

DIÆTISTEN

TEMA

Ernæringsprojekter



NO. 73. FEBRUAR 2005. 13. ÅRGANG

SEKRETARIAT

Foreningen af Kliniske Diætister
Emdrupvej 28A
2100 København Ø.
Tlf.: 33 32 00 39

Mandag - torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15

E-mail: post@diaetist.dk
www.diaetist.dk

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister

ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Jonna Winther
E-mail: jonnawinther@mail.dk

ANSVARSHAVENDE

Cecilia H. S. Arendal
Cia-erik@adslhome.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 74 1. marts 2005
(udkommer april 2005)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

BESTYRELSEN

FORMAND
Cecilia H. S. Arendal
Odensevej 136
5800 Nyborg
tlf.: 65 36 12 78/51 32 53 78
E-mail: Cia-erik@adslhome.dk

NÆSTFORMAND

Jette Rytøft
Sanddalvej 3
7000 Fredericia
Tlf.: 76362628 (privat)
Tlf.: 60118363/75940662 (arb)
E-mail: Jetterytøft@hotmail.com

KASSERER

Dorthe Wiuf Nielsen
Sjællandsgade 45, 3.Lv.
2200 København N
Tlf.: 3535 3417/2943 286 (privat)
Tlf.: 3545 8342 (arb)
E-mail: wiuf@mail.dk

ØVRIGE MEDLEMMER

Heidi Dreist
Hybenvej 18
4700 Næstved
Tlf.: 55 77 14 54
E-mail: dreist@stofanet.dk

Pia Houmøller
Adelgade 61 st. tv
1304 København K
Tlf. 33 14 09 89
E-mail: pia@houmoller.com

Merethe Have
Fasanvej 14
5230 Odense M
Tlf.: 6613 8950/6613 8940
E-mail: merethehave@ofir.dk

Pia Asferg Nielsen
Jacob Gades Vej 14 Strib
5500 Middelfart
Tlf.: 6440 0132
E-mail: pia.a.nielsen@ouh.fyns-amt.dk

Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere indlæg, så de fremstår mere læsevenlige. Annoncer og indlæg i *Diætisten* udtrykker ikke nødvendigvis redaktionens holdning.

Kom så ud af flinkeskabet

Vintertid er lønforhandlingstid.

Nu er de individuelle og de overenskomstmæssige lønforhandlinger i gang. Der er endnu intet nyt fra Kost- og Ernæringsforbundet (tidligere Økonomaforeningen) og fra den forhandlende part i Sundhedskartellet. Men på www.sundhedskartellet.dk kan I følge forhandlingens udvikling, og det er med udgangen af februar at forhandlingernes resultat skal forligge.

Der kan I også se den ny lønmodel, der kan blive rigtig interessant for offentligt ansatte kliniske diætister at bruge i de individuelle lønforhandlinger.

At få mere i løn kræver individuelle lønforhandlinger under ny løn. Det betyder, at hvert enkelt medlem selv skal begrunde og dokumentere, hvorfor man er berettiget til at stige i løn. Heldigvis lykkes det for en del at få hentet pæne lønninger hjem gennem egen indsats. Det er her, jeg mener, at vi kliniske diætister skal se at komme ud af flinkeskabet og ikke bare acceptere at blive på samme løntrin.

Vi har fra foreningen taget initiativ til at udarbejde en lille samling "Gode råd når du skal forhandle løn", der sammen med "Ny løn-guide" ligger tilgængeligt på hjemmesiden.

Temaet i dette nummer om ernæringsprojekter viser på en rigtig god måde, hvordan flere kliniske diætister er godt i gang med at dokumentere det arbejde, de laver. I artiklerne ligger gode redskaber til brug for alle - også for jer, der har tænkt at jeres arbejde skal ud til en større kreds.

Der ligger et arbejde med at samle alle de ernæringsprojekter, der er gennemført og gøre dem tilgængelige på hjemmesiden til inspiration og til brug i udviklingsøjemed.

Guleroden for den enkelte til at begive sig ud i projektarbejde kan være for at få forhandlet lønninger hjem, der står mål med det store arbejde rigtig mange kliniske diætister udfører rundt om på landets hospitaler og i primærsektoren.

Og projekter kan faktisk også belønnes med fondsmidler. Her tænker jeg bla på Bagger-Sørensen Fonden, hvor der er en pris på 50.000 kr. til et eller flere diabetesprojekter, udarbejdet af kliniske diætister.

Men det er ikke kun penge, der er omdrejningsaksen og alligevel. Alle projekterne handler om at give borgerne, patienterne redskaber til at tage hånd om deres egen situation i forhold til det, de spiser. Evt med hjælp fra personale i både primær- og sekundærsektoren. For at de hurtigst muligt skal blive raske eller forhindre sygdom, så det ikke skal koste yderligere dyr behandling.

Om det så er en sidegevinst eller om det er pointen, så er der en masse livskvalitet i selv at kunne tage hånd om sit mad- og bevægelsesliv. Eller i hverfald få den rigtige behandling til det.

Held og lykke med forhandlingerne om lønforhøjelser...
I har fortjent det.



Cecilia Arendal

Indhold

TEMA

■ Fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse fra sygehus	5
■ Vejen til varigt vægttab	8
■ Kan livsstilsvaner ændres ved vejledning?	12
■ Organisering af patientforløb mellem sygehus og primær sektor	15
■ Ernæringsintervention i hæmodialyseafsnittet på OUH skabte faglig udvikling	18

ARTIKEL

■ Opsøg dem, som søger efter sandheden men undgå dem, der har fundet den	24
---	----

UDEFRÅ

■ Børnene tilbage til kødgryderne	29
■ Bøger modtaget på redaktionen	30
■ Den Nationale Kosthåndbog	31

NYE PUBLIKATIONER

■ Overfølsomhed over for tilsætningsstoffer	32
■ Løkkemad	33
■ Vidste du, at....	33

OS IMELLEM

■ Fra formanden	34
■ Der har været flyttedag	35
■ Kursuskalenderen	35

Side 8

Side 15

Side 18

Side 24

Side 29

Komplette tilskuds- drikke har aldrig smagt så godt

Ny Nutridrink:
foretrækkes af patienter i
multicenter smagsundersøgelse:⁽¹⁾

Kommentarerne var følgende:

“Den er lækker. God smag”

“Dejlig, blød, nem at synke”

“Det er lige sådan, den skal være”

*“Den her var virkelig god.
Den var sød, den var rar at drikke”*



En ernæringsmæssig komplet
ernæringsdrik af milkshake-
typen med højt energiindhold.

Udvalg af forbedrede smags-
varianter, som forbedrer
compliance:

Jordbær, Vanille, Kakao,
Orange, Banan, Tropefrugt
og Karamel.

Kontakt din lokale konsulent
på telefon 70 21 07 07, med
henblik på prøvesmagning af
de nye Nutridrink.

NUTRICIA

Fornyelse, der skaber bedre compliance

Fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse fra sygehus

I øjeblikket afvikler Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus et projekt, der sætter fokus på ernæringstilstanden og den fortsatte fokus på ernæring blandt de patienter, der har været småtspisende under indlæggelsen, og som nu bliver udskrevet fra sygehuset.



Kirsten Færgeman

Projektet er et samarbejde mellem sygehuset og tre af kommunerne i sygehusets optageområde, Grenaa Kommune, Mariager Kommune og Rosenholm Kommune. Projektet er finansieret med kr. 484.780 kr. fra Sundhedsstyrelsens pulje: "Bedre mad til syge", og det afvikles i perioden fra den 1. september 2004 til den 30. september 2005. Jeg er ansat som projektkoordinator for projektet.

Formål

Formålet med projektet er at forebygge og afhjælpe ernæringsproblemer blandt patienterne på sygehuset og blandt de ældre borgere i primærsektoren gennem målrettet ernæringsindsats før, under og efter indlæggelsen. Samtidig er det projektets formål at beslutte fælles metode og udarbejde fælles ernæringsscreeningskema, informationsmateriale og patientvejledning til patienter og pårørende

indenfor henholdsvis sygehus, primærkommune og almen praksis.

Fokus på ernæring

Randers Centralsygehus og det daværende Grenaa Centralsygehus fusionerede i 2003. Før fusionen afviklede begge sygehuse

der også kom mere fokus på ernæring blandt plejepersonalet og de praktiserende læger, der tilså og/eller behandlede ældre borgere i eget hjem og på plejehjem og ældrecentre i kommunerne.

Afdelingsleder Birgitte Sandahl fra Mariager Kommunes Ældre- og Handicapafdeling deltog sammen med Udviklingschef Birgit Svendsen fra Randers Centralsygehus i udarbejdelsen af projektbeskrivelsen til nærværende projekt.

Bagved projektet findes en styregruppe som godkender alle projektmaterialer og udstikker de overordnede rammer for projektet. Styregruppen består af sygehusets

På baggrund af projektbeskrivelsen ser projektets tidsplan således ud:

Materialeudarbejdelse og besøg på sengeafsnit	uge 36-43	2004
Undervisning på sygehusets sengeafsnit	uge 44-49	2004
Undervisning i primærsektor	uge 4-22	2005
Implementering af ernæringsscreening	uge 2-26	2005
Dataindsamling	uge 2-26	2005
Databehandling	uge 27-31	2005
Opfølgning på sengeafsnit og i primærsektor	uge 32-37	2005
Af rapportering til Sundhedsstyrelsen	uge 38-40	2005

særskilte ernæringsprojekter, og begge sygehuse var langt fremme med screeningsredskaber og kostregistrering, samt undervisnings- og implementeringstiltag der satte fokus på patienternes ernæringstilstand under indlæggelsen. Efter fusionen mellem de to sygehuse, opstod der behov, dels for at få sat fokus på ernæring igen, dels for at få etableret fælles retningslinier i forhold til kost og ernæring til småtspisende på de to sygehuse. Samtidig var der et stort ønske om at udvide ernæringsfokus til primærsektoren, så

nuværende ernæringsudvalg, samt repræsentanter for de involverede kommuner. Under styregruppen er der etableret en mindre arbejdsgruppe, der tager sig af de mere praktiske ting i forhold til projektet.

Målrettet ernæringsindsats før indlæggelsen

Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus og kommunerne der deltager i projektet ønsker, at der kommer fokus på borgerens ernæringstilstand, allerede før de eventuelt bliver indlagt på sygehuset.

Dette opnås ved at sætte fokus på ernæring i primærsektoren.

Undervisning af plejepersonale

I de tre kommuner undervises al plejepersonale med kontakt til ældre i ernæring. Undervisningen afvikles i plejegrupperne, da erfaringen viser, at få deltagere giver bedre mulighed for at få en dialog i gang. Undervisningen tager udgangspunkt i det nyeste materiale, der findes og f.eks. i bøgerne: "Omsorg gennem mad og drikke", samt i eget indsamlet materiale og erfaringer fra tidligere projekter. Der undervises også i, hvilke redskaber det er muligt at benytte for at opspore ældre i

ernæringsrisiko eller dårlig ernæringstilstand, og der gives konkrete råd og ideer til, hvad der kan gøres, for at afhjælpe en sådan tilstand. Der medbringes altid smagsprøver til undervisningsseancerne, f.eks. Ryå is eller fromage, energi- og proteinberigede drikke fra forskellige firmaer og/eller nogen af drikkene fra den nye brochure: "Lokkemad" fra Mejeriforeningen. Hensigten er, at give personalet nogle handlemuligheder i forhold til de ældre småtspisende, og at give personalet mulighed for at "smage på varerne", så de ved, hvad de tilbyder, når de står overfor borgeren.

Kontakt til praktiserende læger

De praktiserende læger i kommunerne informeres først via sygehusets praksiskonsulent, hvorefter lægerne får tilsendt et brev underskrevet af sygehusets chef-læge, kontaktpersonen i kommunens ældreafdeling og mig som projektkoordinator. Derefter tages der kontakt til de enkelte lægehuse, og der aftales et besøg i lægehuset. Under dette besøg præsenteres baggrunden for projektet, den videnskabelige evidens på ernæringsområdet i forhold til småtspisende borgere og det screeningsredskab sygehuset anvender. Hensigten er, at lægerne får mulighed for at opspore småtspisende borgere tidligt, og sætte ernæringstiltag i værk før en eventuel indlæggelse, men også at lægerne bliver opmærksomme på opfølgning omkring ernæring efter en eventuel indlæggelse.

Foredrag for pensionisterne

Der afholdes foredrag for pensionisterne i kommunerne. Dette arrangeres typisk i forbindelse med en Sundhedsuge i kommunen eller af kommunens pensionistforening(er). I foredragene tages der udgangspunkt i, hvad de ældre bør være opmærksomme på. Hvad er faresignalerne? Hvad kan de selv gøre? Hvilke muligheder har de, hvis de allerede er kommet langt ned i vægt? Der hører også altid smagsprøver med til sådanne foredrag.

Målrettet ernæringsindsats under indlæggelsen

Ved indlæggelse på Randers Central-sygehus/Grenaa Sygehus, skal patienterne ernæringsscreenes og ud fra screeningsresultatet vælges kostform til patienten, f.eks. kost til småtspisende (benævnt superkost), sygehuskost eller normalkost. Patienterne får en folder om den kost, der tilbydes under indlæggelsen, og patienterne informeres om de muligheder, der er for energi- og proteinrige mellemmåltider/småretter.

**Randers Centralsygehus
Grenaa Sygehus**

**Ernæringsvurdering
TIL ALLE JOURNALER**

Label: _____ Dato: _____

Skal altid udfyldes indenfor 24 timer efter indlæggelsen:

Højde: _____ cm
Vægt: _____ kg

1) Nedsat kostindtag inden for den sidste uge? ☐ Ja ☐ Nej
2) Uforventet vægttab de sidste 3 måneder ☐ ☐
3) Er patienten svært sult? ☐ ☐
4) Patienten er under 65 år og har et BMI under 20,5 (rød) eller patienten er 65 år eller ældre og har et BMI under 24 (rød og blå farve) (se BMI-skema herunder eller beregn BMI som vægt i kg/højde i m²) ☐ ☐ BMI: _____

1000

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Hvis ja til et af ovenstående spørgsmål skal patienten tilbydes enten (SÆT KRYDS):
SUPERKOST – Små portioner med høj proteinindhold, ved lille appetit
SYGEHUSKOST – Normale portioner med høj proteinindhold, ved normal appetit ☐

Hvis nej til alle ovenstående spørgsmål skal patienten tilbydes:
SYGEHUSKOST – Normale portioner med høj proteinindhold, ved normal appetit ☐
NORMALKOST – Normale portioner mager mad, ved normal appetit ☐
ANBEFALET DIÆT ☐

Kostregistrering

På sygehuset er der nu indført en kostregistrering på fortrykte skemaer som plejepersonalet selv udfylder, beregner og vurderer. De kliniske diætister på sygehuset modtager derfor ikke længere registreringer til beregning. Resultatet af kostregistreringen overføres til ernæringsscreeningsskemaet, og det er derfor muligt at vurdere resultatet af kostregistreringen til stuegang, da ernæringsscreeningsskemaet hører til i journalen.

Ved udskrivelsen har styregruppen bag projektet besluttet at brochuren:

”Lokkemad” fra Mejeriforeningen må udleveres til patienter, der har brug for ekstra energirig kost efter udskrivelsen. ”Lokkemad” kan også være en god hjælp til de pårørende. Derudover udleveres materiale udarbejdet på sygehuset. Alle læger og alt plejepersonale på sengeafsnittene på sygehuset er eller bliver undervist i projektets procedurer.

