

DIÆTISTEN

TEMA

Småtspisende



NO. 88. AUGUST 2007. 15. 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

Anne W. Ravn, tlf. 20203550
E-mail: redaktoer@diaetist.dk

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
E-mail: gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 89, 1. september 2007
(udkommer oktober 2007)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

BESTYRELSEN**FORMAND**

Ginny Rhodes
Viggo Rothes Vej 23
2920 Charlottenlund
Mobil 20 78 61 10
Mail: gr@diaetist.dk

NÆSTFORMAND

Anne Marie Beck
Frødings Allé 13, 1
2860 Søborg
Tlf. 35353403
E-mail: amb@diaetist.dk

KASSERER

Lone Bjerregaard
Louisegade 17, 2.th.
9000 Aalborg
Tlf. 98 12 44 06
E-mail: ljb@diaetist.dk

ØVRIGE MEDLEMMER:

Dorthe Wiuf Nielsen
Sjællandsgade 45, 3.tv.
2200 København N
Tlf. 35 35 34 17
E-mail: dwn@diaetist.dk

Heidi Dreist

Hybenvej 18
4700 Næstved
Tlf. 55 77 14 49
E-mail: hd@diaetist.dk

Helene Andresen

Farverhus 71
6200 Åbenrå
Tlf. 74 52 42 09
E-mail: ha@diaetist.dk

Line Rosgaard

Frederikssundsvej 145, 02.tv.
2700 Brønshøj
Tlf. 30 29 74 57
E-mail: lrk@diaetist.dk

SUPPLEANTER:

Camilla Onsberg Storm
Gl. Lyngvej 29
3450 Allerød
Tlf. 48 17 43 17
E-mail: cos@diaetist.dk

Forebyggelse – et hot emne for tiden

Mange fagfolk, politikere og vel også almindelige folk diskuterer for tiden forebyggelse.

- Fagfolk, særligt sundhedsfaglige, fordi det er en del af vores arbejde
- Politikere, fordi regningen for forebyggelsesarbejdet skal placeres
- Og ikke mindst almindelige borgere, fordi det omhandler dem selv.

Men er alle så lige enige om, hvad forebyggelse er for en størrelse? Vist ikke helt... En tur i Nudansk ordbog afslører, at "forebyggelse" defineres som "at forhindre noget sker". Men hvad er så "noget" for en størrelse? Hvad er det, vi skal forhindre sker? At folk ikke længere er raske, eller at folk ikke bliver syge?

For en diætist er det to sider af samme sag

Vi beskæftiger os dagligt med forebyggelse, for diætetik er for os studiet af ernæring og anvendelsen af ernæringsvidenskabelige principper på både raske og syge. Eller som den franske filosof Michel Foucault har udtrykt det, diætetik er en selvets teknik, hvor den rette kost sættes i relation til den rette livsførelse, hvilket netop er det, vi hjælper vores patienter og klienter med at lære at gøre. Her skelnes ikke mellem rask og syg, for er det overhovedet relevant?

Vores blad er denne gang et godt eksempel på denne problemstilling, for er man syg, hvis man er småtspisende? Eller er man rask? Som det kan ses i bladet, kan der ikke skelnes på denne måde. Faktum er, at der kan være mange årsager til, at man er småtspisende. Konsekvensen rangerer fra det lidt diffuse "tab af livskvalitet", til tab af vægt, tab af appetit og tab af kræfter pga. tab af muskelmasse og videre til alvorlige problemer ved at komme sig over operationer, hvis ikke ligefrem resultatet bliver for tidlig død. Men uanset problemstillingen, så nytter det at sætte ind med forebyggelse over for denne gruppe, hvilket der her i bladet gives adskillige gode eksempler på.

I skrivende stund har der været et interview i Berlingske Tidende (8.8.) med sundhedsministeren, som påpeger, at der ligger en stor udfordring i at få os alle til at "passe på os selv og agere sundt". I interviewet er fokus særligt på folk af anden etnisk baggrund end dansk, som ministeren anbefaler helbredstjek som led i en forebyggelsesindsats - uægtelig ikke helt samme gruppe, som vores temanummer omhandler, men den politiske diskussion er den samme: Skal vi tillade, at en forebyggelsesindsats kun omhandler en særlig gruppe, eller skal det ikke være et tilbud til hele landets folk? (Som svar på sundhedsministerens forslag har de praktiserende lægers formand Michael Dupont i øvrigt i Radioavisen anført, at opgaven omkring forebyggelse af etniske minoriteters sundhed ikke nødvendigvis bør varetages af læger, men kan ske ved hjælp af sygeplejersker, sundhedsplejersker og diætister.)



Ginny Rhodes
Formand

Jeg kan kun opfordre sundhedsministeren til at overveje, om ikke et godt sted at starte forebyggelsesindsatsen kunne være sygesikringstilskud til diætbehandling hos autoriserede kliniske diætister.

Her kan netop fås vejledning i, hvordan man skal agere sundt, så vi alle, som ønsket, kan blive bedre til at passe på os selv!

