoids (ART27.13 AV-380 og NGM120	
(3) 2025	Anamorelin Cancer cachexia		In several randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials, anamorelin significantly improved lean body mass and appetite in patients with cancer cachexia. However, no improvement was observed in motor function
(4)2025	Chronic Illness cachexia Regulatory and clinical trials	Multimodal intervention with Exercise, Nutrition and Anti-inflammatory Medication (MENAC), central melanocortin (MC) system, synthetic potent cannabinoid, S-pindolol oral anabolic-catabolic transforming agent (ACTA)	anti-inflammatory drugs and cancer therapy, achieved modest weight stabilization but no significant improvements in muscle mass or activity
(5) 2025	Non-pharmacological management of cancer related cachexia	Acupuncture, nutritional advice, exercise, behavior change.	May affect lean body mass, qol and fatigue, but not weight
(6) 2025	Review af cachexi endpoint	to summarize and evaluate endpoints used to assess appetite and dietary intake in cancer cachexia clinical trials	NRS or EORTC QLQ C30/C15 PAL seems suitable for appetite assessments

(7) 2024	Metaanalyse af megestrol acetat supplement Cancer	12 trials 1369 pt.	With very low certainty of the evidence, MA supplementation may not lead to a significantly increased weight gain and other outcomes.
(8) 2024	Pharmacological interventions Cancer	Narrativt review, corticosteroider, Progestins, cannabinoids, Olanzapine, NSAID, Thalidomid, EPA, Androgen, betablokker, ghrelin, Myostatin, GDF-15,	
(9) 2024	QoL Endpoint Cancer	50 papers QOL,	We recommend using well-validated QOL measures, includingcachexia-specific items such as weight history, appetite loss, and nutritional intake
(10) 2024	Anamorelin Cancer	6 studier	Anamorelin has the potential to stimulate appetite, improve gastric movement, and may have anti-inflammatory effects on patients with CACS. Compliance with multimodality treatment has been a barrier
(11) 2023	Herbal medicin Cancer	66 studier, 3654 pt.	
(12) 2022	Current evidence appetite stim	38 artikler, cannabinoids,	

	Cancer	mirtazapine, ghrelin, fedtsyre,	
(13) 2022	Cannabinoid cancer	10 studier	Low-quality evidence from both RCTs and NRSIs shows no significant benefits of cannabinoids for weight gain, appetite stimulation, and better quality of life
(14) 2022	Nutritional interventions Cancer	26 publikationer.	Although clinical trials relating to large numbers of nutritional supplements present promising data, many trials provided negative results.
(15) 2021	Pharmacological cachexia intervention	80 RCTs (10 579 patients) with 12 treatments were included.	several pharmacological interventions have potential to offer benefits in treatment of cachexia high-quality comparative studies to compare safety and efficacy are warranted for better management of cachexia
(16) 2021	Cannabinoid cancer	6 studier	do not appear to improve appetite, oral intake, weight, chemosensory function, or appetite-related quality of life.
(17) 2020	Nutritional interventions Cancer	5 trials, 472 pt	
(18) 2020	Advances cancer cachexia	Narrativt review	
(19) 2020	ASCO guideline cancer cachexia management	20 review, 13 rct	no specific pharmacological

			intervention can be recommended as the standard of care
(20) 2019	Fase 1 og 2 forsøg		Narrativt review
(21) 2019	Review palliative therapies cancer cachexia	Narrativt review	
(22) 2016	Ghrelin systematisk review	7 artikler, 379 pt.	Although the studies reviewed here report positive results, there is still little evidence available on the use of ghrelin to treat cachexia
(23) 2014	Recent developments treatment cachexia		
(24) 2014	Corticosteroid for cachexia	8 artikler	Corticosteroids are beneficial in treating anorexia in palliative care patients with malignancies; however there is no evidence for their use in anorexia due to end-stage nonmalignant disease.
(25) 2014	Phase II drugs in development	12 studier, 11 produkter	
(26) 2014	Cochrane review multimodal intervention	nine studies with 926 adults	insufficient evidence to support or refute the use of multimodal interventions in managing cachexia.