Måltrettet ernæringsindsats efter indlæggelsen

Efter indlæggelsen fortsætter ernæringsindsatsen i primærsektoren. Der bør være fokus på ernæring både hos de praktiserende læger og hos plejepersonalet, der arbejder med ældre borgere i eget hjem eller på plejehjem og ældrecentre.

Repræsentanter fra sygehuset og fra kommunerne i sygehusets optageområde har i samarbejde udarbejdet et kommunikationsark, der skal fungere som et sådant, i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af patienter. En del af dette ark er et afsnit med oplysninger om patientens /borgerens ernæringsstilstand før, under og efter indlæggelsen.

Dataindsamling og databehandling

Alle screeninger bliver kopieret og gemt i projektperioden, og bliver efterfølgende behandlet statistisk. Ud fra de screeninger der bliver foretaget, vil der blive taget

KOSTREGISTRERINGSSKEMAER, SAMMENTÆLLING						
KOSTREGISTRERINGS-DAG	ENERGIPONT	PROTEINPONT	TOTAL VÆSKE I ML			
KOSTREGISTRERINGS-DAG 1						
KOSTREGISTRERINGS-DAG 2						
KOSTREGISTRERINGS-DAG 3						

VURDERING AF ENERGI- OG PROTEINBEHOV HOS VOKSNE PATIENTER
 Angiv i kJ (energi-pont = 1 pont = 100 kJ) og protein-pont (1 g protein = 1 protein-pont).

Aktuelle vægt (kg)	Vægtbehov af vægt		Vægttagning		Aktuelle vægt (kg)
	Senge-liggende	Oppe-liggende	Senge-liggende	Oppe-liggende	
90	8000 kJ (80)	10000 kJ (100)	11000 kJ (110)	13000 kJ (130)	90
85	8000 kJ (80)	9000 kJ (90)	10000 kJ (100)	11000 kJ (110)	85
80	8000 kJ (80)	8000 kJ (80)	9000 kJ (90)	10000 kJ (100)	80
75	7000 kJ (70)	7000 kJ (70)	8000 kJ (80)	9000 kJ (90)	75
70	7000 kJ (70)	6000 kJ (60)	7000 kJ (70)	8000 kJ (80)	70
65	6000 kJ (60)	5000 kJ (50)	6000 kJ (60)	7000 kJ (70)	65
60	6000 kJ (60)	4000 kJ (40)	5000 kJ (50)	6000 kJ (60)	60
55	5000 kJ (50)	3000 kJ (30)	4000 kJ (40)	5000 kJ (50)	55
50	5000 kJ (50)	2000 kJ (20)	3000 kJ (30)	4000 kJ (40)	50
45	4000 kJ (40)	1000 kJ (10)	2000 kJ (20)	3000 kJ (30)	45
40	4000 kJ (40)	0 kJ (0)	1000 kJ (10)	2000 kJ (20)	40

Til pt. hvis aktuelle vægt ikke står anført på skemaet beregnes energibehov som: aktuelle vægt x 100 + 30 % ved vægtvedligeholdelse eller aktuelle vægt x 100 + 50 % ved behov for vægttagning. Tallet divideres med 100 for at finde antal energipont. Proteinbehovet udgør 1,3 protein-pont/kg legemsvægt pr. dag.

BEREGNING AF VÆSKEBEHOV HOS VOKSNE PATIENTER
 Væskebehovet udgør 30-40 ml pr. kg legemsvægt
 Ved BMI>30 skal væskebehovet udregnes efter ideel vægt

PATIENTENS ENERGI-BEHOV ER VURDERET TIL: _____ ENERGIPONT
 PATIENTENS PROTEIN-BEHOV ER VURDERET TIL: _____ PROTEINPONT
 PATIENTENS VÆSKE-BEHOV ER VURDERET TIL: _____ ML

VURDERING AF KOSTREGISTRERINGEN:
 Hvis energi- og/eller proteinindtaget er under halvdelen af behovet, skal patienten enten have yderligere energi- og proteintilskud eller sondeernæring.

Kontrol af	Indt.d.t.	1. uge	2. uge	3. uge	4. uge	5. uge	6. uge
		dato:	dato:	dato:	dato:	dato:	dato:
Vægt	/	/	/	/	/	/	/
S-albumin	/	/	/	/	/	/	/

Kommentaren: (date og initialer)

en større stikprøve ud og disse borgere ernæringsscreenes igen i eget hjem i slutningen af projektperioden. På denne måde kan borgeren følges helt hjem i forhold til ernæringsfokus, og det kan måles og vurderes, om det har haft nogen effekt at sætte intensiv fokus på ernæring til småtspisende i de to sektorer. Resultatet af databehandlingen foreligger i slutningen af august eller i starten af september i år, så fortsættelse af denne artikel følger i efteråret 2005.

Perspektivering

Det er hensigten, at flere kommuner skal have tilbud om deltagelse i projektet,

efterhånden som projektperioden skrider frem.

Med henblik på forankring i organisationerne etableres en fast mødestruktur i forhold til ernæringsnøglepersonerne i de to sektorer. På sygehuset deltager både de kliniske diætister og sygehusets kostkonsulent aktivt i implementeringsperioden.

kfn@rc.aaa.dk ■

Vejen til et varigt vægttab

Fra april 2004 til marts 2005 foregår et projekt i almen praksis i Sønderjyllands Amt. Projektet omhandler tværfaglig behandling af svært overvægtige med særlig risiko for at udvikle type 2 diabetes.



Lene Worm

Denne artikel er en beskrivelse af projektet. I løbet af 2005 følger endnu en artikel om evalueringen af projektet.

■ Via instruktion af fysioterapeuter får deltagerne sved på panden v. stavgang, spinding, svømning o.l. – kombineret m. ideer til at motionere videre selv eller i gruppe.

■ En liflig duft breder sig v. kostværkstederne, erfaringer udveksles og der debatteres livligt.

■ Deltagerne taber kilo og centimeter i taljen og får den individuelle diæt justeret ved klinisk diætist hos de praktiserende læger.

■ Psykologen giver redskaber til at takle de mange nye udfordringer og holde fast i den nye livsstil.

Baggrund

I Sønderjyllands Amt er tilbuddet til overvægtige begrænset af tid og ressourcer. Et fåtal af de, som har behovet, tilbydes et monofagligt tilbud i form af diætbehandling ved klinisk diætist. I amtet er der behov for at optimere behandlingen og afprøve et mere tværfagligt koncept, og give de overvægtige mulighed for at møde ligestillede.

Vi, kliniske diætister, efterspørger desuden erfaring med at kombinere den individuelle diætvejledning med praktiske færdigheder i at tilberede sund og velsmagende mad.

Økonomisk set vil det ikke være muligt at tilbyde et forløb svarende til vores projekt til alle overvægtige borgere i amtet, idet ca. 11% af sønderjyderne er svært overvægtige med BMI på 30 og derover.

Vi indkredsede derfor målgruppen til svært overvægtige med særlig risiko for type 2 diabetes, defineret som en nær slægtning i lige linie med type 2 diabetes. Årsagen hertil var bl.a. at 61% af type 2 diabetes tilfældene kan relateres alene til overvægt (1). Desuden er livstidsrisikoen for at udvikle type 2 diabetes forøget med 40%, hvis en af forældrene har type 2 diabetes (2).

I primærsektoren har vi allerede et velfungerende samarbejde mellem praktiserende læger og kliniske diætister. De praktiserende læger henviser type 2 diabetikere og hjertepatienter til klinisk diætist. Vejledningerne foregår lokalt i lægehuse-



ne, og ved konferencer drøftes patienternes behandling løbende.

I projektet anvender vi de positive erfaringer fra det allerede etablerede system. Efter dialog med patienten og afklaring af hvorvidt denne kan opfylde kriterierne, henviser den praktiserende læge patienten. Kriteriet vedrørende arvelighed for diabetes type 2 er rimelig nemt at administrere, idet det blot kræver et ekstra spørgsmål i anamnesen.

Økonomi

Projektet er ligeligt finansieret af Sundhedsstyrelsens Overvægtspulje 2003 og puljemidler fra Sønderjyllands Amt.

Projektstyringsgruppe

Der er nedsat en projektstyringsgruppe, som har fastlagt de overordnede rammer omkring projektet. Projektstyringsgruppen er sammensat af: Praktiserende læge, adm. medicinsk overlæge, ledende klinisk diætist, praksis diætist og projektkoordinatoren. Desværre er der ingen fysioterapeut og psykolog repræsenteret, idet de først er ansat på timebasis senere i forløbet.

Metode

Projektet er 1-årigt og afvikles i perioden: 1. april 2004 – 31. marts 2005.

Der er kapacitet til 100 deltagere i projektet. Vi endte ud med 89 deltagere pga. et stort tidspres, idet projekter sponsoreret af Sundhedsstyrelsen skal planlægges - gennemføres og evalueres indenfor 1 år. Der er 6 hold i gang i amtet.

Faggrupper

Et vigtigt aspekt i projektet er et tværfagligt behandlerteam som består af flg.: 5 fysioterapeuter og 2 psykologer som er timeansatte.

1 fuldtidsansat klinisk diætist som foretager de individuelle diætvejledninger, har kostværksted og er koordinator i projektet. Samarbejde med praktiserende læger.

Det tværfaglige samarbejde sker overordnet på følgende vis

Den individuelle diætvejledning følger rammeplan for adipositas og kobles med holdundervisning i motion, praktisk madlavning og undervisning ved psykolog.

Individuel diætvejledning

Højde, vægt, taljemål og BMI måles ved første og afsluttende vejledning. Vægt måles endvidere ved hver vejledning i forløbet dvs. hver 5.-6. uge.

Når deltagerne møder til første vejledning udfyldes et spørgeskema, det samme sker ved den afsluttende individuelle vejledning. Spørgeskemaet bruges i den senere evaluering, idet der her fremgår hvilke forandringer, der er sket undervejs.

Holdaktiviteter

Nærhedsprincippet prioriteres højt, dels skal der være så få barrierer for at deltage i holdaktiviteterne som muligt, derfor skal kørselsafstanden være begrænset. Dels skal der være optimal mulighed for, at deltagerne kan danne uformelt netværk. Der blev derfor fastsat nogle områder i amtet, hvor projektet blev tilbudt. Der er minimum 12 deltagere pr. hold.

Aktiviteter i projektet

Aktiviteterne afholdes på en fast ugedag som fyraftensmøde eller i aftentimerne:

Fysisk træning – hver 14. dag v. fysioterapeut i lokal gymnastik sal. Der arbejdes udfra en bred forståelse af motion og forskellige motionsformer afprøves. Fysioterapeuterne foretager en 6 min. gangtest ved opstart og afslutning af holdaktiviteterne.

Desuden opfordres deltagerne til at dyrke motion alene eller gerne i samvær med andre deltagere fra holdet.

Madværksted – hver 4. uge i skolekøkken v. klinisk diætist – indeholdende varenkendskab, indkøbstips, sammensætning af dagens måltider, praktiske færdigheder i madlavning, samt fællesspisning af fedtfattige og sunde retter.

Undervisning ved psykolog – 2 gange i forløbet. Her bevidstgøres deltagerne omkring de psykologiske mekanismer i forbindelse med overvægt, barrierer for vægttab, fastholdelse af motivation og optimere muligheden for varig adfærd ændring.

Mål

At synliggøre at risikofaktorerne for udvikling af type 2 diabetes blandt deltagerne kan reduceres via:

- Min. 5% vægtreduktion
- Nedsætte talje omkreds
- Øget fysisk aktivitet – 4 timers ugentlig motion (måles via spørgeskema)



Målgruppe

Inklusionskriterier

- Mænd og kvinder med BMI på 30 og derover i alderen 18-65 år.
- Familiær disponering, dvs. en nær slægtning i lige linie med type 2 diabetes.
- Deltagerne skal være motiverede og indstillet på at yde et engagement såvel individuelt som i gruppe med ligestillede.
- Have fysisk til at gennemføre lettere fysisk aktivitet af 1 times varighed.
- Være indstillet på at betale et deltagergebyr på 600 kr.

Biokemiske data som måles før henvisning

- TSH
- s/b – glucose
- 2 timers oral glukose belastning

Biokemiske data som måles ved projekts afslutning

- 2 timers oral glukose belastning

Eksklusionskriterier

- Diagnosen diabetes mellitus
- Diagnosen iskæmisk hjertesygdom
- Personer som er medicineret med psyko-farmaka (lette former for psyko-farmaka dog undtaget), epilepsimedicin, binyrebarkhormon

Status

Deltagerne har gennemgået 2/3-del af projektperioden. Ud af 89 deltagere fra start er der 72 tilbage.

61 deltagere har reduceret vægten gennemsnitligt med 4,1 kg. Heraf er der målt et taljemål på 40 af deltagere, den gennemsnitlige reduktion i taljemål er 3,9 cm.

11 deltagere har øget vægten i gennemsnit med 1,5 kg. Heraf er der målt et taljemål på de 8 af deltagere, den gennemsnitlige forøgelse af taljemålet er 0,8 cm.



Gennemgående er der hos deltagerne sket en mærkbar forandring i form af større selvtillid, livsmod, livsglæde i takt med at kroppen forandres via ændret livsstil.

Projektets tværfaglige tilgang til overvægtsproblematikken giver den enkelte større selvsigt.

Deltagerne har glæde af holdene og flere mødes til yderligere motion, kosmetik aften o.l. Nye venskaber udvikles.

Den fysiske aktivitet skaber et positivt gruppepres deltagerne imellem.

Deltagerne er blevet inspireret til at dyrke yderligere motion. Det er udbytterigt at afprøve nye måder at træne på og mange har opdaget, at de kan ting, som de ikke troede muligt f.eks. svømning, dans og boldspil.

leneworm@mail.dk ■

Referencer

1. Knowler WC, Barrett-Connor E, Diabetes Prevention Program Research Group N Engl J Med 2002; 346: 393-403.
2. Hansen NE, Haunsø S, Schaffalitzky De Muckadell OB. Medicinsk kompendium 16 udg. s. 2409.

NYHED

Fresubin[®]
protein
energy
DRINK

Velsmagende - til sidste dråbe



Drikkeklar ernæring med højt energi- og proteinindhold til:

- Ældre patienter
- Patienter med dårlig sårheling
- Patienter med ufrivilligt vægttab
- Præ- og postoperative patienter

Fordele:

- Velsmagende
- 10 g protein pr. 100 ml
- 150 kcal pr. 100 ml
- 3 smagsvarianter:
chokolade, vanille og skovjordsbær
- Drikkeklar i nem tetrabrik

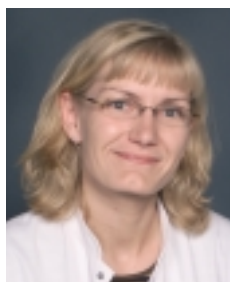
ENTERAL NUTRITION

Kan livsstilsvaner ændres ved vejledning?

Lipidklinikken ved Aalborg Sygehus varetager vejledning og behandling af personer med dyslipidæmi, og herudover har klinikken til formål at forske i forebyggelse og behandling af hjertekarsygdomme.



Anne-Mette Jensen



Lone J. Bjerregaard



Lise Søndergaard

Netop Lipidklinikken's forskningsmæssige funktion har gjort det muligt at iværksætte et samarbejde med sygehusets sundhedsfaglige informationscenter, Sund Info og Terapiafdelingen om et fælles forskningsprojekt.