Indhold

TEMA SMÅTSPISENDE

■ Sygehusfaste	5
■ Plejehjemsbeboeres ernæringsstilstand og forebyggelse af funktionstab	8
■ Post Hospital Ernærings Projekt (PHEP)	12
■ Nu må vi i gang med de gamle!	14
■ Småtspisende i primærsektoren	18
■ Ernæringscreening af ældre i plejeboliger med HVEM-skemaet kan spare penge	20
■ Gruppebaseret patientuddannelse vinder frem	24
■ Diætbehandling af kirurgiske mave-tarmpatienter	27

NYE UDGIVELSER

■ Bøger til anmeldelse	30
■ Modtaget på redaktionen	31

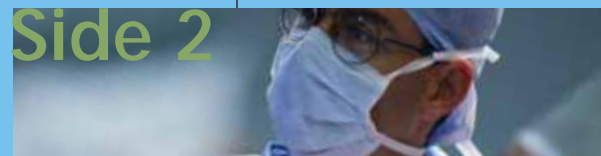
OS IMELLEM

■ Ny redaktør	19
■ Hvorfor en ansættelseskontrakt?	32
■ Mindeord	33
■ Tillykke til to hold nye kliniske diætister	34
■ Æresmedlem – En personlighed af de få	34

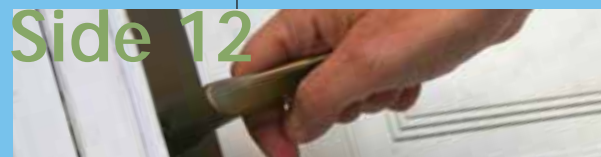
KURSUSKALENDEREN

35

Side 2



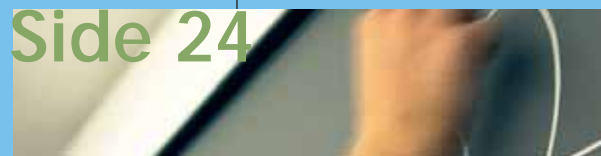
Side 12



Side 18



Side 24



Sondeernæring fra Fresenius Kabi

Sondeernæringen med det komplette indhold



Eneste sortiment med fiskeolie som standard:

- Reducerer de inflammatoriske tilstande i kroppen
- Øger indholdet af det gode kolesterol i blodet
- Giver en mere gavnlig triglyceridprofil

E N T E R A L N U T R I T I O N

Sygehusfaste

Patienter, som er indlagt på sygehuse, tvinges i mange situationer til at faste. Det er også skrøbelige patienter, der har et udtalt behov for tilstrækkelig tilførsel af energi og protein, der udsættes for faste. Denne artikel vurderer, om man kan afkorte eller helt undvære fasteperioden hos patienter, som kun skal i en overfladisk narkose.



Den hyppigste årsag til at lade patienter faste er ønsket om at mindske risikoen for aspiration af indhold i mavesækken til lungerne. Betegnelsen "aspiration til lungerne" anvendes om den situation, hvor en patient, som er bragt i fuld narkose, kaster op og efterfølgende inhalerer opkastet fra mund og svælg ned i lungerne. Fuld narkose ophæver nemlig de reflekser – strubelågets lukning af indgangen til lufttrøret samt hoste - som hos alle vågne personer beskytter luftvejene. Aspiration til lungerne kan være livstruende dels på grund af tillukning af bronchiegrene med fødeklumper, dels på grund af fremkaldelse af en svær ætsningsskade af lungevævet. Der foreligger mange undersøgelser af, med hvilken hastighed mavesækken tømmer sig efter indtagelse af forskellige væsker og fødeemner (1). Disse undersøgelser danner basis for de "fasteregler", som anvendes på alle anæstesiaafdelinger i Danmark:

- 1) "tynde væsker" – vand, saftvand, sodavand, frugtsaft uden indhold af frugtkød, andre kulhydratholdige væsker, kaffe og the (uden tilsætning af mælk/fløde): seneste indtagelse 2 timer før narkosen forventes indledt
- 2) modermælk til diende børn: seneste indtagelse 4 timer før narkosen forventes indledt
- 3) fast føde og mælkeprodukter: seneste indtagelse 6 timer før narkosen forventes indledt.

Længere fasteperiode

Fasteperioden må forlænges hos patienter, hvor mavesækkens tømning er forsinket, fx hos diabetikere med "autonom neuropati", hos cancerpatienter med mekanisk aflukning af mavesækken eller af tarmen på grund af selve svulsten, hos patienter med "tarmslyng" eller betændelse i bughinden, hos patienter med stærke smerter og hos patienter i behandling

med visse typer medicin – for eksempel morfinpræparater.

Ingen kompromis

Som narkoselæge støder man jævnligt på spørgsmålet, om man ikke kan afkorte eller helt undvære fasteperioden hos patienter, som kun skal i en overfladisk narkose ("sedation") fx i forbindelse med rensning af og skiftning af bandager på inficerede sår eller hos patienter, hvor man har planlagt udelukkende at anvende en eller anden form for lokalbedøvelse. I den første situation med overfladisk narkose bevæger man sig imidlertid på en knivsæg. Hvis narkosen bliver lidt for dyb er de beskyttende reflekser pludselig borte, og så bliver risikoen for patienterne høj. I den anden situation kan der enten opstå komplikationer til lokalbedøvelsen, således at patienten uventet bliver bevidstløs, eller måske virker lokalbedøvelsen ikke tilstrækkeligt, således at man får behov for at supplere med fuld bedøvelse; herved bliver risikoen for patienten igen høj. Med andre ord, så vil de fleste narkoselæger sjældent gå på kompromis med fastereglerne.

Der er også andre situationer, hvor man på sygehuse lader patienter faste; det drejer sig for eksempel om patienter, som skal have udført kikkertundersøgelse af mavesækken (gastroskopi), undersøgelser med risiko for komplikationer, som kan kræve umiddelbar operation – fx kontrastundersøgelser af blodkar eller hjerte og indgreb, som er kendt for hyppigt at medføre kvalme og opkastninger.

Faste i op til 19 timer

På Århus Universitetshospital Skejby,

hvor jeg arbejder, udførte nogle af vores narkosesygeplejersker for nylig en simpel opgørelse af, hvor længe patienterne rent faktisk havde fastet, når de nåede frem til operationsafsnittet.