Clinical trials:

Ref og år	Stof/ population	kommentar	Resultat
(27) 2025,	Olanzapine and Mirtazapine	152 pt. 4 uger	Begge stoffer øgede appetit,

	Cancer		men ledte ikke til vægtøgning.
(28) 2024	Mirtazapine non small cell lung cancer	134 pt. 8 ugers behandling	there was no difference in appetite scores in all patients who received mirtazapine or placebo, but the mirtazapine group had a significant increase in energy intake
(29) 2023	Olanzapine, GI og lunge cancer	124 pt. 12 ugers behandling	Low-dose, daily olanzapine is a simple, inexpensive, well-tolerated intervention that significantly improves appetite and weight gain in newly diagnosed patients on chemotherapy
(30) 2021	Yukgunja-Tang cancer	20+20, 4 uger	
(31) 2018	Nabilone Lung cancer	65 pt 8 uger	abilone is an adequate and safe therapeutic option to aid in the treatment of patients diagnosed with anorexia. Larger trials are necessary in order to draw robust conclusions in

			regard to its efficacy in lung cancer patients
(32) 2018	Anamorelin (ONO-7643) NSCLC	174pt. 12 uger	Anamorelin significantly increased LBM and improved anorexia symptoms and the nutritional state, but not motor functio

Referencer:

1. Rahbar Saadat Y, Abbasi A, Hejazian SS, Hekmatshoar Y, Ardalan M, Farnood F, et al. Combating chronic kidney disease-associated cachexia: A literature review of recent therapeutic approaches. *BMC Nephrol.* 2025 Mar 11;26:133.
2. Muscaritoli M, Molfino A, Orlando S, Tambaro F. Advancements of investigational agents for cancer cachexia: what clinical progress have we seen in the last 5 years? *Expert Opinion on Investigational Drugs.* 2025 Nov 2;34(11):855–67.
3. Fujii H, Yamada Y, Iihara H, Kobayashi R, Suzuki A. Anamorelin in the Management of Cancer Cachexia: Clinical Efficacy, Challenges, and Future Directions. *Anticancer Research.* 2025 Mar 1;45(3):865–81.
4. Fioretti F, von Haehling S, Coats AJS, Butler J, Del Fabbro E, Skipworth RJE, et al. Cachexia and Wasting in Chronic Illness: Regulatory and Clinical Trial Update. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2025 Nov 26;16(6):e70128.
5. Constantina C, Mary E, George O, Konstantinos F, Christiana K, Nicos M, et al. Nonpharmacological Management of Cancer-Related Cachexia: A Systematic Review. *Seminars in Oncology Nursing.* 2025 Feb;41(1):151803.
6. Vagnildhaug OM, Balstad TR, Ottestad I, Bye A, Greil C, Arends J, et al. Appetite and dietary intake endpoints in cancer cachexia clinical trials: Systematic Review 2 of the cachexia endpoints series. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2024 Feb 11;15(2):513–35.
7. Talebi S, Zeraattalab-Motlagh S, Barkhordar M, Vaezi M, Ghoreishy SM, Ghavami A, et al. Dose-dependent effect of megestrol acetate supplementation in cancer patients with anorexia–cachexia syndrome: A meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2024 Jun 20;15(4):1254–63.
8. Pandey S, Bradley L, Del Fabbro E. Updates in Cancer Cachexia: Clinical Management and Pharmacologic Interventions. *Cancers (Basel).* 2024 Apr 27;16(9):1696.