I november 2003 startede det sundhedsfremmende projekt "Kan livsstilsvaner ændres ved vejledning?".

Målgruppen er personale ansat på Aalborg Sygehus, der er motiverede for at ændre kost og motionsvaner, og som har et BMI mellem 25 og 30. Deltagerne har frivilligt meldt sig til projektet efter opslag på afdelingerne og annoncering på sygehusets hjemmeside.

Baggrunden for projektet er overordnet et ønske om at lave en sundhedsfremmende og forebyggende indsats overfor sundhedspersonalet på Aalborg Sygehus. Samtidig har projektet til hensigt at bidrage til Nordjyllands Amts sundhedspolitiske handlingsprogram, der bl.a. sigter mod at nedbringe antallet af overvægtige nordjyder. Forebyggelsesperspektivet i projektet afspejler ligeledes Sundhedsstyrelsens oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt, som foreslår at der sigtes mod at forebygge vægtstigning hos personer med overvægt (BMI>25) og/eller stabilisere vægten hos personer, der har gennemført et vægttab. I relation til denne gruppe bør forebyggelse have fokus på at undgå yderligere vægtstigning

gennem vægttab eller i det mindste vægtstabilisering.

Formål

Projektets primære mål er at undersøge om det er muligt at ændre kost- og motionsvaner, således at interventionspersonerne opnår de aktuelle anbefalinger på området. De sekundære mål er at undersøge, om der er forskel på resultaterne ved henholdsvis individuel- og gruppevejledning, samt at undersøge om ændringerne fastholdes efter 1 år.

Fra idé til konkret projekt

En tværfaglig projektgruppe blev nedsat med en sundhedskoordinator som projektleder og en klinisk diætist og fysioterapeut som yderligere medlemmer. Projektgruppen har undervejs fået faglig sparring af professor, forskningsleder Kim Overvad fra Klinisk Epidemiologisk afdeling, professor, overlæge dr. med. Erik Berg Schmidt, daglig leder af Lipidklinikken samt udviklingsterapeut og forskningsansvarlig ved Terapiafdelingen Jane Andreasen. Fra de første spæde tanker til udarbejdelse af projektprotokol, budgetlægning, interventionsplan, undervisningsplan og -materialer, indkøb af udstyr og afklaring af de fysiske rammer, gik der omkring 10 måneder, før vi kunne affyre startskud til projektet i november 2003. Projektet er finansieret af Sund Info midler og en donation fra Spar Nord Fonden.

Projektets intervention foretages i dag af 2 kliniske diætister og 2 fysioterapeuter. Interventionen tager udgangspunkt i undervisning i kost og motion, og foregår i et forløb på 5 mødegange over 3 måneder med follow up efter 6 og 12 måneder.

Der er inkluderet i alt 120 personer. På nuværende tidspunkt er 14 deltagere udgået af projektet. Restgruppen på 106 personer er fordelt på alle faggrupper og udgøres af 93 kvinder og 13 mænd i alderen 25 til 66 år. Der er ved inklusion foretaget en såkaldt blokrandomisering til enten individuel vejledning eller gruppevejledning.

Blokrandomiseringen er foretaget i 10 etaper, ved at 12 kuverter (6 med koden A og 6 med koden B) er lagt i en pose, hvorefter deltagerne hver især har trukket en kuvert. Efterfølgende er koden brudt for deltagerne, som er anvist enten individuel vejled-

ning (=A) eller gruppevejledning (=B). Blokrandomisering er valgt, da dette projekt har inkluderet deltagerne løbende, hvorfor det har været nødvendigt til at sikre, at vi undervejs randomiserer lige mange til individuel som gruppevejledning.

I interventionsperioden bygger vejledningen på et fastlagt indhold, hvor der foreligger et overordnet mål for henholdsvis diætistens og fysioterapeutens undervisning (se venligst flow-chart-skema).

De fælles mål for hele interventionsgruppen skal undervejs forenes med de personlige mål, som den enkelte deltager fastsætter.

Etiske aspekter

Ved inklusion i projektet har deltagerne hver især fået tildelt et forsøgsnummer, som fungerer som identifikation i projektforløbet. Deltagerne er informeret om, at anonymiteten opretholdes hele projektet igennem – også ved publikation af undersøgelsesresultater. Da projektet indebærer elektronisk arkivering af data på deltagerne, er der indhentet godkendelse hos Datatilsynet inden projektstart.

Der indgår i projektet udelukkende 2 interventionsgrupper og ingen kontrolgruppe, da én sådan i dette set-up er fundet uetisk.

Flow-chart for Livsstilsprojekt

	Individuel vejledning	Gruppe vejledning
1. møde. Uge 0.	Introduktion til projektet. Mål drøftes. Udfyldte kost- og motionsregistreringer modtages. Målinger tilbydes.*	Introduktion til projektet. Mål drøftes. Udfyldte kost- og motionsregistreringer modtages. Målinger tilbydes.*
2. møde. Uge 1.	Mål formuleres. "De 7 kostråd" gennemgås, motions-typer, -intensitet, -belastning, -varighed og -hyppighed.	Mål formuleres. "De 7 kostråd" gennemgås, motions-typer, -intensitet, -belastning, -varighed og -hyppighed.
3. møde. Uge 4.	Mål vurderes. Forbrænding, tilberedningsmetoder, mellemmåltider. Målinger tilbydes.*	Mål vurderes. Forbrænding, tilberedningsmetoder, mellemmåltider. Målinger tilbydes.*
4. møde. Uge 8.	Mål vurderes. Kostfibre og væske, styrketræning. Målinger tilbydes.*	Mål vurderes. Kostfibre og væske, styrketræning. Målinger tilbydes.*
5. møde. Uge 12.	Opsamling og vurdering. Mål vurderes og ændres evt. Hvordan fastholdes sunde kost- og motionsvaner. Kost- og motionsregistreringer udleveres. Målinger tilbydes.*	Opsamling og vurdering. Mål vurderes og ændres evt. Hvordan fastholdes sunde kost- og motionsvaner. Kost- og motionsregistreringer udleveres. Målinger tilbydes.*
Follow-up. Uge 26.	Udfyldte kost- og motionsregistreringer modtages. Målinger tilbydes.*	Udfyldte kost- og motionsregistreringer modtages. Målinger tilbydes.*
Follow-up. Uge 52.	Udfyldte kost- og motionsregistreringer modtages. Målinger tilbydes.*	Udfyldte kost- og motionsregistreringer modtages. Målinger tilbydes.*

*Målinger: Vægt, BMI, fedtprocent, THR og kondital.

Metode

Motionsvejledningen bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger (1), hvor målet med interventionen er at deltagerne skal nærme sig anbefalingerne for et aktivitetsniveau på 30 minutter af let til moderat intensitet – helst alle ugens dage.

Formålet med kostvejledningen er, at deltagerne ændrer kostvaner, så den daglige kost så vidt muligt tilstræbes at efterleve anbefalingerne om lavt fedtindtag (max 30 E%), et højt kulhydratindtag (55-60 E%), samt et proteinindtag svarende til 10-15 E% (2). Kostvejledningen tager udgangspunkt i de 7 Kostråd fra bl.a. Forbrugerstyrelsen, samt rådet om et dagligt indtag af 600 gram frugt og grønt. Der undervises med brug af relevante dias, skriftligt pjecemateriale samt opskrifter.

Hensigten med undervisningen og målinger er, at deltagerne ud fra den nye viden de tilegner sig, skal ændre på kosten og indpasse ændrede motionsvaner i egen hverdag. Dette betyder at deltagerne selv skal forestå træning og iværksætte denne i eget regi.

Målinger

Til analyse af deltagernes kost er valgt en prospektiv metode, hvor deltagerne udfylder en 3-dages kostregistrering (med angivelse af mængder i husholdningsmål). Kostregistreringerne beregnes med henblik på vurdering af energifordeling, i programmet Master Diætist version 1.223 fra Master Data. Til analyse af deltagernes fysiske aktivitetsniveau anvendes en retrospektiv metode, hvor deltagerne udfylder et spørgeskema om deres fysiske aktivitet i de sidste 7 dage på registreringsdagspunktet. Spørgeskemaet for fysisk aktivitet indtastes i en database udarbejdet af Nordjyllands Amt. Såvel kost- som motionsregistreringer udleveres i alt 4 gange i forløbet over 12 måneder (i interventionsugerne 0, 12, 24 og 52).

I hele projektforløbet tilbydes deltagerne målinger i form af: Vægt, BMI, fedtprocent, talje/hofte-ratio (THR) og kondital. Disse målinger er frivillige, og er tiltænkt at skulle virke som motivationsfaktorer for den enkelte deltager.

Impedans-vægt

Til projektet er der indkøbt en impedansvægt af mærket Tanita, model BC-418MA. Vægten sender en elektrisk stråling gennem kroppen via fødder og hænder og måler modstanden i Ohm (måling af modstand i kroppen). Jo større modstand - jo større fedtmasse. Ud fra angivelse af højde, køn, alder, aktivitetsniveau og vægt kan kroppens totale indhold af vand, fedt- og fedtfri masse beregnes på hver enkelt person.

Af hensyn til at standardisere målingerne foregår vejningen altid på samme tidspunkt af døgnet. Der stilles krav om, at deltagerne ikke har drukket alkohol i 24 timer før målingen, ikke har dyrket svær fysisk aktivitet, og at de har ladt vandet umiddelbart inden målingen. Deltagerne vejledes i at møde op i det samme tøj ved alle målinger, idet vægten af tøjet indtastes, således at det automatisk trækkes fra ved vejningen.

THR

THR giver et skøn over hvordan kroppens fedt er fordelt på kroppen. Taljen måles i cm ved navlen og hoften måles i cm på hoftebenet uden på tøjet. Herefter udregnes THR. Ratioen anbefales for kvinder at være < 0.85 og det tilsvarende mål for mænd er < 1.0 (3).

Konditest

Konditallet måles ved en indirekte konditionsmåling, en såkaldt watt-max test. Testen er udviklet af Lars Bo Andersen ved Institut for Idræt på Københavns Universitet og er nærmere beskrevet på nedenstående hjemmeside. Deltagerne udfører testen på en kondicykel, hvor der

cykles 5 minutter som opvarmning. Mænd cykler med en belastning på 100 watt og kvinder ved 70 watt. Herefter øges belastningen med 35 watt hvert andet minut indtil belastningen ikke længere kan fastholdes.

Konditallet findes ved at indtaste den højeste belastning, der blev nået, antal sekunder på den højeste belastning og kropsvægt i kg i en formel på hjemmesiden www.motion-online.dk.

Konditallet kan variere mellem 20 ml/kg/min for utrænede personer til op over 90 ml/kg/min for topatleter.

Aktuel status i projektet

Selve vejledningsforløbet er gennemført. Tilbage venter opfølgende målinger i forbindelse med follow up efter 6 og 12 måneder. Herefter følger resultatopgørelser og databearbejdning, som forventes at ende op med publikation af resultater i løbet af 2006.

anne-mettejensen@aes.nja.dk

lb@aes.nja.dk

lises@aes.nja.dk ■

Referencer

- 1) Pedersen B K, Saltin B. Fysisk aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse, 2003.
- 2) Sandström B, Becher W, et al. Nordiska Näringsrekommendationer. Nordiska Ministerrådet, Köpenhamn, 1996.
- 3) Richelsen B. Adipositas. I: Hessov I, red. Klinisk ernæring 1998:176-89.

Organisering af patientforløb

mellem sygehus og primærsektor hos patienter i ernæringsmæssig risiko

Det amtslige kostudvalg i Nordjylland har taget initiativ til at udvikle og afprøve en samarbejdsmodel mellem Aalborg Sygehus, de alment praktiserende læger og hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune.

Afhængigt af resultatet er det meningen, at modellen senere skal implementeres i hele Nordjyllands Amt. Projektet har fået økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje "Bedre mad til syge" samt fra Fresenius Kabi.

Hovedformål

Projektets hovedmål er at sikre, at relevant ernæringsindsats for patienter i ernæringsmæssig risiko fortsættes efter udskrivelse fra Aalborg Sygehus. I projektfasen indgår 2 afdelinger: Medicinsk og kirurgisk gastroenterologisk afdeling M1 og A2.

Delmål

- De 2 involverede afdelinger skal ernæringssscreene, lægge ernæringsplan og monitorere alle indlagte risikopatienter, dokumenteret på et særligt ernæringsark
- Ansvar for, at ernæringsindsatsen fortsættes efter udskrivelsen skal være klart placeret og defineret mellem sygehus og primær sektor
- Patienten skal ved udskrivelsen fra sygehuset være informeret om det ernæringsmæssige problem samt vejledt i håndteringen af egen ernæring. Informationsfolder "Maden er den bedste medicin" gennemgås og udleveres af sygeplejerske

■ Information om en patient i ernæringsmæssig risiko skal formidles til primærsektoren ved udskrivelsen (i læge- og sygeplejepikriser)

■ Vidensniveauet, om håndtering af underernærede og patienter i ernæringsmæssig risiko blandt praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, skal øges

Projektets arbejdsgruppe

Projektet styres af en tværfaglig sammensat arbejdsgruppe bestående af 2 praktiserende læger, områdesygeplejerske fra Ældre- og handicapforvaltningen, Aalborg Kommune samt læger og sygeplejersker fra de involverede afdelinger på Aalborg Sygehus, klinisk diætist Birthe Grøn-

feldt (repræsentant for det amtslige kostudvalg/Sygehus Vendsyssel), undertegnede klinisk diætist Ingeborg Andersen (Aalborg Sygehus) samt en ekstern konsulent.

Baggrund for projektet

Undersøgelser viser, at ca. 20 - 30% af indlagte patienter er underernærede allerede ved indlæggelsen, og hos hovedparten forværres ernæringstilstanden, mens de er indlagt (1). Det medfører øget risiko for komplikationer, øget dødelighed og længere rekonvalescens. Derudover har omkring 10% af raske hjemmeboende ældre, 30% af ældre med tilknytning til hjemmeplejen og næsten halvdelen af beboere i plejebolig et insufficiant energindtag (2). På grund af deres dårlige ernæringstilstand vil de være i stor risiko for at pådrage sig en sygdom, som vil medføre hospitalsindlæggelse.

I en spørgeskemaundersøgelse fra 2003 blandt alment praktiserende læger og hjemmesygeplejersker i Nordjyllands Amt svarede flertallet, at man manglede viden og værktøjer til at identificere og behandle underernærede. Der var desuden behov for en afklaring af, hvem der har ansvaret for behandlingen af de underernærede patienter.

Projektforløb

Projektet startede op i december 2003 og i skrivende stund (nov. 2004) er resultaterne ved at blive gjort op.



Spørgeskema (før-måling)

Marts 2004 udsendtes spørgeskema (før-måling) til alle hjemmesygeplejersker (svarprocent 51) og praktiserende læger (svarprocent 54) i Aalborg Kommune vedrørende viden om ernæringsforhold, ansvarsplacering, undervisningsbehov, henvisningsmuligheder til klinisk diætist, oplysninger om ernæring i epikriser etc.

Arbejdsgruppen udarbejdede følgende materiale til brug i primærsektoren

- Behandlingsalgoritme til alment praktiserende læger: Hvordan identificeres patienter med underernæring i almen praksis? Hvad indeholder en behandlingsplan, og hvor ofte skal patienten kontrolleres? Beregning af energi- og proteinbehov (se fig. 1)
- "Maden er den bedste medicin" informationsfolder om kost til småtspisende
- Nye retningslinier for indhold i sygepleje- og lægeepikriser
- Kostvurderingsskema (trin 1 og 2) hovedsagelig til brug i hjemmesygeplejen (3)

Undervisning april-maj 2004

Alle praktiserende læger og hjemmesygeplejersker blev tilbudt undervisning á 2-3 timers varighed.