Tallene var som følger:

Fasteperiode: Mediant 14 timer, spændvidde 10 til 19 timer.

Tørsteperiode: Mediant 14 timer, spændvidde 3 til 19 timer.

Det er jo desværre langt fra anbefalingerne ovenfor, og min opfattelse, som støttes af flere lignende undersøgelser, er, at det desværre ser ligesådan ud på mange andre sygehuse.

Konsekvenser for patienterne

For det første vil langt de fleste patienter opleve et subjektivt ubehag af fasten; dette ubehag vil hos mange forstærke den frygt vedkommende føler forud for det planlagte indgreb. For det andet betyder fasteperioden selvfølgelig en periode med manglende indtagelse af ernæring. Hos patienter i god ernæringstilstand, som tvinges til at faste en enkelt gang forud for et kirurgisk indgreb, har den manglende fødeindtagelse kun mindre ernæringsmæssig betydning.

Hos patienter, som oplever et kompliceret forløb i forbindelse med et kirurgisk indgreb – og jeg tænker her fx på patienten med dyb sårinfektion, som af den grund skal gennem hyppige, måske daglige sårrensninger og forbindingskift i fuld narkose – får de hyppige fasteperioder stor betydning for ernæringstilstanden. Oven i købet er det jo sådan, at patienter, som før det kirurgiske indgreb er i dårlig ernæringstilstand, desværre også er de patienter, som er mest udsatte for at få sårinfektioner.

Minimering af fasteperioden

På det operationsafsnit, hvor jeg arbejder, har vi i flere omgange forsøgt at planlægge sårskiftninger på de ovennævnte patienter, så fasteperioden gøres minimal.



Desværre kniber det med at kunne afsætte en personaleressource udelukkende til dette formål, så fasteperioderne bliver tit længere end nødvendige af hensyn til narkosen. Samtidig prioriteres operationer af akutte patienter ofte højere end sårskiftningerne, hvilket kan medføre uforudsete, betydelige forlængelser af fasteperioden.

Hvad kan løsningen være?

I første omgang er det at bringe problemet i fokus i den rette personkreds og herefter planlægning, så fasteperioden kun yderst sjældent overskrides. Hos problempatienter, hvor sufficient næringsindtagelse i længere tid ikke lykkes, kan man overveje, om man bør opstarte indgift af parenteral ernæring (TPN) som et supplement til enteral ernæring.

Insulinresistens

Et tredje problem er fænomenet "insulinresistens" som indebærer, at alle patienter, som gennemgår et kirurgisk indgreb

udvikler en tilstand, som på nogle punkter ligner diabetes mellitus. Graden af insulinresistensen og dermed forhøjelsen af blodsukkerniveauerne afhænger af operationens omfang – jo større operation, jo større grad af insulinresistens. De høje blodsukkerniveauer skyldes dels øget sukernydannelse ud fra især nedbrudt protein, dels nedsat optagelse af sukker i perifere væv.

En svensk gruppe af forskere ledet af narkoselægen Olle Ljungqvist har lavet mange undersøgelser af den præoperative fastes betydning for insulinresistensen. De har kunnet vise, at indtagelse af kulhydratrige væsker i størrelsesordenen 50 gram kulhydrat i 400 ml væske 2 timer før starten på narkosen, sammenlignet med ingen indtagelse af kulhydrat, medfører mere end en halvering af insulinresistensen. Effekten er mest udtalt ved mindre til moderat store kirurgiske indgreb (knæ- og hofteoperationer, indgreb på blæren, gynækologiske indgreb), medens effek-

ten er betydeligt ringere ved store mave-tarmkirurgiske indgreb eller hjertekirurgiske indgreb (2).

Hos alle patientgrupper medfører indtagelsen af kulhydratrige drikke dog, at det subjektive ubehag af fasten mindskes, ligesom den subjektive oplevelse af ængstelse og ubehag reduceres.

Det er disse resultater, som har medført, at man mange steder er begyndt at give kulhydratrige væsker til patienterne 2 timer før den forventede start på narkosen.

Forskning i blodsukkerværdier

Hvis vi slipper problematikken med præoperativ faste her, vil jeg til slut omtale nogle resultater af forskning omkring betydningen af høje blodsukkerværdier hos patienter, som behandles på intensivafdelinger. Denne forskning er især udført af en belgisk læge Van den Berghe.

Hos patienter, som efter kirurgiske indgreb - primært hjertekirurgiske - har behov for behandling på intensivafdeling, ses også insulinresistens med høje blodsukkerværdier. Ved at tilføre insulin som kontinuerlig infusion så blodsukkerniveauet holdes mellem 4,1 og 6 mmol/l har man kunnet reducere dødeligheden fra cirka 8 % til cirka 4 % (3). Samtidig har man også set en halvering af hyppigheden af komplikationer blandt de patienter, der overlever - for eksempel udvikling af nyresvigt, udvikling af infektioner og udvikling af blødning fra mave-tarmkanalen (3).

Effekten af insulinbehandling til patienter under intensiv terapi på grund af medicinsk grundsygdom - hyppigst svær infektion - er meget mindre udtalt (4).

Der er således stadig mange uafklarede punkter omkring årsagerne til effekten af

insulinbehandlingen, og der pågår forskning på området (5).