9. Hjermland MJ, Jakobsen G, Arends J, Balstad TR, Brown LR, Bye A, et al. Quality of life endpoints in cancer cachexia clinical trials: Systematic review 3 of the cachexia endpoints series. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2024 Mar 29;15(3):794–815.
10. Dev R, Amano K, Naito T, Del Fabbro E. Anamorelin for the Treatment of Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome. *Curr Oncol Rep*. 2024 Jul 1;26(7):762–72.
11. Chen G, Wang N, Yang R, Wu Y, Liu J, Huang Z, et al. Efficacy and safety of herbal medicines intervention for cachexia associated with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Phytotherapy Research*. 2023;37(11):5243–78.
12. Turcott JG, Zatarain-Barrón ZL, Cárdenas Fernández D, Castañares Bolaños DT, Arrieta O. **Appetite stimulants for patients with cancer: current evidence for clinical practice**. *Nutrition Reviews*. 2022 Mar 10;80(4):857–73.
13. Simon L, Baldwin C, Kalea AZ, Slee A. Cannabinoid interventions for improving cachexia outcomes in cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022 Feb;13(1):23–41.
14. Braha A, Albai A, Timar B, Negru Șerban, Sorin S, Roman D, et al. Nutritional Interventions to Improve Cachexia Outcomes in Cancer—A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Jul 21;58(7):966.
15. Saeteaw M, Sanguanboonyaphong P, Yoodee J, Craft K, Sawangjit R, Ngamphaiboon N, et al. Efficacy and safety of pharmacological cachexia interventions: systematic review and network meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021 Mar 1;11(1):75–85.
16. Johnson S, Ziegler J, August DA. Cannabinoid use for appetite stimulation and weight gain in cancer care: Does recent evidence support an update of the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism clinical guidelines? *Nutrition in Clinical Practice*. 2021;36(4):793–807.
17. Ukovic B, Porter J. Nutrition interventions to improve the appetite of adults undergoing cancer treatment: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2020 Oct;28(10):4575–83.
18. Siddiqui JA, Pothuraju R, Jain M, Batra SK, Nasser MW. Advances in cancer cachexia: Intersection between affected organs, mediators, and pharmacological interventions. *Biochim Biophys Acta Rev Cancer*. 2020 Apr;1873(2):188359.
19. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos VE, Bruera E, Fabbro E del, Dixon S, et al. Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2020 Jul 20 [cited 2026 Jan 16]; Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.20.00611>
20. Molfino A, Amabile MI, Giorgi A, Monti M, D'Andrea V, Muscaritoli M. Investigational drugs for the treatment of cancer cachexia: a focus on phase I and phase II clinical trials. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2019 Aug 3;28(8):733–40.

21. CHILDS DS, JATOI A. A hunger for hunger: A review of palliative therapies for cancer-associated anorexia. *Ann Palliat Med*. 2019 Jan;8(1):50–8.
22. Mansson JV, Alves FD, Biolo A, Souza GC. Use of ghrelin in cachexia syndrome: a systematic review of clinical trials. *Nutr Rev*. 2016 Nov;74(11):659–69.
23. von Haehling S, Anker SD. Treatment of cachexia: an overview of recent developments. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Dec;15(12):866–72.
24. Miller S, McNutt L, McCann MA, McCorry N. Use of corticosteroids for anorexia in palliative medicine: a systematic review. *J Palliat Med*. 2014 Apr;17(4):482–5.
25. Dingemans AMC, de Vos-Geelen J, Langen R, Schols AM. Phase II drugs that are currently in development for the treatment of cachexia. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2014 Dec 1;23(12):1655–69.
26. Reid J, Blair C, Dempster M, McKeaveney C, Slee A, Fitzsimons D. Multimodal interventions for cachexia management - Reid, J - 2025 | Cochrane Library. [cited 2026 Jan 16]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD015749.pub2/full>
27. Singhal Y, Pingoliya SK, Gaurav R P, Saji S, Sharma A. Comparison of Effectivity and Safety of Olanzapine and Mirtazapine on Cancer-Associated Anorexia and Cachexia in Advanced Oral Cavity Cancer Patients: Prospective, Comparative, Interventional Study. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2025 Jul 3;39(3):432–41.
28. Arrieta O, Cárdenas-Fernández D, Rodríguez-Mayoral O, Gutierrez-Torres S, Castañares D, Flores-Estrada D, et al. Mirtazapine as Appetite Stimulant in Patients With Non–Small Cell Lung Cancer and Anorexia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2024 Mar 1;10(3):305–14.
29. Sandhya L, Sreenivasan ND, Goenka L, Dubashi B, Kayal S, Solaiappan M, et al. Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study of Olanzapine for Chemotherapy-Related Anorexia in Patients With Locally Advanced or Metastatic Gastric, Hepatopancreaticobiliary, and Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2023 May 10 [cited 2026 Jan 16]; Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.22.01997>
30. Ko MH, Song SY, Ha SJ, Lee JY, Yoon SW, Park JH, et al. Efficacy and Safety of Yukgunja-Tang for Patients with Cancer-related Anorexia: A Randomized, Controlled Trial, Pilot Study. *Integr Cancer Ther*. 2021 May 25;20:15347354211019107.
31. Turcott JG, Del Rocío Guillen Núñez M, Flores-Estrada D, Oñate-Ocaña LF, Zatarain-Barrón ZL, Barrón F, et al. The effect of nabilone on appetite, nutritional status, and quality of life in lung cancer patients: a randomized, double-blind clinical trial. *Support Care Cancer*. 2018 Sep;26(9):3029–38.
32. Katakami N, Uchino J, Yokoyama T, Naito T, Kondo M, Yamada K, et al. Anamorelin (ONO-7643) for the treatment of patients with non–small cell lung cancer and