Undervisningstilbudet vedrørte underernæring,

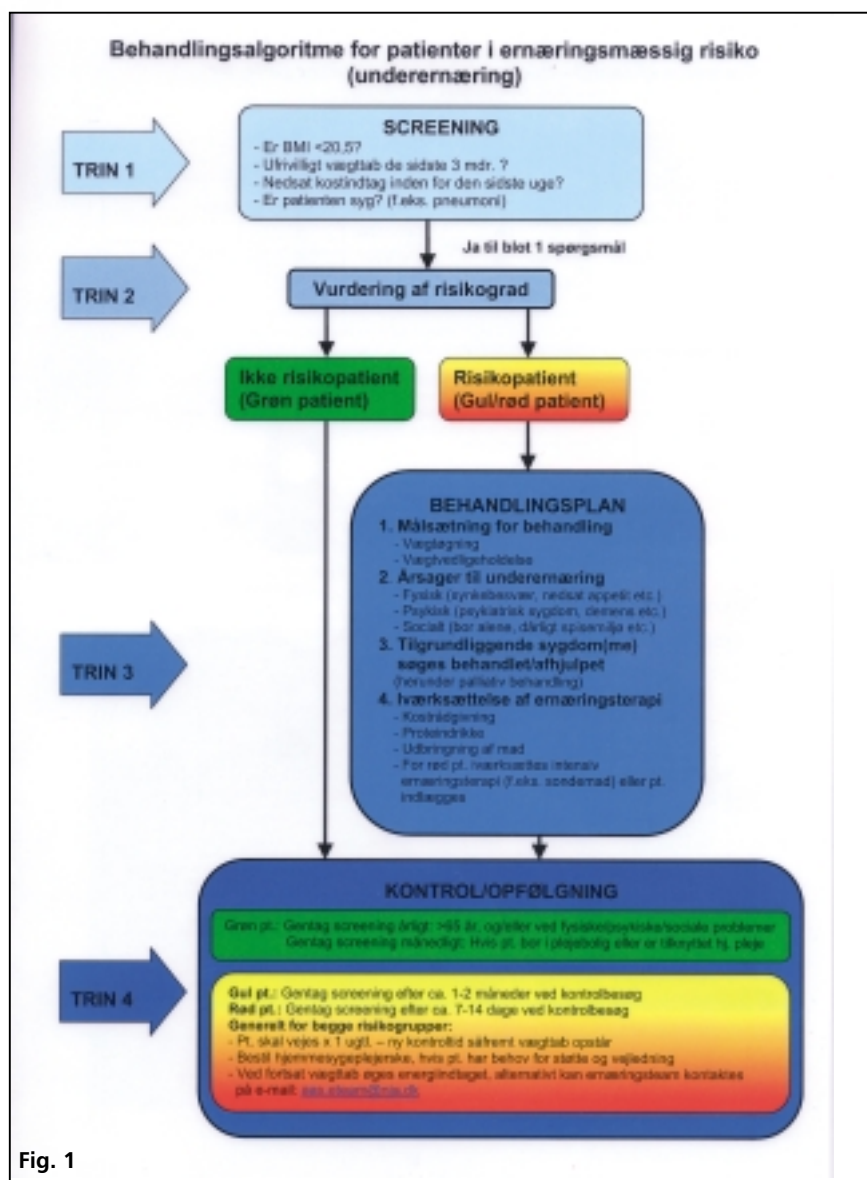


Fig. 1

Udarbejdet af arbejdsgruppen på Ålborg Sygehus og Ålborg Kommune

problemets omfang og konsekvenser, identificering og behandlingsmuligheder. Ansvarsplacering og gennemgang og udlevering af det udarbejdede materiale. Hjemmesygeplejerskerne fik endvidere nærmere gennemgang af kostråd til småtspisende. Ca. 50% af henholdsvis lægerne og hjemmesygeplejerskerne tog imod undervisningstilbudet.

Modellen afprøves i praksis fra maj 2004 – oktober 2004

På sygehuset foretages ernæringsscreening etc., ved udskrivelsen gennemgås og

udleveres folderen "Maden er den bedste medicin" og epikriserne skrives efter de nye retningslinier (jvf. de opstillede delmål). Hos de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker foretages opfølgningen på ernæringsproblemer ved hjælp af vægtudvikling, vurdering af kostindtagelse, vejledning i hensigtsmæssige kostændringer, visitation til kommunal madordning (energigig kost/kost til småtspisende). Receptudstedelse til ernæringsdrikke eller andre hjælpeforanstaltninger, der kan forbedre ernæringstilstanden.

Afslutning og evaluering af projektet

Metoder til vurdering af om målene er opfyldt:

- I oktober 2004 genudsendtes spørgeskemaet (svarprocenten er endnu ikke gjort op). Formålet hermed var at "efter-måle" de praktiserende lægers og hjemmesygeplejerskers holdninger til og viden om patienter med underernæring. Med andre ord, har de fået noget ud af den afholdte undervisning, og har det udarbejdede materiale været praktisk anvendeligt.
- På hver afdeling udtages journaler på de sidste 100 udskrevne patienter. Journalerne gennemgås med henblik på om patienterne er ernæringscreenet, og om der er lagt ernæringsplan etc. samt om epikriser indeholder ernæringsinformationer i henhold til de nye retningslinier.
- Der udtages ligeledes sygeplejerapporter på tilsvarende patienter med henblik på om sygeplejeepikriserne indeholder ernæringsoplysninger i henhold til de nye retningslinier.

Konklusion

Resultatet af projektet er endnu ikke gjort op. Men den øgede fokus på området betyder forhåbentligt, at de praktiserende

læger og hjemmesygeplejersker bliver langt mere opmærksomme på og bedre rustet til at tage sig af ernæringsproblemer. Vi kan også håbe, at det vil smitte af på den kommunale madordning, hvor man i større udstrækning bør tilgodese de småtspisende ældre. Og sidst men ikke mindst håber jeg, at behovet for ansættelse af kliniske diætister i hjemmesygeplejen/primær sektoren synliggøres.

Materialet kan ses på :
<http://www.sundhed.nja.dk/For+fagpersoner/Kost/KostIPrimaersector.htm>

Folderen "Maden er den bedste medicin" bliver i løbet af 2005 optrykt i et større oplag, således at andre interesserede (kommuner, praktiserende læger, hospitaler, diætister) kan købe den.

ingeborgandersen@aas.nja.dk ■

Arbejdsgruppen består af:

- Overlæge, ph.d, Henrik Højgaard Rasmussen, Medicinsk gastroenterologisk afdeling M, Aalborg Sygehus, formand for Det Amtslige Kostudvalg
- Souschef Mette Holst, Medicinsk gastroenterologisk afdeling M, Aalborg Sygehus

- Praktiserende læge Ove Grann, Praksiskonsulent medicinsk afdeling M
- Overlæge Karen Lindorff-Larsen, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling A, Aalborg Sygehus
- Afdelingssygeplejerske Sanne Burnø-Madsen, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling A, Aalborg Sygehus
- Praktiserende læge Leif Kjærulf Christensen, Praksiskonsulent Kirurgisk gastroenterologisk afdeling A
- Klinisk diætist Ingeborg Andersen, Aalborg Sygehus
- Klinisk diætist Birte Grønfelt, medlem af Det Amtslige Kostudvalg
- Områdesygeplejerske Inge Højmark, Hjemmesygeplejen Aalborg Kommune

Referencer

1. Kondrup J, Johansen N, Plum L M et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002; 21:461-468.
2. Beck AM, Ovesen LF. Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. Scand J Caring Sci 2002; 16:86-90.
3. Modifieret efter: Beck AM, Elsig M, Ovesen L. Uden mad og drikke. Del 2. Kostskema. Fødevaredirektoratet 2002.

Rejselegater til diabetesinteresserede diætister

Diabetesforeningens rejselegat kan anvendes til kongres-, kursus- og studierejser. Der kan ikke søges om dækning af tabt arbejdsfortjeneste eller vikarudgifter.

Ansøgningsskema **skal** anvendes og fås ved henvendelse til Diabetesforeningen.

Ansøgning og kopi af evt. abstract eller poster skal være Diabetesforeningen i hænde **senest den 1. april 2005.**

Ansøgninger, der modtages senere end dette tidspunkt, vil ikke komme i betragtning.



DIABETESFORENINGEN

**Diabetesforeningen
Rytterkasernen 1
5000 Odense C**

Att. Gitte Lippert • tlf. 63 12 90 46

Ansøgningsskema kan hentes på www.diabetes.dk

Ernæringsintervention i hæmodialyseafsnittet på OUH skabte faglig udviklingen

Nefrologisk afdeling Odense Universitetshospital har gennemført et tværfagligt ernæringsprojekt på hæmodialyseafsnittet fra 1.10.2003 til 1.10.2004 finansieret af kvalitetsudviklingspuljen OUH og Sundhedsstyrelsens pulje: Bedre mad til syge gennem en pilot- og implementeringsdel.



Birgitte Bæk



Inge Marie Baagø Thomsen

I denne artikel vil der være fokus på ernæringsprojektets forudsætninger og den tværfaglige udvikling ernæringsprojektet har medført.

Ernæringsproblemer hos den kroniske dialysepatient

Den kroniske dialysepatient er gennem sit komplekse sygdomsforløb udsat for underernæring af forskellige årsager f.eks.

- Ændret smagssans, anoreksi, dårlig tandstatus eller almen svækkelse
- Tab af næringsstoffer under dialysen

- Hyppige komplicerede sygdomsperioder med hospitalsindlæggelser
- Social isolation og immobilitet

I forbindelse med et mindre sygeplejeprojekt i sengeafsnittet i 1999 blev markante ernæringsproblemer hos hæmodialysepatienten afdækket og dokumenteret. I det følgende år startede et litteraturstudie som dokumenterede, at det nytter at intensivere ernæringsinterventionen hos underernærede patienter gennem øget energi- og proteinindtagelse. Det blev ligeledes dokumenteret, at det øger patientens kostindtagelse, at en gennemgående person med faglig indsigt, én klinisk diætist, har kostintervention som ansvarsområde. Litteraturen pegede endvidere på, at der skal psykosocial støtte til i forbindelse med livsstilsændringer som ernæring, rygning og motion i form af nærvær, omsorg, agtelse og respekt. Patienten skal endvidere opleve sig forstået og værdsat.

Fase 1

1. Beslutningsfasen

I 2001 kom der tværfaglig fokus på ernæring gennem en tværfaglig projektgruppe med en

projektleder og lokale ernæringsgrupper i de enkelte afsnit: Ambulatoriet, sengeafsnittet og hæmodialyseafsnittet samt interesserede nøglepersoner.

Der blev udarbejdet en foreløbig Kostpolitik på baggrund af et udkast fra Ernæringsudvalget på OUH.

2. Planlægningsfasen

I planlægningsfasen var det vigtigt at skabe et fælles grundlag for ernæringsprojektet i Nefrologisk Afdeling. Lægerne afdækkede evidens og konsensus omkring energi- og proteinbehov for alle patientkategorier (prædialyse-, p- dialyse, hæmodialysen - og den transplanterede patient) som grundlag for screening og ernæringsintervention.

"Anbefalinger for den danske institutionskost", dannede baggrund for udarbejdelse af screeningsredskaber for sengeafsnittet, ambulatoriet og hæmodialyseafsnittet. Patienterne blev delt op i tre kategorier:

- Sufficient ernærede patienter er **grønne**
- Ernæringstruede patienter er **gule**
- Underernærede patienter er **røde**



Sengeafsnittet blev valgt som pilotafsnit, idet afdelingen havde en ildsjæl, der brændte for ernæring. Der blev udarbejdet projektbeskrivelse og søgt om midler til projektet i OUH's Kvalitetsudviklingspulje med fokus på uddannelse af personalet, screening og diætistintervention af røde og gule patienter.

3. Gennemførelsesfasen

I 2001- 2002 gennemførte sengeafsnittet et pilot- og implementeringsprojekt som viste, at patientens egenvurdering af ernæringstilstanden gennem kostregistrering sammen med screening og diætistintervention forbedrede patientens ernæringstilstand.

4. Fastholdelsesfasen

For at fastholde og vedligeholde projektet har afdelingssygeplejersken sammen med nøglepersonerne en vigtig rolle i at gennemføre audit på baggrund af kvalitetsmål og indikatorer, mhp. støtte, vejledning og undervisning af læger og sygeplejersker. Det viste sig, at fastholdelse af screening i afsnittet er en krævende kontinuerlig proces, som skal vedligeholdes.

Fase 2

1. Beslutningsfasen

I 2002 besluttede afdelingsledelsen at gennemføre "Ernæringsintervention til hæmodialysepatienten".

2. Planlægningsfasen

Erfaringer fra sengeafsnittet blev inddraget, og der blev afdækket aktuelle problemstillinger i planlægningsfasen.

Det viste sig, at der var flere barrierer imod projektet, som vi skulle tage højde for, hvis projektet skulle have en fremtid.

■ **Personalets barrierer** (læge og sygeplejerske):

I dialyseafsnittet var der fokus på dialysebehandlingen, hvorimod ernæring havde ringe status. Det afspejlede sig bl.a. ved, at patientens ernæringspro-

blem var sparsomt dokumenteret både i sygeplejekardex og i patientjournalen.

Dette medførte, at diætisten kun sjældent fik en henvisning.

■ **Patienternes barrierer:**

Dialysepatienten havde mange dårlige erfaringer med de givne kostvejledninger, hvilket betød at patienten ikke tog ansvar for sin ernæring.

■ **Afdelingens diætistressourcer:**

Nefrologisk Afdeling var beskåret til 13 timer ugentligt i hele afdelingen, hvilket begrænsede mulighederne for kostintervention.

■ **Tværfagligt samarbejde omkring patientens ernæringsproblem:**

Dialyseafsnittet havde ingen tydelig ansvarsfordeling omkring ernæring, hvilket betød at ingen havde overblik over patientens ernæringsproblem.

Projektbeskrivelse og projektstyrgruppen

Udgangspunktet for "Ernæringsintervention til hæmodialysepatienten" var en projektbeskrivelse og nedsættelse af en projektstyrgruppe.

For at projektet kunne forankres i praksis blev dialysens overlæge Per Bruno Jensen og afdelingssygeplejerske Edith Brandt vigtige personer i projektstyrgruppen sammen med nøglepersonerne, diætisten og projektlederen.

Overlægens deltagelse var vigtig for at give projektet status og få en tydelig ansvarsplacering og motivation for ernæring i lægegruppen.

Afdelingssygeplejerskens rolle var ligeledes vigtig for projektets status og samtidig havde nøglepersonerne brug for opbakning omkring uddannelse og organisering af projektet i forhold til afdelingens ressourcer og tidsramme.

Nøglepersonerne, den kliniske diætist og projektlederen udgjorde en arbejdsgruppe i tæt samarbejde med projektstyrgruppen i pilot- og implementeringsdelen.