I mellemtiden er insulinbehandling til patienter, som behandles på intensivafdeling efter kirurgiske indgreb, indført på mange danske intensivafdelinger ■

NCM@sks.aaa.dk

Referencer

1. Søreide E et al. Pre-operative fasting guidelines: an update. Acta Anaesth Scand 2005;49: 1041-47
2. Breuer J et al. Preoperative carbohydrate administration to ASA II - IV patients undergoing elective cardiac surgery. Anesth Analg 2006; 103: 1099-1104
3. Van den Berghe G et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. New Engl. J Med. 2001; 345:1359-67
4. Van den Berghe et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. New Engl J Med 2006; 354: 449-61
5. Van den Berghe. How does blood glucose control with insulin save lives in intensive care? J Clin Invest 2004; 9: 1188-96.

ATPRO 100®



ATTYLET®



Et fedt- og lactosefrit animalsk proteinkoncentrat, bestående af hydrolyserede polypeptider. Produktet har mange anvendelsesmuligheder som komplementering til den daglige kost, idet det er muligt at højne proteinmængden uden det fremstillede produkt ændrer farve eller smag i væsentlig grad.

Atpro 100® har i opløst stand et næsten glasklart udseende.

Attylet® er produceret specielt til fremstilling af gelé- og tyktflydende kost. Attylet® kan anvendes i alle former for væsker, kolde som varme, samt i puréer. F.eks. saftevand, juice, supper, pureerede grøntsager og lignende. Attylet® doseres direkte i de anvendte produkter.

Det har neutral smag og udseende, og desuden tåler det opvarmning samt dybfrysning.



Plejhjemsbeboeres ernæringsstilstand og forebyggelse af funktionstab

- en beskrivelse af metoderne i den kostmæssige del af projektet

Fokus på ældres ernæringsstilstand og risikofaktorer og aktiv intervention kan mindske ældres tab af fysisk, mental og social funktionsevne. Et 11-ugers projekt på 17 plejeafdelinger forestået af en tværfaglig gruppe dokumenterer dette.



Vivi Bruun Becktoft

Formål

Danmarks Fødevarer- og Veterinærforskning (DFVF), Ernæringsenheden, gennemførte i perioden februar – juni 2006 projekt "Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringsstilstand og risikofaktorer".

Målsætningen var "at afdække hvorvidt en tværfaglig intervention, der tager højde for de forskellige risikofaktorer, kan have en gavnlig indflydelse på ældres ernæringsstilstand, fysiske, mentale og sociale funktionsevne".

Det var en tværfaglig intervention på 11 uger samt indledende og afsluttende dataindsamling.

Projektet ledtes af seniorforsker Anne Marie Beck og projektsygeplejerske Karin Damkjær og derudover 7 projektmedarbejdere (2 sygeplejersker, 3 fysioterapeuter, 1 tandplejer og 1 klinisk diætist).

Der indgik 17 plejeafdelinger fordelt på 7

plejecentre, og ca. 121 plejhjemsbeboere gav tilsagn om at deltage. Efterfølgende blev beboerne udtrukket til henholdsvis interventionsgruppe og kontrolgruppe ud fra fødselsdato.

Projektet blev støttet af Helsefonden, Velux Fonden, Toms, Arla, Tandex og Findus.

Denne artikel handler primært om min rolle som klinisk diætist og opgaver og anvendte metoder i projektets interventionsdel. Se evt. den samlede rapport af Anne Marie Beck på www.dfvf.dk.

Dataindsamling og intervention

Projektet på hver enkelt afdeling forløb over i alt 13 uger – indledende dataindsamling i de første 2 uger, 11 ugers intervention og afsluttende dataindsamling i den sidste interventionsuge.

Dataindsamlingen – som alle deltagere i projektet fik foretaget - består af 3 dages kostregistrering, en funktionstest hos en fysioterapeut, en vurdering af tandstatus hos en tandplejer og en vurdering ved hjælp af Minimum Data Set (MDS) – et spørgeskema indeholdende ca. 500 spørgsmål, og som udføres af projektsygeplejerskerne i samarbejde med plejepersonale, deltager og evt. pårørende.

Efter inddeling af interventions- og kontrol-

gruppe blev interventionsgruppen de næste 11 uger tilbudt 400 kcal/1700 kJ som tilskud i form af chokolade, energidrik og træningsdrik, deltog i fysisk træning på hold 2 x 45 minutter hver uge og fik børstet tænder ca. 1 x/uge af en tandplejer.

Plejepersonalet fik udleveret en mappe til daglig registrering af kostinterventionen, og fysioterapeuterne registrerede træning og træningsdrik. Der registreredes, om der var spist/drukket 0, 1/4, 1/2, 3/4 eller 1 portion. Tandplejeren noterede antal tandbørstninger i interventionsperioden.

Udover fysioterapeuten og tandplejers ugentlige besøg på hver plejeafdeling var undertegnede og projektledelsen også på besøg minimum 1-2 gange hver uge under hele interventionsperioden, bl.a. for at tjekke registreringsmapper og tage eventuelle problemer op med det samme.

Projektgruppen holdt personalemøde hver uge under hele projektperioden.

Kostregistreringens udfordringer

Der udleveredes et "basisskema" til alle beboere den første dag, indeholdende 3 dages kostregistrering, et skema over chokoladefavoritter og et skema over spisituationen (tygge- og synkeproblemer). De to sidste skemaer blev udfyldt af plejepersonalet i samråd med undertegnede og evt. deltagere.

Alle deltagere kostregistreredes i 3 dage - før første interventionsuge og i sidste uge af interventionsperioden. Det anvendte kostregistreringsskema er udarbejdet i et kost- og ernæringsprojekt på Plejecenter Damgårdsparken (2002). Fordelen ved

dette skema er, at hele dagen registreres på et og samme skema og ændring af menuen - den kolde og varme mad - noteres i skemaet fra dag til dag. Der registreres hvor meget mad, der er øst op på tallerkenen, og hvor meget der levnes.