cachexia: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study of Japanese patients (ONO-7643-04). *Cancer*. 2018 Feb 1;124(3):606–16.

HØRINGSVERSION

Bilag 4: Patientcases

Følgende to patientcases er udarbejdet af EAPC (1).

Eksempel 1: En patient med relativt god performance status (0-1) med utilstrækkeligt indtag gennem en længere periode pga. Langsomt voksende, tilbagevendende kræfttumor i øvre GI. De ernæringsmæssige symptomer er relateret til den lokale kræftsygdom og underernæring, som f.eks. smerter og opkast ifm. Fødeindtag, afkræftethed og tiltagende vægttab. Det vurderes, at denne patient vil være egnet til kunstig ernæring (EN eller PN). Her vil man foretrække enteral ernæring via sonde idet der er en fungerende mavetarmfunktion. Behandlingen vil forebygge yderligere forringelse af underernæringen og bevare patientens livskvalitet, også selvom det måske er for en kort periode.

Eksempel 2: En sengeliggende patient som har udviklet gulsot fra levermetastaser. Desuden har patienten udspilet abdomen og opkast pga. intermitterende tarmobstruktion som et resultat af peritoneal karcinose Dette kræver intens farmakologisk behandling for at begrænse smerterne, kløe og opkast. Her vil intensiveret ernæringsbehandling formentlig ikke gavne og man vil foretrække simpel væskebehandling for at undgå dehydrering.

Referencer:

1. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A, m.fl. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. European Association for Palliative Care. Nutrition. marts 1996;12(3):163–7. doi:10.1016/s0899-9007(96)91120-x PubMed PMID: 8798219.

Bilag 5: Kontaktinformation på arbejdsgruppen

Iben Kamp Klastrup, Klinisk diætist, specialeansvarlig for palliation, Ernæringsklinikken i Afdeling for Ernæring på Regionshospitalet i Gødstrup, E-mail: ibklau@rm.dk

Irene Wessel, Overlæge, ph.d., klinisk lektor, Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi og Klinik for Ernæring, Rigshospitalet, E-mail: irene.wessel.01@regionh.dk

Hendrika Adriana Linda Kievit, E-mail: hendkiev@rm.dk

Bodil Abild Jespersen, ledende overlæge, MPG, Enhed for lindrende behandling, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, E-mail: bojesp@rm.dk

Anette Hygum, ledende overlæge, Enhed for lindrende behandling, Sygehus Lillebælt, E-mail: Anette.Hygum@rsyd.dk

Dorte Elisabeth Dinesen, Klinisk diætist, Cand.scient.san. Afd. for børn og unge, epilepsihospitalet Filadelfia, E-mail: dedi@filadelfia.dk

Dorthe Malene Wiuf Nielsen, Klinisk Diætist, NHH-kandidat i Klinisk Ernæring, Klinik for Ernæringsterapi til Børn og Unge, Rigshospitalet, E-mail: dorthe.malene.wiuf.nielsen@regionh.dk

Bjørn Quistorff, Professor dr.med., Emeritus, Metabolisk Biokemi, E-mail: bqui@dadlnet.dk (udtrådt af gruppen)

Emilie Sinding Nør, Klinisk diætist, stud.scient human ernæring, Onkologisk Afdeling og Center for Ernæring og Tarmsvigt (CET), Aalborg Universitetshospital, E-mail: e.noer@rn.dk