Formålet med projektet

At kvalitetssikre hæmodialysepatientens ernæringstilstand med et gennemsnitligt nPCR* på 1,0 - 1,2g/kg/dag gennem:

1. Tydelig ansvarsplacering gennem synlig kostpolitik
2. Kostregistrering i 3 dage
3. Screening
4. Uddannelse og vejledning i screening ved nøglepersoner
5. Styrkelse af diætistintervention i dialyzen med 24 timer ugentligt til i alt 30 timer ugentligt
6. Evidensbaseret ernæringstilskud
7. Uddannelse af arbejdsgruppe i "Den motiverende samtale"
8. Uddannelse af nøgleperson i "Den regionale projektlederuddannelse"

Kvalitetsmål for screening

■ **At 50 % er grønne – sufficient ernærede**

■ **At 30 % er gule – ernæringstruede**

■ **At 20 % er røde – underernærede**

Inklusionskriterier for screening

Hæmodialysepatienter der screenes som:

■ **Gule patienter – ernæringstruede**

med en nPCR mellem 0,8 -1,0g/kg/dag

■ **Røde patienter – underernærede**

med en nPCR under 0,8g/kg/dag

Eksklusionskriterierne

■ **Grønne patienter – sufficient ernærede med en nPCR over 1,0g/kg/dag**

■ Patienter som nægter at deltage i projektet

Screeningsredskaberne blev afprøvet og rettet til forud for pilotprojektet 1.3.2003. Som illustreret på (s. 20, fig. 1) havde afdelingen et stort ernæringsproblem idet **37%** af patienterne var **røde** - underernærede og **29%** af patienterne var **gule** - ernæringstruede. Dialysens ernæringsproblem oversteg lands-gennemsnittet, og i perioden frem mod projektet tilbød vi patienterne ernæringsdrik-

ke gratis, og mange tog imod det.

3. Gennemførelsesfasen

Pilotprojekt 1.10.2003 - 1.2.2004

Patientmaterialet i projektperioden blev 120 patienter, idet vi valgte at gennemføre kostregistrering og screening etapevis i afdelingens 3 grupper således, at diætisten kunne følge med i forhold til ernæringsinterventionen. Som startskud blev personalet undervist i grupper om projektet. I fig. 1 ses en positiv fremgang allerede 1.12.2003, og den positive kurve fortsatte som afslutning på pilotprojektet 1.2.2004. Noglepersonerne havde en stor opgave i forbindelse med at følge op på undervisning i screening, og de oplevede, at sygeplejepersonalet havde vekslende motivation i forbindelse med projektet.

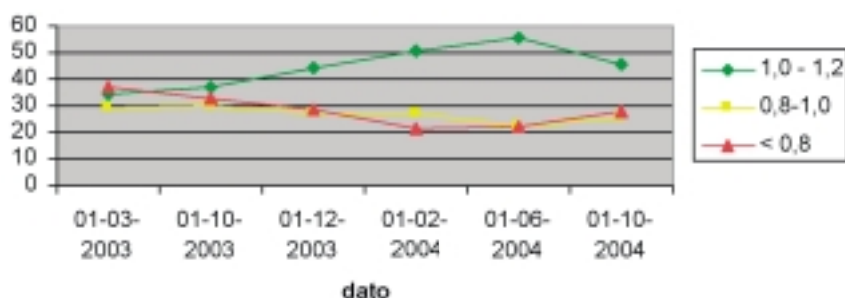
Diætistforbrug i pilotprojektet

I pilotprojektet dokumenterede diætisten forbruget pr. patient som på 4 måneder blev til:

- 517 patientkontakter fordelt på 72 patienter = 7.2 kontakt pr. patient
- **Gule patienter**
6 kontakter pr. patient
- **Røde patienter**
9 kontakter pr. patient

Fig. 1 - Resultatet af projekt:

Screening og diætistintervention fra 01-10-2003-01-10-2004



Indholdet i diætistens ernæringsintervention

Tidsforbrug

Via henvisningen dataindsamler diætisten omkring fysiske, psykiske og sociale data, blodprøver, screeningsresultat, samt sikrer sig, at patienten får udleveret kostregistrering i 3 dage

1/2 time

Ved 2. diætistkontakt indsamles kostregistrering som evt. uddybes for at den kan beregnes og aftaler tid til samtale evt. med pårørende

1/2 time

Efter samtale med patient beregnes kostregistreringen

1/2 time

Ved 3. samtale indleder diætisten dialog med patient og evt. pårørende m.h.p. opfølgning og vejledning på baggrund af kostregistreringen, blodprøver og screening

1 time

Ved 4. samtale udarbejder diætisten individuel kostplan inkl. ernæringsdrikke

1/2 time

Diætistens dokumentation i sygeplejekardex, patientjournal og egne notater

1/4 time

Fortløbende justering og opfølgning

1/2 time

Indbyrdes feedback til sygeplejersken/diætist/læger

1/4 time

Kostregistrering ved 1. screening

I forbindelse med 1. screening udleverede sygeplejersken kostregistreringsskema til registrering i 3 dage, hvis patienten havde et ernæringsproblem. Der var ingen i afsnittet, der troede på, at patienten ville kostregistrere, men vi blev positiv overrasket. I alt 72 patienter indvilligede i at kostregistrere:

- 59 patienter gennemførte kostregistreringen: I alt 81,9 %

Inddragelse af pårørende hos demente og ældre patienter

Der blev gennemført i alt 12 samtaler med pårørende med udgangspunkt i kostregistreringen, der gav mulighed for uddybelse af patientens kostvaner og aktuelle problemstillinger. Det viste sig, at de pårørende havde et stort behov for viden om, hvordan de kunne hjælpe patienten med at få variation og flere proteiner i kosten.

Fokusinterview af personalet m.h.p. implementeringsprocessen

I pilotprojektet var der modstand mod ernæringsprojektet, og det ønskede vi at afdække gennem fokusgruppeinterview. Formålet var at afdække viden, holdninger og færdigheder i forbindelse med ernæringsprojektet m.h.p. implementering. Fokusinterviewet blev gennemført som et

semistruktureret interview med afdelings-
sygeplejersken på hæmodialyseafsnittet
som moderato.

I fokusgruppeinterviewet deltog 5 syge-
plejersker og 1 social- og sundhedsassi-
stent.

Til analyse af fokusgruppeinterviewet
blev Paul Ricoeurs analysemodel brugt:
naive læsning, strukturanalyse og kritisk
fortolkning og diskussion.

Omdrejningspunkterne var patientens
sundheds- og sygdomsopfattelse, sygeple-
je i relation til ernæring, patientens socia-
le relationer og introduktionen til
ernæringsprojektet.

Eksempler på udsagn

- "Det tyder på, at patienten er blevet
motiveret til at tage medansvar for sin
ernæringstilstand, bl.a. gennem kost-
registrering".
- "Indgiften af protein er øget ved, at
patienterne spiser mere kød, spiser
flere måltider og drikker ernæringstil-
skud".
- "En gennemgående person, her diætist-
en, flytter resultaterne i positiv ret-
ning".
- "Jeg oplever, at patienten er interesseret

i diætistsamarbejdet, der kaldes på hen-
de, patienten nyder den hyppige per-
sonlige kontakt og interesse, som påvir-
ker kontinuiteten og kvaliteten af er-
næringsinterventionen".

- "Jeg troede, at ernæringsprojektet var
noget, der gik over".
- "Patienten er blevet motiveret gennem
positiv interesse og hyppige kontakter, og
der tales om tilbud i stedet for forbud".
- "Der er ikke tvivl om, at ernæring er
vigtig, og at jeg skulle have engageret
mig, men det blev altså valgt fra".

Konklusion på pilotprojektet

Kvalitetsmålene blev nået gennem kostregi-
strering, screening og diætistintervention.

Vi fik bekræftet:

- At kostregistrering er et godt udgangs-
punkt for en samtale med patienten.
- At det kræver tid, dialog og gode resul-
tater at vække dialysesygeplejerskens
motivation for ernæringsprojektet,
således at det giver mening.
- At patientens stimulation til øget kost
indtagelse forstærkes af, at én gen-
nemgående person med faglig indsigt,
en klinisk diætist, har kostintervention
som ansvarsområde.

- At nøglepersonernes uddannelse
skal styrkes.

- At afdelingssyge-
plejerskens rolle er vig-
tig i form af anerken-
delse og organisa-
torisk støtte.

Implementeringsdelen

1.2.2003- 1.10.2004

Implementeringsperioden blev afviklet
gennem vejledning og undervisning i
screening, diætistintervention på 30 timer
ugentligt samt uddannelse af nøgleperson-
er.

Resultaterne (se fig. 1) viste 1.6.2004 fort-
sat en stigning hvor **56% af patient-
erne var grønne - sufficent ernærede**,
22% var gule - ernæringstruede og
**22 % af patienterne var røde -
underernærede**. Ved den sidste
opgørelse 1.10.2004 nåede vi målet for de
røde patienters vedkommende, men ikke
for de gule og grønne patienter (se fig. 1).

Uddannelse af nøglepersoner

■ Den regionale Projektleder- uddannelse

Den ene sygeplejerske (nøgleperson) i
hæmodialyseafsnittet fik gennem imple-
menteringsprojektet finansieret "Den
regionale projektlederuddannelse" med
det formål at tilegne sig forudsætninger
for at fastholde og vedligeholde projektet i
afsnittet.

Projektlederuddannelsen har betydet, at
afdelingen kan supplere projektet med en
undersøgelse af patientens objektive
ernæringstilstand sammenlignet med pati-
entens subjektive oplevelse af helbredstil-
standen. De objektive data hviler på nPCR
værdien målt gennem screening og BMI,
muskelmasse, fedt- og vandprocent målt
med impedansmåler. De subjektive data
indsamles gennem et standardiseret spør-
geskema med 36 spørgsmål (SF 36) og
afdækker patienternes syn på deres hel-
bredssituation.

Formålet er at få indsigt i patientens op-
levede helbredstilstand med 1/2 års inter-
val, sammenholdt med de objektive målin-
ger. Undersøgelsen er gennemført i juni
2004 og i januar 2005. Kvalitets- og Forsk-
ningsafdelingen OUH bearbejder data, og
resultaterne vil blive offentliggjort når
implementeringsprojektet afrapporteres.



Den motiverende samtale

Personalet kommer ofte til kort over for den kroniske nyrepatient, når samtalen falder på livsstilsændringer, hvorved de undlader at tage opgaven på sig. Der opstår situationer, hvor behandleren alene argumenterer for en livsstilsændring, og patienten på den anden side holder fast i alle grunde til, at en ændring er umulig eller ligefrem ikke ønsker at involvere sig. På den baggrund har projektet finansieret undervisning i "Den motiverende samtale" af cand. psyk. Torsten Sonne, fra Folkesundhed København. "Den motiverende samtale" implementeres i personalegruppen her i foråret.

Spørgeskemaundersøgelse af patienternes udbytte

Som afslutning på ernæringsprojektet blev patienterne bedt om at besvare et spørgeskema, om deres udbytte af diætistvejledningen. Ud af de 102 patienter projektet afsluttede med, var der 46% der besvarede spørgeskemaet. De sufficient ernærede patienter og de dårligste patienter svarede ikke.

Her trækkes fire områder frem:

- 87% af patienterne angav, at deres viden om kostens betydning for helbredet var øget i projektperioden.
- 91% af patienterne havde fået kendskab til, hvor mange måltider de skal spise dagligt.
- 64% af patienterne oplyste, at de spiste mere end et stykke kød til den varme mad.
- 60% af patienterne oplevede, at familien støttede op omkring kosten.

Konklusion på implementeringsfasen

Patientdelen

Den sidste screening viste, at der var sket et tilbagefald i resultaterne. Det kan tyde på, at det er svært at fastholde gode kostvaner.



En del af patienterne er ældre med en dårlig almentilstand, hvilket kan påvirke resultater over tid. De ældre patienter har brug for støtte ved at de pårørende bliver inddraget tidligt i forløbet.

Patienterne angav, at deres viden om kostens betydning er øget i projektperioden, at de fik flere måltider og mere kød. Det har været tydeligt, at den direkte patientkontakt med empati og indlevelse i forbindelse med diætistintervention, helbredsstatus SF 36 og impedansundersøgelsen er en motivationsfaktor for patienten, som kan stimulerer til øget kostindtagelse.

Personaledelen

Resultatet af ernæringsprojektet har betydet at den grundlæggende sygepleje er kommet i fokus, og at personalet efterlyser implementering af "Den motiverende samtale" som en forudsætning for en kontinuerlig vejledning af patienten.

For diætisten har projektet betydet, at patienterne bliver henvist, og der har været mulighed for at få etableret en god og givende patientkontakt, hvor kostvejledning bliver efterlyst.

Det tværfaglige samarbejde er styrket gennem et fælles sprog, evidens og konsensus omkring indikatorer for ernæringsprojektet som forudsætning for screening og kostintervention og aktuelle problemstillinger. Ansvarsfordelingen er blevet tydelig gennem en synlig kostpolitik.

Projektlederuddannelsen giver afdelingen kompetence i litteratursøgning, litteraturlæsning, projektarbejde og implementeringsstrategier.

4. Fastholdelsesfasen

For at ernæringsprojektet forankres i praksis, må resultaterne være efterlyst både i den lokale ernæringsgruppe og i det overordnede Ernæringsråd.

Afdelingen må følge forskningsresultater omkring indikatorer og kriterier for screening. Der skal ske en løbende undervisning i ernæring af personale gennem forskellige pædagogiske processer, således at gode erfaringer formidles.

Impedansmålingen giver mulighed for et udskrift af ernæringstilstanden, således at både patienten og personalet kan følge ernæringstilstanden.

Med "Den Regionale Projektlederuddannelse" er der basis for kvalitetsudvikling og forskning som motivation for fastholdelse og vedligeholdelse af projektet.

Der er søgt midler til træning i "Den motiverende samtale" i 2005.