Kostregistreringsskemaet er let at anvende og giver plejepersonalet mindst muligt arbejde med at kostregistrere.

Alle økonomaer har inden kostregistreringen oplyst dagens menu i de 3 dage, der skulle registreres.

Der er så vidt muligt indhentet opskrifter på de pågældende menuer fra hvert enkelt sted - dog standardiseres de menuer/opskrifter, som serveres på flere plejehjem - fx frikadeller, jordbærgrød og stegt flæsk med persillesovs - ifølge aftale med projektleder og økonomaer.

Den første dag/morgen, der kostregistreres, samles dagvagterne til instruktion i udfyldelse af kostregistreringerne. Jeg fulgte og superviserede plejepersonalet hele formiddagen og kiggede kostregistreringerne igennem efter middagsmaden, så eventuelle misforståelser kunne rettes med det samme. Instruktionen blev gentaget for aftenvagterne, og de skulle så informere nattevagterne. Den følgende dag kontrolleres aften- og nattevagternes registrering.

De sidste 1-2 dage kostregistrerer plejepersonalet uden yderligere supervision. Der er ingen fælles introduktion for deltagerne vedrørende kostregistreringen - de informeres løbende af plejepersonalet.

Portionsstørrelserne bliver af hensyn til det store arbejde med næringsberegningen standardiseret. Det ville være et alt for stort arbejde at veje de forskellige portionsstørrelser af på hver afdeling.

Derfor bliver registreringen af fx "1 kartoffel" lig med "45 g kartoffel" og "1 stk. smørrebrød" (brød, fedtstof, pålæg, pynt) næringsberegnes som "56 g smørrebrød".



På hver plejeafdeling tjekkede personalet opøser og glas, så de med sikkerhed kunne registrere fx $\frac{1}{2}$ eller 1 dl sovs og 175 ml sødmælk.

En kostregistrering af denne størrelse og med så mange beboere og plejepersonale involveret giver i forvejen en del usikkerhed, men vi synes, vi kom så tæt på de faktiske forhold som overhovedet muligt. Personalet virkede alle steder meget opsat på at få udført kostregistreringen så korrekt som muligt.

Alle kostregistreringer næringsberegnes på Dankost 2000, hvor fokus især er rettet mod energi- og proteinindtag.

Jeg laver af egen interesse en registrering af kostfiber, da jeg synes, det er en vigtig del af de ældres ernæringsproblematikker.

Resultaterne fra næringsberegningerne skal dels vise os, om deltagerne reelt set

har formået at indtage de 400 kcal/1700 kJ, og om den ekstra næring sammen med træningen forbedrer livskvaliteten, herunder især de sociale kompetencer.

Intervention

Det er planen, at de 400 kcal fordeles på:

- 50 g chokolade/dag
- 4 x 150 ml energidrik/uge
- 2 x 150 ml træningsdrik

Realiteten bliver undervejs:

- 25 g chokolade/dag
- 4 x 150 ml energidrik/uge
- 3 x 150 ml chokoladedrik/uge
- 2 x 150 ml træningsdrik

Tilberedning og distribution

Alle drikke - energidrik, chokoladedrik, træningsdrik - tilberedes i plejecentrets centralkøkken og udportioneres i plastikkrus med låg. Labels med navn og stuenummer påsættes. Drikke tilberede-

des i de fleste køkkener om morgenen, og drikkene distribueres til afdelingerne med morgenmadsvognen.

Chokoladen pakkes ud fra de individuelle ønsker (jf. skema over chokoladefavoritter) og pakkes til hver enkelt beboer i en pose, hvor labels med navn og stuenum-

Energidrik

Det var et mål i projektet, at de ekstra arbejdsopgaver belastede køkkenerne mindst muligt, og der tages derfor udgangspunkt i køkkenernes egne opskrifter på proteindrik/energидrik. Ud fra næringsberegning vurderes, om der er behov for at justere opskriften ved fx at tilføje ekstra energi (piskefløde). 150 ml energidrik indeholder i gennemsnit 1000-1200 kJ/275 kcal.

Chokoladedrik

Chokoladedrikken tilberedes ud fra en opskrift fra TOMS (sødmælk og kagechokolade) og serveres varm eller kold. Enkelte afdelinger kom lidt flødeskum i den varme kakao. 150 ml chokoladedrik indeholder 1080 kJ/255 kcal (eksklusiv flødeskum).

Træningsdrik

Arla er så venlig at sponsorere kakaoskummetmælk og piskefløde. Drikken består af 100 ml kakaoskummetmælk og 50 ml piskefløde. 150 ml træningsdrik indeholder 1030 kJ/245 kcal.

mer påsættes.

Det viser sig at være et stort ekstra arbejde for køkkenerne at pakke chokolade, og kun et køkken har ressourcer til at pakke

chokoladen selv. 3 projektmedarbejdere pakker derfor alle de øvrige poser.

Chokolade

TOMS er så venlig at sponsorere chokolade til hele interventionsperioden.

Det gennemsnitlige energiindhold næringsberegnes ud fra flere typer chokolade.

25 g chokolade indeholder i gennemsnit 525 kJ/125 kcal.

Der er stor forskel på, hvornår chokolade og energidrik serveres for de ældre.

Planen var at servere chokoladen om formiddagen og energidrikken til sen aften, men vi måtte gå på kompromis og give plejepersonalet tilladelse til at servere den ekstra energi på et tidspunkt, hvor den ældre havde appetit og lyst til at spise/drikke chokolade/energидrik, og at der også var tid til at hjælpe de beboere, som havde behov for det.

Træningsdrikken blev serveret under eller efter den fysiske træning.

Spisesituation

Der er ved projektets start en formodning om, at 1/3 af deltagerne har tygge- og synkeproblemer.

En repræsentant fra Findus giver på et møde med økonomaerne inden projektets start en kort gennemgang af tilberedningsmulighederne ved tygge-/synkeværlig kost. 2 økonomaer tager imod tilbud om undervisning i eget køkken.

Måltids- og drikkevareskema

På baggrund af kostregistreringerne udarbejdes et måltids- og drikkevareskema, som viser de pågældende beboeres måltidsfordeling og drikkevareindtag og -type. Tanken bag dette skema var at give plejepersonalet et overskueligt skema til vurdering af måltider og drikkevarer for på denne måde at motivere plejepersonalet til yderligere målrettet fokus eller en fastholdelse af nuværende gode intentioner på disse to områder - både på det individuelle plan og generelt for hele afdelingen.

Drikkevarer

Drikkevareindtag pr. dag og en gennemsnitlig indtagelse over 3 dage blev udregnet og sammenholdt med det anbefalede daglige indtag på 1½ l (1).

Til kategorien drikkevarer var mælk, juice, saftvand, kaffe, te, vand, danskvand, sodavand, læskedrik, øl, vin, hedvin, spiritus og drinks medregnet.

Måltidsfrekvens

3 hovedmåltider og 3 mellemmåltider registreredes - mellemmåltiderne registreredes blandt andet også som blot værende et "drikkemåltid" og/eller et "frugtmåltid".

Måltidsfrekvensen vurderes ud fra anbefalinger om 5-6 måltider (1), som også typisk er det antal måltider, plejecentrene tilbyder.

Gennemgang af resultater

Efter endt projektførelse tilbydes alle plejecentre en opsummering på hele perioden med fokus på antal deltagere/frafald, sammensætning (alder, køn), den fysiske tests indhold, træningens indhold og gennemførelse, god tandpleje og resultater fra kostregistrering - primært omhandlende vurdering af selve kostregistreringens forløb samt resultater vedrørende måltidsfordeling og drikkevareindtag.

Konklusion

Resultaterne viser en sikker forbedring af energi- og proteinindtag samt deraf følgende vægtøgning, bedre livskvalitet og større deltagelse i sociale arrangementer i interventionsgruppen. Som forventet var fiberindtagelsen lav - hos de fleste deltagere mellem 5-10 g kostfiber dagligt - og sjældent over 20 g. Der ses en lille forbedring af drikkevareindtag og måltidsfrekvens.

Der var en stor deltagelsesprocent til den fysiske træning og en væsentlig forbedring i den afsluttende fysiske test - lig

med større muskelkraft og bedre balance. Tandplejeren konkluderede, at de deltagere, som selv børstede tænder, havde bedre tandstatus end de deltagere, der var afhængige af plejepersonalets hjælp til tandbørstning.

Vi måtte hurtigt indse, at indtagelse af 50 g chokolade blev kvalmende for mange deltagere, og derfor ændrede vi interventionen (fra 50 g til 25 g chokolade) i 4. interventions uge – på det tidspunkt var 3 afdelinger på 2 plejecentre i gang med henholdsvis 3., 2., og 1. interventionsuge. Undervejs i hele forløbet var der ligeledes en del individuelle ændringer – fx kunne nogle beboere ikke lide chokoladedrik, og nogle deltagere opgav simpelthen at spise mere chokolade og fik derfor kun drikke de sidste par uger.

Plejeafdeling og køkken fik udleveret et oversigtsskema over hver deltagers intervention. Skemaet ajourførtes løbende ud fra eventuelle ændringer aftalt med plejepersonalet og undertegnede.

Da mange ældre i forvejen har problemer med at drikke tilstrækkeligt, fastholdt vi gennem hele projektet, at diverse tilskudsdrikke max indeholdt 150 ml, så det var overskueligt for deltagerne at drikke hele drikken og dermed det fastlagte energitilskud.

Variationen af drikkevarerne var ofte meget ensformig, og en del deltagere drak en del saftvand, hvilket kunne have negativ virkning på mæthedsfornemmelse og tandstatus. Derudover er den type juice/juicekoncentrater, der serveres på de fleste plejecentre ikke særlig hensigtsmæssig – juicekoncentraterne opblandes med vand og giver dermed et lavt energiindhold modsat ”rigtig juice”. Træningsdrikken var den drik, deltagerne generelt set drak 100 % hver gang. Plejepersonalet erfarede tidligt i forløbet, at denne drik hurtigt kunne tilberedes på

afdelingen og serverede efterfølgende drikken for de beboere (især de småtspisende), som ikke deltog i projektet.

Der var selvfølgelig store individuelle forskelle på drikkevarerindtag, men hos nogle plejecentre var det tydeligt, at plejepersonalet ikke havde den store opmærksomhed på drikkevarer.

Generelt set indtager hovedparten af de ældre 4 måltider (morgen, middag, eftermiddag og aften) mod de anbefalede 5-6 måltider.

Umiddelbart var der ikke forskel på, om det var deltagere med normal appetit eller småtspisende deltagere.

Efter den indledende dataindsamling (skema vedr. spisesituation) fandtes der kun 2 deltagere, der sagde ja til at ændre kostform til tygge-/synkevenlig kost. 5 andre beboere fandtes egnet, men ifølge plejepersonalet var dette forsøgt tidligere, og de pågældende deltagere og evt. deres pårørende ønskede af forskellige årsager ikke denne kostform iværksat.

De 2 deltagere, der ved projektets afslutning stadig fik tygge-/synkevenlig kost, var meget tilfredse med kosten, og plejepersonalet havde observeret, at de spiste mere mad.

Kommentarer

Det har været utroligt spændende at deltage i et tværfagligt projekt af denne størrelse.