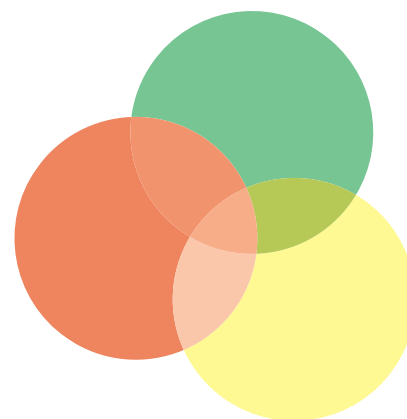
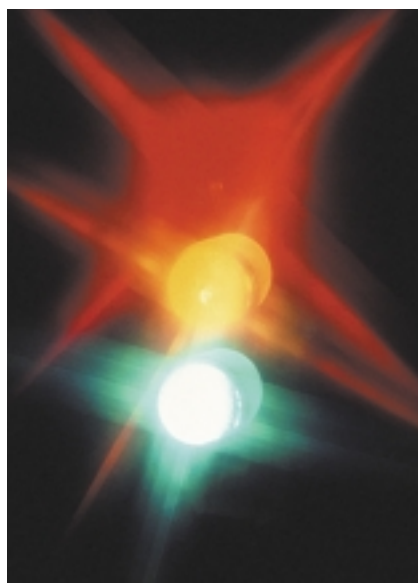
birgitte.baek@ouh.fyns-amt.dk
inge.marie.baagoe@ouh.fyns-amt.dk ■

Projektgruppen på Nefrologisk afdeling på Odense Universitetshospital består af:

Overlæge Per Bruno Jensen, afdelingssygeplejerske Edith Brandt, udviklingssygeplejerske Birgitte Bæk, klinisk diætist Inge Marie Baagø, ernæringssygeplejerskerne Ida Müller og Lone Lindhardt Sørensen

Referencer

1. Heimbürger, OETAL. Am J Kid Dis 2000;36 1212- 1225.
2. Herselman, M et al. J Ren Nut 2000: 10 1-15.
3. Rocco, MV, Paranandi, L, Burrowes, JD, et al. Nutritional status in the HEMO Study cohort at baseline, Hemodialysis. Am J Kidney Dis 2002; 39: 245.
4. Dialysis Outcomes Quality Initiative Guidelines. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. Guideline 15. Am J Kidney Dis 2000; 35(suppl 2): S40.
5. Dialysis Outcomes Quality Initiative Guidelines. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. Guideline 16. Am J Kidney Dis 2000; 35 (suppl 2): S42.
6. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. J Clin Nutr. 2002 21:461-468.
7. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Sundhedsstyrelsen 2003.
8. Idekatalog om bedre mad til syge. Sundhedsstyrelsen og Fødevarerdirektoratet; 2003.
9. Pedersen AN, Ovesen L. Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarerdirektoratet 2000.
10. DGMA, Underernæring på sygehuse kan forebygges. Sygeplejersken 10/ 2003; 10.
11. Mainz J. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 2001.
12. Kostpolitik OUH, 2003.
13. Laustsen S, Foged D. Kostpolitik og dokumentationsredskaber for ernæring i klinisk sygepleje. Klinisk sygepleje 2003; 17.
14. Dalum P, Sonne T, Davidsen MM. At tale om forandring - en bog om sundhedsadfærd og motiverende samtale-teknik. Tobaksskaderådet 2000.
15. Christiansen I, Damkjær H, Sonne T. Rygning og rygestop - inspiration til professionel samtale. Munksgaard 2002.
16. Eide H, Eide T. Kommunikation i relationer. Samhandling, konfliktløsning, etik. Gyldendal, 2003.
17. Frøjk M. Psykosociale aspekter ved kronisk sygdom. Phd afhandling 1991.
18. Illeris K. Tekster om Læring 2000, Roskilde Universitetsforlag.
19. Illeris K. Læring 1999, Roskilde Universitetsforlag.
20. Hilling S. Hjerne og personlighed. Kognitionens sammenhæng med personligheden. Forlaget Munkholm, 2000.
21. Ringmose C. Hjerne og læring. Fra neuropsykologi til neuropædagogik. 2000, Forlaget Munkholm.
22. Hilling S. Motivationens grundlag. Personlig, social- og faglig læring i et dannelsesperspektiv. Forlaget Munksgård, 2002.





Tjek www.dengroenneslagter.dk
- kun tilsat god information



GI'R dig lyst til at leve sundt

Opsøg dem, som søger efter sandheden

men undgå dem, der har fundet den ... Om ernæring til den hjertesyg patient

En del patienter med hjertesygdom er meget syge, når de er indlagte. Måske har de oven i købet tabt i vægt eller spist utilstrækkeligt i en længere periode.

Ofte vil det være nødvendigt at se bort fra hjertevenlig mad og i stedet tilbyde disse patienter energitæt mad, så energibehovet dækkes. Ved udskrivelsen bør man opfordre patienten til efter en rehabiliteringsperiode at søge råd og vejledning om hjertevenlig mad og levevis.

Citatet af Vaclav Havel er valgt som overskrift, fordi vi endnu ikke ved tilstrækkeligt om optimal ernæring til den hjertesyg patient til at kunne postulere, at vi har sandheden. Derfor har vi på Skejby Sygehus i en årrække været søgende.

Omdrejningspunktet for denne artikel er dog ikke resultaterne af 35 klinisk kontrollerede randomiserede undersøgelser eller præsentation af en stor metaanalyse, for ingen af delene er lavet. Artiklen er til gengæld et forsøg på at pege på behovet for at agere forskelligt afhængig af, om man har at gøre med en "rask" iskæmiker, der skal have forebyggende ernæring, eller en kronisk hjertesvigtpatient, der er underernæret med baggrund i sin sygdom.

Man kan forestille sig, at det ensidige fokus på sammenhængen mellem udvik-

ling af hjertesygdom og kostfaktorer har betydet, at plejepersonale landet over gentagne

gange – for netop at være pædagogiske og hjertevenlige – har spist en svækket og underernæret hjertesyg patient af med salatblade og andre fedtfattige og fiberholdige spiser. Dette vidner om, at vi må differentiere ernæringsterapien til de hjertesygge og acceptere, at nogle hjertesygge

patienter i perioder har brug for smørklat i havregrøden og piskefløde på øllebrøden.

Vi har en viden om, at hjertet ikke skånes, hvis patienten er underernæret.

Underernæring kan føre til nedsættelse af stofskiftet, hvilket kan medføre bradycardi, formindsket hjertestørrelse og nedsat

slagvolumen m.m. Dyreforsøg indikerer, at der er tale om irreversible tilstande, hvilket vil sige uoprettelig svækkelse på et i forvejen medtaget hjerte.

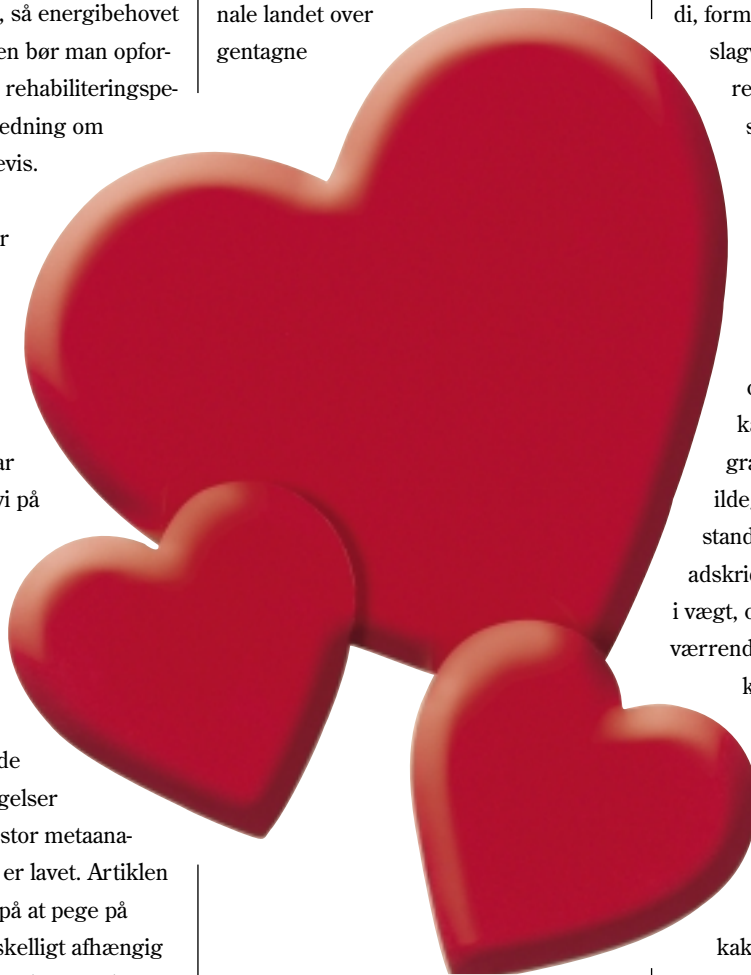
Problemstillingen med underernæring, vægttab og kronisk hjerteinsufficiens har været kendt siden Hippokrates (460-370 f. K.) og har været betegnet kardiell kakeksi. Kakeksi kommer af det græske ord kakos, som betyder ilde/dårlig og hexis, der betyder tilstand. Kakeksi er en proces med fremskridende tab af muskelmasse og tab i vægt, og er kendt som en prognoseforværende faktor i forbindelse med mange kroniske sygdomme – og således også hjerteinsufficiens.

Tilstandens indflydelse på hjertesvigt-patienters mortalitet er indiskutabel. Disse patienter har en 18 måneders mortalitet på 50%, medens ikke-

kakektiske hjertesvigtpatienter i sam-

me periode har en mortalitet på 17%.

Dette understreger vigtigheden og nødvendigheden af at målrette og optimere ernæringsindsatsen til disse patienter – udover mortaliteten er der meget at vinde i forhold til forbedringer af det kliniske forløb, reduktion af indlæggelsestid og komplikationers omfang i øvrigt.



På en amerikansk cardiologisk afdeling fandt man ved gentagne "stikprøvescreeninger", at en tredjedel af patienter med hjertesvigt var underernærede. Vi har ikke grund til at tro, at forholdene skulle være anderledes på danske cardiologiske afdelinger. Dette er endnu en understregning af, at der generelt er brug for en styrket indsats på dette område.

Hjertepatienter skal også screenes

Undersøgelser viser, at plejepersonale og læger ikke systematisk identificerer patienter i ernæringsmæssig risiko eller afdækker årsager til dårlig ernæringstilstand. Uden dette afsæt er det svært at intervenere med den rigtige form for indsats. Har man endelig identificeret risikopatienten, vil mange plejepersonaler kunne remse flere barrierer op for, hvorfor det er så vanskeligt at få tilstrækkeligt med mad i patienten: En kort og travl indlæggelsestid, patienten faster, har smerter, kvalme, er kriseramt – og desuden er det svært at forstå og acceptere for både patient og pårørende, at patienten nu en tid pludselig skal spise mere fedt end grønt.

Sundhedsstyrelsens screeningsredskab, som er tænkt som et let anvendeligt redskab i klinisk praksis, er måske ikke optimalt til hjerteinsufficiente, fordi vægt/vægttab ikke er validt hos patienter med ødemer. Derfor må det være et ønske at finde en alternativ metode, som er anvendelig i den kliniske hverdag til at tjekke ernæringstilstand på en anden måde. Til dette foreligger, må vi foretage vores handlinger på baggrund af den anamnese, der fremkommer ved patientens oplysninger om fx kostindtag i den seneste tid eller manglende lyst til at spise etc. I vores kliniske hverdag arbejder vi ud fra, at hjerteinsufficiente med screeningsscore 1-4 skal have et vist omfang af



ernæringsterapi med sygehuskost eller

kost til småtspisende som kostform, evt. suppleret med tilskuddsrikke og energitætte mellemmåltider. Screeningsscore >4 betyder, at man må overveje at supplere med sondeernæring.

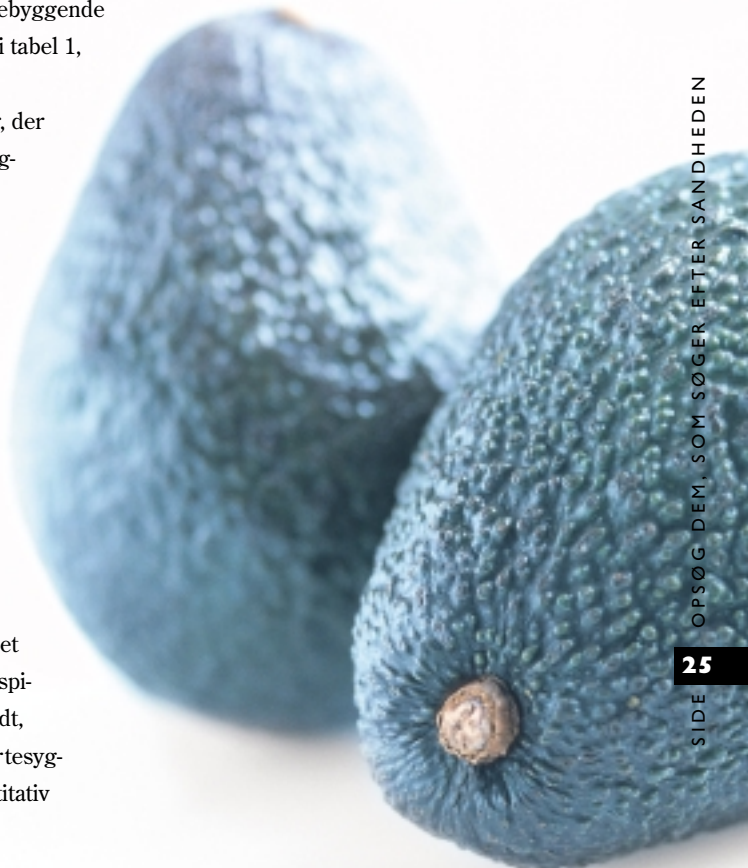
Profylakse kontra overlevelse – to forskellige sæt ernæringsbudskaber

"Raske"/ikke akut syge (fx iskæmiske) hjertepatienter skal fortsat vejledes i at følge Hjertereforeningens forebyggende kostråd, (se første kolonne i tabel 1, s. 26). Akut og kronisk hjerteinsufficiente patienter, der i visse perioder kan være signifikant underernærede, skal tilbydes ernæringsterapi for at modvirke utilstøttet vægttab og vævstab. Derfor er der forskel i ernæringsbudskaberne og ernæring som en del af behandlingen. Ernæringsparadokset for hjertepatienter, pårørende og personalet er, at der er god dokumentation for, at det at spise sundt, herunder at spise mindre af især mættet fedt, forebygger udvikling af hjertesygdom. Således viser en kvantitativ

vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark, at hvis hele den danske befolkning havde et forbrug af frugt og grønt i henhold til anbefalingerne, ville 12% af de aktuelle dødsfald af iskæmisk hjertesygdom kunne forebygges. På tilsvarende vis kunne 22% af dødsfaldene forebygges, hvis danskerne ikke spiste mere mættet fedt, end anbefalingerne tilråder. Hvis hjertesygge og personer, der er massivt disponeret for hjertesygdom, spiste tilstrækkeligt med fisk, ville omkring en fjerdedel af alle dødsfald af iskæmisk hjertesygdom formentlig kunne undgås.

Analysen viser, at selv mindre kostændringer i den danske befolkning kan resultere i betydelig nedsættelse af forekomst af hjertesygdom.

Paradokset for patienter og pårørende opstår, når personer, der måske netop ikke har spist så sundt og rammes af alvorlig og invaliderende hjertesygdom, netop nu, når de oven i købet er syge, får at vide, at de skal holde fast i de umiddelbart mere usunde kostvaner en tid endnu!



Tabel 1. FORSKEL I KOSTEN TIL TO TYPER HJERTEPATIENTER

"Raske" iskæmikere. Kostfaktorer, som påvirker blodlipiderne i en gunstig retning.	Hjerteinsufficiente som er underernærede/i risiko for at blive det. Energi- og proteinrig mad.
Mindre fedt	Mere fedt (koncentreret energi)
Mindre mættet fedt/kolesterol/transfedt	Gerne mest mono- og polyumættet, mindre mættet og trans-fedt*
Flere kostfibre sænker total-kolesterol	Sjældent plads til mange kostfibre
Mere fisk - 300 gram ugl./1 gram marine n-3 fedtsyrer dagligt (evt. fiskeolie)	Gerne masser af fed fisk (eller evt. fiskeolie)
Mere frugt og grønt - 600 gram - også patienter i AK-behandling	Evt. frugtgrød, begræns råkost fordi det fylder for meget
5-6 (mindre) måltider sænker lipid-indholdet i blodet	Mange (8) små måltider - med vægt på mellemmåltider
Begræns sukker fordi det øger triglycerid og LDL	Sukker indeholder kalorier men ikke vitaminer
Alkohol?! (ikke påbud/evt. begrænset pga det høje indhold af kalorier)	Alkohol?! (evt. opfordring til at nyde lidt, da det kan stimulere appetitten)
Undgå kosttilskud ud over evt. en multivitaminpille, fiskeolie og kalk, hvis kosten ikke dækker disse behov	Undgå kosttilskud ud over evt. en multivitaminpille, fiskeolie og kalk, hvis kosten ikke dækker disse behov

* det er optimalt med en god fedtsyresammensætning, men det er ikke altid nemt at opnå, når man vil tilgodese den småtspisende patients madønsker. Fedtsyresammensætning må her have lav prioritet, fordi det er alfa og omega, at patienten får noget at spise, som hun kan lide – ellers bliver indtaget meget nemt utilstrækkeligt.