Det var også meget tidskrævende og krævede, at alle medarbejdere involveret i projektet var meget fleksible i forhold til arbejdstid og arbejdsopgaver.

Vi havde et godt samarbejde på tværs af faggrupper og var gode til at informere hinanden om eventuelle ændringer.

Vi havde alle et godt samarbejde med plejepersonalet på alle afdelinger/plejecentre, men jeg tror også, plejepersonalet var glade, da projektet sluttede, da de jo undervejs ofte havde besøg af os og indimellem

følte sig meget ”overvåget”.

For min del var arbejdsopgaverne noget anderledes end ”vanligt diætistarbejde”. Jeg var stort set ikke i personlig dialog/kontakt med beboerne. Mine opgaver bestod af kommunikation og supervision med pleje- og køkkenpersonale, tilrettelæggelse af interventionen set i forhold til udregning af de generelle og individuelle opskrifter, gennemførelse af kostregistreringen, kostberegning af samtlige kostregistreringer fra hele projektperioden – og ej at forglemme, pakning af chokolade...

Jeg synes, projektet er utrolig vigtigt set i forhold til, hvor få ændringer der evt. skal til for at forbedre de ældres livskvalitet – især set i forhold til økonomi og pleje- og køkkenpersonalets indsats.

Selvom vores resultater tyder på, at indsatsen har virket meget positivt, er det nok som med de fleste andre projekter, at når ”ildsjælene går”, så formår det tilbageblevne personale ikke at fortsætte de gode intentioner i en meget travl hverdag. Forhåbentlig får vi diætister flere og flere opgaver ude i kommunerne, især inden for ældreomsorgen, for det nytter noget, er jeg overbevist om ■

vivi_bh@yahoo.com

Referencer

1. Uden mad og drikke... Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevaredirektoratet, 1. udgave, 1. oplag, juli 2002.



Post Hospital Ernærings Projekt (PHEP)

- posthospitalernæring koordineret ved udgående klinisk diætist

En stor del af medicinske patienter har fortsat behov for ernæringsterapi efter udskrivelsen. Frederiksberg Hospital gennemførte i 2005-2006 et projekt med etablering af en udgående diætist-funktion fra en medicinsk afdeling.



Vivi Bruun Becktoft

Da mange medicinske patienter fortsat har behov for ernæringsterapi efter udskrivelsen, ønskede vi at tilbyde videreførelse af ernæringsbehandling i hjemmet til patienter i ernæringsrisiko. Formålet var at evaluere en sådan funktion med hensyn til patientmotivation og effekt på kostindtag, vægt og BMI.

Under indlæggelsen indledtes kostvurdering og en aftale med patienten/den ældre om mål for behandlingen, hvilket var vægtstabilitet eller vægtøgning. Der var efterfølgende planlagt 3-4 hjemmebesøg over 1/2-1 år (minimum 2 uger, 2 måneder og 6 måneder efter udskrivelsen).

Samtidig ville vi belyse berøringsfladerne til primær sektor og forhold, der kunne have betydning for samarbejdet om patienten.

Kvindelige deltagere

Patienter over 65 år, der havde været indlagt i mere end 5 dage og med en

ernæringsrisikoscore >3 og BMI <20.5 , blev tilbudt at deltage i projektet. En forudsætning var også en i forvejen etableret eller efter hospitalsindlæggelsen fremtidig kontakt til hjemmeplejen. 37 patienter fandtes egnede til projektet, og 25 patienter (73 %) var motiverede og accepterede hjemmebesøg. Det var overvejende enlige kvinder, der tog imod tilbuddet. 65 % modtog i forvejen den varme mad fra én af kommunens madserviceordninger.

25 patienter modtog besøg i hjemmet en til flere gange, og 17 patienter blev fulgt i 3-12 måneder. Alle udviste god forståelse for kostmålning. 65 % formåede at stoppe deres vægttab eller tage på i vægt. Kostindtag, måltidsfordeling og drikkevareindtag øgedes hos alle patienter, og kostplanerne blev fulgt meget tilfredsstillende. Kostplanerne og evt. mål indtil næste hjemmebesøg blev ajourført ved hvert besøg.

Vejledningsmaterialet

"Spørgeskema vedrørende kostindtagelse til klienter, der er i ernæringsmæssig risiko" trin 1 og 2, "Maden er den bedste medicin" (udarbejdet og udgivet i af Nordjyllands Amt med støtte fra "Bedre mad til syge") samt den individuelle kostplan var det primære vejlednings- og vurderingsmateriale, der anvendtes ved opfølgningerne.

Fastholdelse og motivation afspejledes i

patienternes ønske om genbesøg op til 12 måneder efter inklusion. De patienter, der accepterede og modtog hjemmebesøg, beskrev, at de ikke havde været til kontrol på sygehuset.

Positiv effekt

Konklusionen på denne del af projektet synes at være, at kostinstruktion og relativt få hjemmebesøg ved klinisk diætist har en positiv effekt på patienternes ernæringsstatus, og at en stor del af de inkluderede patienter viste høj motivation for ernæringsterapi og selv at gøre noget og tage ansvar for egen helbredelse. For de patienter, der ikke ønsker hjemmebesøg, bør der fortsat tilbydes opfølgning i ambulatorium ved klinisk diætist.

Hjemmepleje og primærsektor

Projektet blev ved starten introduceret til hjemmeplejen og primærsektor som et samarbejdsområde. Det blev klart, at der i den lokale aftale med hjemmeplejen kræves visitation med henblik på en ordination af kontrol af vægt, og at der dermed krævedes en særlig inddragelse af hjemmeplejen i ernæringsbehandling og tildeling af ressourcer.