Forebyg underernæring og vægttab med ernæringsterapi

Anoreksi og malabsorption og vægttab er smart, fordi det reducerer kravet til hjerte-

arbejde; hjertesygge skal derfor ikke have

overskud af energi. Men samtidig ved

vi, at tilstrækkelig næringstilfø-

rel forbedrer funktionen

af cellemassen, fx

hjertet,

lun-

gevævet og vævselasticiteten. For slet ikke at tale om, at emfysem og lungeinfektioner og andre infektioner oftere ses hos underernærede end hos patienter i god ernæringstilstand. Tilførsel af energi og protein skal forhindre eller minimere den kakektiske tilstand og give størst mulig chance for helbredelse og genopbygning af tabt væv. Alvorligt syge hjertepatienter skal spise tit og lidt i stedet for få voluminøse måltider, som belaster hjertet yderligere.

Hvordan intervenere?

På Skejby drøfter vi ofte, hvordan vi i dagligdagen skal intervenere: Anvende råd, der er tro mod middelhavskostens fortrinligheder eller i respekt for patientens ofte mere danske/traditionelle kostvaner holde fast ved ingredienserne i typisk dansk ernæringsterapi.

Vores rettesnor lige nu er: En hjertepatient, der er i dårlig ernæringstilstand eller i risiko for at blive det, fx omkring en ope-

ration, skal have lige så meget sødmælk, smør, livretter – eller endnu bedre: Fede fisk, mayonnaise og -salater, remoulade, plantemargariner og -olier, avocado og nødder – som andre ernæringstruede patienter, også selvom dette budskab koliderer med mange patienters, pårørendes og personalets opfattelse af, hvad der er fornuftigt. Her er det også sygeplejerskens ansvar at holde fast ved det vigtigste: At patientens ernæringstilstand rettes op, så behandlingen kan lykkes. Når patienten er restitueret, skal han begynde på den sunde levevis igen. Undervægtige hjertepatienter kan fortsætte med at øge madens energitæthed med fede fisk, mayonnaise og -salater, remoulade, plantemargariner og -olier, avocado, nødder, oliven, tørret frugt etc.

Hvis patienten ikke kan indtage tilstrækkeligt med kalorier og protein i flere dage, dvs. spise omkring 75% af energibe-



hovet gennem mad og tilskudsdrikke, bør patienten hjælpes med sondeernæring. Det er vigtigt med samtidig kostregistrering, så patienten inddrages og opmuntres til i videst muligt omfang at spise almindelig mad samtidig med sondeernæringen, som evt. kan gives aften og tidlig nat.

Behov for forskning og handling

Der er stadig mange områder inden for ernæring og hjerteinsufficiens, som endnu ikke er belyst, og som sandsynligvis vil få stor betydning for den kliniske praksis fremover. Der er derfor behov for, at også kliniske diætister deltager i forskning og udvikling, som kan bidrage til at forbedre den kliniske praksis til fordel for patienterne. Og selvom der hverken nationalt eller internationalt findes entydige anbefalinger for ernæringsterapi til hjerteinsufficiente, må vi indtil mere forskning foreligger anstrenge os for at vejlede vore kolleger i, at maden har betydning - ikke bare for disse patienters trivsel - men for deres overlevelse!

Artiklen har tidligere været offentliggjort i FS21-bladet, september 2004.

RAV@sks.aaa.dk
CFU@sks.aaa.dk ■

Referencer

Anker SD, Chua TP, Ponikowski P, Harrington D, Swan JW, Kox WJ et al. Hormonal changes and catabolic/anabolic imbalance in chronic heart failure and their importance for cardiac cachexia. *Circulation* 1997; 96:526-534.

Anker S, Rauchhaus M. Heart failure as a metabolic problem. Review article. *Eur J Heart Fail* 1999; 1:127-131.

Dansk selskab for almen medicin. En klinisk vejledning. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis



– med særligt henblik på dyslipidæmi. Klaringsrapport nr. 6 1998. DADL.

Fagt S, Matthiesen J, Trolle E et al. Danskernes kostvaner 2000-2001. Udviklingen i danskernes kost – forbrug, indkøb og vaner. Fødevaredirektoratet. Afdeling for ernæring. Fødevarerapport 2002:10. Silkeborg Bogtryk. 2002.

Glindvad J, Ravn AW. Ernæring og sygepleje. Munksgaard Danmark 2004.

Haraldsdóttir J, Astrup A, Dynesen AW et al. Befolkningens fødevarerforbrug i 2001 – sammenlignet med 1995 og 1998. Publ. Nr. 26. Ernæringsrådet, Holbæk Ekspresstrykkeri 2002.

Hessov, I. Klinisk ernæring. Munksgaard Danmark 2003.

Jacobsen A, Pihl-Lindgren E, Fridlund B. Malnutrition in patients suffering from chronic heart failure; the nurse's care. *Eur J Heart Fail* 2001; 3:449-456.

Kondrup J. Can food intake in hospitals be improved? *Clin Nutr* 2001; 20 (supplement 1):153-160.

Jespersen L m.fl.: Spiseoliers effekt på blodlipider og risiko for iskæmisk hjertesygdom med særlig fokus på olivenolie. *Ugeskrift for Læger* 2001; 163:4736-40.

Nielsen OW, Gadsbøll N, Køber L, Hildebrandt P, Villadsen H. Nye retningslinier vedrørende diagnostik og behandling af kronisk hjerteinsufficiens. Dansk Cardiologisk Selskab 2002.

Osler M. et al. En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 2000;162:4921-5.

Stender S, Astrup A, Dyerberg J et al. Kostens betydning for patienter med åreforkalkning i hjertet. Søborg. Ernæringsrådet 1996.

Stender S, Dyerberg J. Transfedtsyrers betydning for sundheden. Opdatering år 2003. Publ. Nr. 29. Søborg. Ernæringsrådet 2003.

Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence based approach to treatment. Wallingford: CAB International 2003.

Videbæk J, Madsen M. Hjertestatistik 2000-2001. Hjertereforeningen. Forlag: Statens Institut for Folkesundhed 2002.

www.bedremadtilsyge.dk

www.laegemiddelstyrelsen.dk/tilskud/generelt





Eneste alderstilpassede aminosyrebaserede
ernæring til børn

NEOCATE
0 – 1 år



NEOCATE ADVANCE
1 – 10 år



sikrer optimal vækst

Anvendes til:

- Komælksproteinallergi (CMPA)
- Multipel fødevareprotein intolerans (MFPI)
- Korttarms syndrom
- Refluks (GERD)
- Gastrointestinale problemer
- Dårlig trivsel

hypoallergen

- Remission af vedvarende symptomer og signifikant vægtøgning i tilfælde af intolerans overfor ekstensive hydrolysater (eHF)^{1,2,3,4,5}
- Fremmer catch up vækst hos børn med CMPA med vækstrearder- ing og er det foretrukne valg af ernæring til børn med MFPI⁴
- Opfylder ESPACI guidelines for hypoallergenecitet⁶

SHS

SHS International Ltd.
Rørmosevej 2A
3450 Allerød
Telefon 70 25 10 51
Ordretelefon 70 25 10 53

For mere information
Besøg SHS hjemmeside:
www.shsweb.co.uk

Referencer:

- 1) Vanderhoof et al. 1997. Intolerance to protein hydrolysate infant formulas: An underrecognised cause of gastro-intestinal symptoms in infants. *J. Pediatr.* 131; 741-744.
- 2) Hill et al. 1995. Challenge confirmation of late-onset reactions to extensively hydrolysed formulas in infants with multiple food protein intolerance. *J. Allergy Clin. Immunol.* 96 (3); 386-394.
- 3) de Boissieu et al. 1997. Allergy to extensively hydrolysed cow milk proteins in infants: Identification and treatment with an amino acid-based formula. *J. Paediatr.* 131; 744-747.
- 4) Isolauri et al. 1995. Efficacy and safety of hydrolysed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy. *J. Pediatr.* 127; 550-557.
- 5) Sampson et al. 1992. Safety of an amino acid-derived infant formula in children allergic to cow milk. *Pediatrics* 90(3); 463-465.
- 6) Businco et al. 1993. Hydrolysed cow's milk formulae. *Paediatr. Allergy Immunol.* 4; 101-111.

Børnene tilbage til kødgryderne

Madvaner og møgvaner var i centrum, da FDB i januar sendte sit rullende køkken på landevejen. Under spørgsmålet "Putter du hvad som helst i munden?" inviterer FDB året igennem børn i køkkenet – blandt andet for at være med til at knække fedmekurven.

Når madvaner bliver til møgvaner, går det ud over livskvaliteten. Derfor har FDB skabt et rullende køkken, som året igennem vil møde børn og deres forældre i en række byer i Danmark. På den måde skal et rullende køkken, kokke som laver mad med børnene, sunde råvarer og inspirerende opskrifter være med til at knække fedmekurven.

»Vi har en stærk tro på, at madvaner og møgvaner kan laves om. Det kræver blot en massiv indsats fra flere sider i det danske samfund. Og det rullende køkken fra FDB er et skridt på vejen«, siger pressechef Anne Villemoes i FDB.

Det rullende køkken debuterede i BørneKulturForum d. 22.-24. januar, hvor FDB sammen med kokke viste børn og unge, at det er sjovt at lave mad sammen – og at sund mad kan smage godt.

»Vi vil have børnene tilbage til kødgryderne. Under fem procent laver mad med deres forældre. Det betyder, at alt for mange børn og unge ikke ved, hvad det vil sige at lave mad, når de vokser op. Så er der ikke langt til den nemme løsning med fedende junkfood«, siger Anne Villemoes.

Efter BørneKulturForum rullede køkkenet videre ud i landet, hvor det skal besøge messer, dyrskuer og andre samlingspunkter for børnefamilier. Turneplanen kan følges på www.fdb.dk

YDERLIGERE OPLYSNINGER:

Pressechef Anne Villemoes, FDB, telefon 3947 0077, mobil 3091 9277



Bøger modtaget på redaktionen

Anne Majgaard

Politikens Store Bagebog

Politikens Forlag

314 sider

Kr. 249,-

To grundprincipper går igen i bogens opskrifter: Enkelhed og gode råvarer. Grundopskrifterne er omhyggeligt beskrevet trin for trin, så alle – også uøvede – kan få glæde af opskrifterne, og de er alle udbygget med forslag til variationer.

Anne Hjernø

Politikens Grønne Kogebog

Politikens Forlag

218 sider

Kr. 229,-

Kogebogen tager læseren med på en veritabel grøn smagsrejse jorden rundt gennem alverdens køkkener og gryder fyldt med skønne grønsager og smagsindtryk – kogebogen rummer således masser af inspiration til nye, spændende retter med grønsager – samtidig med den også indeholder opskrifter på en lang række gode, kendte grønsager.

Martin Kreutzer

Kost og Sundhed

Politikens Forlag

218 sider

Kr. 229,-

Bogen fortæller om de syv enkle leve-råd, der er alt, hvad der skal til for at få etableret sunde kostvaner, og den giver masser af gode råd, der er lige til at integrere i dagligdagen. Bogen guider samtidig læseren sikkert gennem medi-

ernes jungle af indbyrdes ofte modstridende budskaber om sund kost og slanketure.

Niels Hertz og Beagle Iuel-Brockdorff

Dr. Hertz Slanketure

- slank uden kulhydrater

Politikens Forlag

152 sider

Kr. 129,-

Dr. Hertz Slanketure er et tilbud til de mange, der gerne vil tabe sig. Bogen fortæller, hvordan man kan tabe sig og samtidig bliver sundere ved at undgå de tomme kulhydrater, der får blodsukkeret til at stige hurtigt og derpå falde, så man hurtigt føler sult igen og spiser mere – kort sagt, man er fanget i en ond cirkel.

Bente Nissen Lundsgaard

Gyldendals store slanketurebog

Gyldendals Forlag

448 sider

Kr. 249,-

Slanketurebogen præsenterer en lang række lækre opskrifter med inspiration fra verdens store køkkener. Det er pri-

mært sund hverdagsmad til alle dagens måltider, men der er også bud på mere festlige slanketure. Fælles for alle opskrifterne er, at maden skal smage godt og ikke være vanskelig at tilberede.

Bente Nissen Lundsgaard
Gyldendals Kalorietabel

Gyldendals Forlag

64 sider

Kr. 29,-

En lille lommeguide med tabeller over en lang række madvarers indhold af energi, fedt og sukker. Derudover indeholder guiden en "sportstabel", der viser, hvor meget man forbrænder ved de enkelte sportsgrene.

Katrine Klinken
Nem Mad

Politikens Forlag

252 sider

Kr. 249,-

Kogebogen er ideel for alle, der gerne vil i gang med at lave velsmagende, sund og ordentlig mad – og som måske ikke lige-frem er verdensmestre i et køkken. Det er nemlig aldrig for sent at gå i gang!



Den nationale kosthåndbog

Søren Damgaard Politikens Kalorie & Kosttabel

Politikens Forlag
144 sider
Kr. 49,-

Lommeformat – bogen er for alle dem, der ønsker at undgå overvægt eller som bare gerne vil tabe et par kilo. Den fortæller hvor meget du må veje, og hvor mange kalorier du må indtage om dagen. En tabel gennemgår 1400 fødevarer på det danske marked med angivelse af energi, fedt og næringsstoffer.

Kalundborg Rotary Klub v. helle C Det nemme Det sunde og det gode

47 sider
Kr. 50,- + forsendelsesomkostninger
Kan bestilles på hellec@hellec.dk

En gruppe rotarianere i Kalundborg Rotary Klub har lavet en lille praktisk kogebog, der indeholder "de bedste opskrifter" fra klubbens medlemmer i Kalundborg. Redaktionen består af en gruppe på 4 personer, hvor redaktionens diætist helle C har givet masser af tips til, hvordan man kan lave retterne fedtfattige. Hele overskuddet går til klubbens pulje for godgørende projekter i såvel nærområderne som på den anden side af kloden indenfor uddannelses- og udviklingsarbejde. Der er børn og unge, som har brug for vores støtte overalt. Et eksempel på at du som diætist kan gøre en forskel på forskellige niveauer - med lige præcis dine evner og erfaringer.

Udgives af Danmarks Fødevareforskning i samarbejde med Økonomaforeningen, Foreningen af Kliniske Diætister, Sundhedsstyrelsen, Fødevarestyrelsen og Dansk Selskab for Klinisk Ernæring.

DEN NATIONALE KOSTHÅNDBOG tager udgangspunkt i "Anbefalinger for den danske institutionskost", "Uden mad og drikke...", "Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko" samt "Nordiske Næringsstofanbefalinger 2004".

I DEN NATIONALE KOSTHÅNDBOG kan man bl.a. læse om

- Standard kostformer og valgmuligheder til syge voksne
- Standard kostformer og valgmuligheder til syge børn (0-17 år)
- Standard kostformer og valgmuligheder til ældre (75+ år) i primærsektoren
- Specifikke diæter og valgmuligheder til syge voksne
- Specifikke diæter og valgmuligheder til syge børn (0-17 år)
- Specifikke diæter og valgmuligheder til ældre (75+ år) i primærsektoren
- Individuel ernæringsterapi
- Individuel diætbehandling
- Mellemmåltider
- Ernæringstilskud

- Sondeernæring og Parenteral ernæring
- Rekonvalescens

Desuden kan man bl.a. se eksempler på

- Screeningsskemaer
- Metoder til udregning af energi og proteinbehov
- Kostregistreringsskemaer
- Dagskostforslag

Forventet "udgivelse" på hjemmesiden www.kostforum.net: 27. februar 2005.



Nye publikationer

Overfølsomhed over for tilsætningsstoffer er ikke særlig udbredt

Det er en myte, at tilsætningsstoffer i maden ofte er årsag til fødevareallergi. I en ny dansk undersøgelse var kun ganske få voksne - og slet ingen småbørn - overfølsomme over for tilsætningsstoffer. Og i en tidligere dansk undersøgelse fandt man, at kun 1-2 procent af børn i skolealderen var overfølsomme over for bestemte farvestoffer, konserveringsstoffer og aromastoffer.

Det kan man læse om i den nye pjec "Overfølsomhed og tilsætningsstoffer i mad", som Fødevarestyrelsen har udgivet i samarbejde med Danmarks Fødevareforskning, Sundhedsstyrelsen og Astma-Allergi Forbundet.

Det er svært at undersøge overfølsomhed over for tilsætningsstoffer, fordi der findes så mange forskellige stoffer og kun få, der reagerer på det enkelte stof. Men pjecen omtaler de stoffer, hvor der er rimelig videnskabelig sikkerhed for, at man kan være overfølsom. Det gælder fx 10 forskellige farvestoffer og tre grupper af konserveringsstoffer.

"Vi udgiver pjecen for at give forbrugeren adgang til velfunderet viden om overfølsomhed og tilsætningsstoffer. Pjecen er blandt andet tænkt som en hjælp til dem, der har en konkret mistanke om, at de er overfølsomme. I pjecen kan de læse om, hvilke tilsætningsstoffer, man ved, kan give overfølsomhedssymptomer, og der er information om symptomer, og om hvad tilsætningsstofferne hedder på varedeklarationen," siger seniorforsker Charlotte Madsen, Danmarks Fødevareforskning. Pjecen "Overfølsomhed og tilsætnings-



stoffer i mad" er gratis og kan bestilles via hjemmesiden www.foedevareallergi.dk.

Den kan desuden bestilles hos Fødevarestyrelsen, tlf. 33 95 60 00 mellem kl. 9 og 12, hos Sundhedsstyrelsens Publikationer, tlf. 70 26 26 36 eller hos Astma-Allergi Forbundet, tlf. 43 43 59 11.

Samarbejdet mellem Fødevarestyrelsen, Danmarks Fødevareforskning, Sundhedsstyrelsen og Astma-Allergi Forbundet har resulteret i otte pjecer om forskellige former for overfølsomhed over for fødevarer samt hjemmesiden www.foedevareallergi.dk.

Kontaktpersoner

- Seniorforsker Charlotte Madsen, Danmarks Fødevareforskning, tlf. 72 34 75 63.
- Læge, MPH Jette Blands, Sundhedsstyrelsen, tlf. 72 22 77 50
- Kommunikationschef Anne Holm Hansen, Astma-Allergi Forbundet, tlf. 43 43 59 11.
- Kommunikationsmedarbejder Karin Stubgaard, Fødevarestyrelsen, tlf. 33 95 63 51.

Lokkemad

- Energidrikke til småtspisende ældre

Mens hovedparten af den danske befolkning kæmper for at holde vægten nede, har nogle ældre det stik modsatte problem. De har tabt sig, har for lidt appetit og kan ikke spise nok til at holde eller genoprette normalvægten.

Skal denne gruppe genvinde deres vægt, kræver det meget ekstra energi, og med en lille appetit kan det være svært at få almindelig mad nok.



Mejeriforeningen har udviklet 8 opskrifter med energirige drikke specielt til småtspisende. Opskrifterne skal ses som et supplement til færdigproducerede energidrikke og som en støtte til dem, der gerne selv vil kunne fremstille mellemmåltider til deres pårørende.

De 8 drikke er vidt forskellige – der er noget for enhver smag. Men fælles for dem alle er, at de smager godt. De er nemme at tilberede og alle ingredienserne kan købes hos den nærmeste købmand.

Opskrifternes næringsindhold er samlet på et faktablad, der kan rekvireres separat.

Pjecen kan rekvireres hos:

Mejeriforeningen på e-mail: reklamelager@mejeri.dk eller på tlf. 8737 5700.

Pjecen er gratis, men modtageren betaler selv porto.

Yderligere oplysninger:

Susan Rønholdt Hansen, chefrådgiver i afdelingen Mælk & Ernæring, 8731 2273
Bodil Damgaard Høeg, ernæringskonsulent, 8731 2255

Vidste du, at.....

2 dagskostforslag – hvis du vil tabe dig

Vidste du, at... er netop udkommet fra Danske Slagterier. Det er en miniplakat på A4 størrelse med 2 dagskostforslag – for dem, som gerne vil tabe sig.

På bagsiden er der opskrifter på al maden, der er vist på forsiden.

Miniplakaten er et supplement til opskriftshæftet "FEMTEN SLANKE".

Se også www.15opskrifter.dk, hvor "FEMTEN SLANKE" er temaet lige nu.

På hjemmesiden er der – hvis man har brug for hjælp til at tabe sig – en henvisning til de kliniske diætister.

Miniplakaten "Vidste du, at..." og "FEMTEN SLANKE" er gratis, og kan bestilles på www.15opskrifter.dk under materialebestilling, eller på tlf. 4595 0125.



Fra formanden

Profil af din formand

Jeg er Cecilia Arendal og er nu formand for Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD).

Jeg er 46 år, har en mangesidet baggrund som uddannet økonoma (1983), hvor jeg både har været tæt på diæterne på sygehuse i flere år, men også været leder i plejehjemskøkkener.

Det gode måltid og stor medindflydelse fra borgeren på alle planer har altid haft min interesse, sammen med oplysning og undervisningen i praktiske færdigheder.

Af flere grunde valgte jeg nogle år en helt anden livsbane...troede jeg...og læste litteraturvidenskab fra 1992-96. Studiet er også menneskeforståelse, og den fælles kultur vi er rundet af...hvad vi har af myter og urforståelse omkring mange af de signaler, vi som mennesker benytter i kommunikation...gennem flere år optrådte jeg i Camera Fantastica sammen med unge studerende omkring formidling af de signaler tøj og uniformer og beklædning i det hele taget sender.

Men det var teori og meget lidt kontakt med virkeligheden...de fleste mennesker vi dissekerede for anamneser var jo fortællingens personer. Og det blev for virkelighedsfjernt for mig.

Jeg vidste bare, at jeg ville arbejde med ernæring eller mad i en eller anden form, men ikke producere, hellere formidle eller behandle.

Så efter mange overvejelser søgte jeg ind på diættstudiet i Århus i 1996 og siden 1997 har jeg været ansat på Sygehus Fyn i Faaborg, hvor jeg nu, efter et års orlov har valgt, for min efterfølgers skyld, at opsiges.

Jeg tjener mit daglige udkomme gennem konsulentbistand i to lægehuse og vejledning på nettet. Det giver mig en frihed til fagpolitisk at være tilstede, når der skal reageres hurtigt.

Jeg er passioneret løber og træner altid til den næste marathon.....næste gang i Hamburg

Indsatsområder

At fortælle sin historie i HC Andersen året kunne blive 2005-tendensen for den måde vi forsøger at kommunikere budskaber ud på.

Alle skabninger har en fortælling.

Lige fra den grimme ælling til den nye regering.

Foreningen af Kliniske Diætister er ved at forlade ællingestadiet og blive til en svane. Foreningen er på vej til at deltage i de voksnes rækker og blive lyttet til og taget med i flere og flere sammenhænge....og det stiller krav til om vingerne kan bære, og vi er klar til at flyve som fag og som forening...er vi klar, tror vi på det billede, der er ved at tegne sig i søen, når vi spejler os...det vil de kommende år vise.

Gennem mine to år i det fagpolitiske spil har foreningen skærpet indsatsområderne for, at den markant kan tegne en politik indenfor tre centrale indsatsområder.

- PR og synlighed
- Kvalitetssikring og dokumentation
- Uddannelse og efteruddannelse

Mit kerneområde er uddannelse og efteruddannelse...men kvalitet og dokumentation er temaer, der infiltrerer hele indsatsområdet, vi slipper ikke for at vise vores faglige stolthed i konkrete projekter og opgørelser...der også skal kommunikerer ud.

Med tre uddannelsesinstitutioner og tredobling af nye kliniske diætister skal der gøres en indsats for at skabe stillinger

både til de fremtidige kolleger, men også for at skabe gode forhold under den store opgave det er at løfte den praktiske uddannelse, der pt. ligger i amternes regi og i fremtiden i regionernes regi.

For at kunne løfte denne opgave, og de kommende års krav til specialisering, er efteruddannelse med kompetencegivende afslutninger det jeg vil sætte i værk. Dette kræver at vi som kliniske diætister, stiller krav om de samme muligheder for efteruddannelse som f.eks. sygeplejersker ude på arbejdspladserne. Det er også en af vejene frem for fremtidige lønforhandlinger og for at skabe flere stillinger.

Denne udvikling er helt i tråd med den udvikling, der er i de faglige arbejdsfællesskaber, vi har nu. Her især sygeplejersker, fysioterapeuter og med de samarbejdspartnere fremtiden byder på som praktiserende læger og sundhedsplejersker.

Vores synlighed i behandlingssystemet er vejen frem til flere stillinger, og de kommende år med den nye sundhedslov og regionsstrukturen skal vise, om vi er klædt på til at kunne løse arbejdet med at få kliniske diætister sat på den ernæringspolitiske dagsorden.

cia-erik@adslhome.dk



Der mangler nu kun
5 ud af 42 km.

Emne: Diabetesdiæt i 2005.

Temadag for kliniske diætister.

Sted: Radisson SAS H.C. Andersen Hotel, Odense.

Dato og tid: 12. maj 2005 kl. 10-16.

Arrangør: Diabetesforeningens Kostråd.

Program: Kan ses på www.diabetes.dk/ Forskere & Behandlere/ Faglige møder.

Pris: 400 kr. inkl. forplejning.

Tilmelding: Senest 18. april på ovenstående website eller til sekretær Gitte Lippert: gfl@diabetesforeningen.dk eller tlf. direkte 63 12 90 46.

Emne: 23rd International Symposium on Diabetes and Nutrition under The Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) of the EASD.

Sted: Ebeltoft

Dato: 30. juni - 3. juli 2005

Yderligere

oplysninger: www.diabetes.dk/ eller annemarie.kruse@ki.au.dk

Arrangør: Overlæge, dr.med. Kjeld Hermansen, Medicinsk afd. C, Århus Universitetshospital.

Emne: First International Symposium on Trans Fatty Acids and Health

Sted: Rungstedgaard, København

Dato: 11.-13. sept. 2005

Yderligere

oplysninger: www.ernæringsraadet.dk

Der har været flyttedag

Husk at sekretariatet har holdt flyttedag.

De nye lokaliteter har siden

1. februar ligget på:

Emdrupvej 28A, 2100 København Ø.

Telefon og telefontid, email og hjemmeside fortsætter uændret.

FaKD og Sekretariatet



KØBENHAVNS AMT, FREDERIKSBERG OG KØBENHAVNS KOMMUNER

Karin Kok
Stenvadpark 18, 3520 Farum
Tlf.: 44 95 54 61
kok@rh.dk

FREDERIKSBORG AMT

Anne Arentoft
Usserød Kongevej 102, 2970 Hørsholm
Tlf: 48292518
ana@fa.dk

ROSKILDE AMT

Helle Grebe Nielsen
Sct. Hansgade 45, 1. th.,
4000 Roskilde
Tlf.: 46 35 25 51

STORSTRØMS AMT

Susanne Ross
Hasselø Strandvej 8
Hasselø Plads, 4800 Nykøbing Falster
Tlf.: 54 85 72 71

VESTSJÆLLANDS AMT

Ledig

FYNS AMT

Jette Drost Rasmussen
Christiansvej 21, 5700 Svendborg
Tlf.: 62 21 12 23
Jette.Drost@OUH.Fyns-Amt.dk

SØNDERJYLLANDS AMT

Ann Møller Gram
Bakkevej 1, 6630 Rødding
Tlf. 74 34 24 20

RIBE AMT

Marianne Værnhoj Sørensen
Bredgade 41, Alslev, 6800 Varde
Tlf.: 75 26 90 44
mvs@ribeamt.dk

VEJLE AMT

Kirsten Nielsen
Vesterkant 2, 7100 Vejle
kirmar@vs.vejleamt.dk

ÅRHUS AMT

Mette Heide
Ivar Hvitefeldtsvej 9, 1 tv. 8200 Århus N
Tlf.: 86 16 50 07
meh@buh.aaa.dk

VIBORG AMT

Annemarie Simonsen
Agertoften 47, 7800 Skive
Tlf.: 97 52 54 23

RINGKØBING AMT

Karen Thomsen
Nordtoft 4, 7500 Holstebro
Tlf.: 97 42 92 73

NORDJYLLANDS AMT

Lonneke Claes Hjermslev
Bispensgade 37, 9800 Hjørring
tlf. 99 64 52 21.
E-mail: sve.lhj@nja.dk

REDAKTIONSUDVALG

Formand Anne Marie Beck, Lene Hansen,
Tove Kvist Kristensen, Jonna Winther og Kirsten Færgeman.

KVALITETSSIKRINGSUDVALG

Formand Cecilia Arendal, Tina Agerbo,
Lene Hansen, Inger Skovsbo, Anette Sejløng
og Lillian Jensen.

PRAKSISUDVALG

Formand Heidi Dreist, Hanne Svendsen,
Lene Allingsstrup og Maiken Beck

PR-UDVALG

Formand Pia Houmøller, Heidi Dreist,
Hanne Svendsen, Marianne Bisberg og Helle Christensen.

UDDANNELSESUDVALG

Formand Birgitte Købke, Pia Houmøller

FOREBYGGELSESUDVALG

Formand Jette Rytøft

NORDISK UDVALG

Ulla Finne og Helle Vestergård.

VAGT-TELEFONORDNING

Kliniske diætister indgår nu i Jordbrugs akademikernes vagttelefonordning. Direkte telefonnummer til rådgivning i løn- og ansættelsesforhold, telefon: 23 74 01 11 (hav venligst dit medlemsnummer parat). Åben mandag, tirsdag, torsdag og fredag: kl. 9-14. Åben onsdag: kl. 9-12

SONDEERNÆRING MED FIBER



Kostfibre har stor betydning for fordøjelseskana­lens samlede funktion. For patienter med behov for sondeernæring i flere dage, er det vigtigt, at de får tilgodeset såvel næringsbehov som anbefalingerne for fiberindtagelse.

Novasource® GI-Control – klinisk dokumenteret sondeernæring med 100 % opløselige fibre, er designet til at forebygge og behandle diarré hos sondeernærede patienter.

Novartis har flere muligheder...

Isosource®

FIBER · ENERGY FIBER · PROTEIN FIBER · MIX

...vi lægger vægt på patienten



Novartis Healthcare A/S · Lyngbyvej 172 · 2100 København Ø
Telefon: 39 16 84 00 · Telefax: 39 16 85 00
www.novartisnutrition.dk