Hjemmeplejen modtog tilbud om undervisning i "Kost til småtspisende ældre". Der gennemførtes et undervisningsforløb på 45-60 minutter for ca. 2/3 af kommunens stab, fordelt på 10-12 gange, idet hjemmeplejen ikke havde ressourcer til at kunne afsætte mere end 45-60 minutter pr. undervisningsseance.

Ved en spørgeskemaundersøgelse foretaget både før og efter undervisningstilbudet kunne det konkluderes, at der var en god viden om "Kost til småtspisende

ældre” men i særlig grad usikkerhed om vurdering af ernæringsrisiko, især hvis den ældre også havde fx diabetes eller hjertekarsygdom.

De praktiserende læger fandt ikke umiddelbart mulighed for deltagelse i patientforløb vedrørende ernæringsbehandling. Her fik man også indtryk af, at ernæringsvurdering og behandling ansås som en nyttilkommet opgave med behov for tilde-ling af ressourcer.

Ved en spørgeskemaundersøgelse fik vi indtryk af interesse hos de praktiserende læger for ernæringsterapi og et ønske om mere undervisning og information på området. Men ellers syntes holdningen overvejende at være, at ernæringsbehandling enten skulle foregå hos en diætist eller på sygehuset.

Journalaudit

Til belysning af den mulige opgavestørrelse i en medicinsk afdeling foretog vi en journalaudit i projektperioden vedrørende antallet af patienter, der kunne have behov for ernæringsterapi under og efter udskrivelsen.

Vi fandt, at 22 % af de udskrevne patienter opfyldte kriterierne for fortsat ernæringsterapi.

Opgavens størrelse må siges at være betragtelig, når funktionen er fuldt udbygget.

Stor compliance

Konklusionen på den udgående kliniske diætistfunktion er, at det er en effektiv og god måde at samarbejde med de ernæringstruede ældre omkring deres egen indsats i egen helbredelse. Funktionen kan anbefales som et integreret tilbud til de underernærede ældre – og evt. andre patientgrupper - som af den ene eller anden grund ikke kan eller vil møde op til ambulant kontrol eller kostvejledning på sygehuset.

Der er en bevågenhed i primærsektor for



ernæringsterapi, men denne form for terapi opfattes som en opgave, der kræver særlig visitation og ressourcefordeling. Yderligere er der både hos hospitalsansatte, primærsektor og hjemmeplejen fortsat behov for information om og undervisning i at opfange ernæringsproblemer hos de syge og de ældre i eget hjem, og efterfølgende mulighed for at henvise direkte til klinisk diætist eller hospitalsafdeling.

Kommentarer

I sommeren 2007 forlød det, at Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommune er i dialog om de indgåede sundhedsaftaler, herunder også et samarbejde om en klinisk diætist til underernærede ældre.

Ved en søgning på Grønt System, Frederiksberg Hospital, i januar 2007 findes, at 13 ud af de 17 deltagere, stadig er i live ét år efter endt projekt.

For min del har det været et af de sjoveste

og mest hjertelige jobs jeg har haft – og så fik jeg god motion samtidig, da jeg bevægede mig rundt i hele kommunen på cykel. Det var helt fantastisk at besøge de ældre i deres omgivelser. Jeg planlagde som regel god tid til mine besøg og havde derfor god tid til at lade de ældre fortælle deres livshistorie – det var ældre fra alle sociale lag, og derfor var de kulturhistoriske beretninger om København, familie og arbejdsoplevelser mangeartede. Jeg udviste stor respekt og ydmyghed, når jeg trådte ind i deres hjem, og de gav igen med samarbejde, interesse og stor glæde over mit besøg.

De ældre både kan og vil deltage i egen helbredelse - hvis vi bare hjælper dem lidt på vej og giver os tid til dem ■

vivi_bh@yahoo.com

Se også www.sst.dk under Nyheder og søg på Bedre mad til syge: Rapport - Erfaringer fra 14 projekter, projekt nr.11.

Nu må vi i gang med de gamle!

Og hvorfor så det? For det første er der meget god evidens for, at gamle i dårlig ernæringstilstand har gavn af en ernæringsindsats. For det andet er der nok at tage fat på "derude" hos de gamle. For det tredje er der penge til det og for det fjerde... Området savner ikke begrundelser.



Anne Marie Beck

I to nye publikationer baseret på det samme datamateriale konkluderes det, at en ernæringsindsats har positiv effekt på ernæringstilstanden og kan reducere dødeligheden signifikant (Relativ Risiko (RR) 0,74, CI 0,59-0,92). Det gælder, hvis der kigges på samtlige de randomiserede kontrollerede studier, der er publiceret – dvs. studier der omfatter hhv. indlagte gamle, gamle i hjemmepleje og på plejehjem samt gamle, der klarer sig uden hjælp (1,2). Hvis analyserne reduceres til alene at omfatte gamle på plejehjem, er der stadig en positiv effekt på ernæringstilstanden, mens reduktionen i dødelighed kun er grænsesignifikant (OR 0,65, CI 0,41-1,02) (2).

To andre litteraturgennemgange vedr. gamles gavn af en ernæringsindsats er mindre restriktive med hensyn til, hvilke studier de medtager. Det betyder, at litteraturgennemgangene også omfatter studier, der ikke er randomiserede men har en

kontrolgruppe samt studier uden kontrolgruppe. Konklusionerne er derfor mere positive: ESPEN anbefaler, at gamle der er i dårlig ernæringstilstand eller i risiko for at komme det, tilbydes en ernæringsindsats med det formål at genoprette ernæringstilstanden og forbedre overlevelsen (3). ESPEN giver deres anbefaling en grad A – dvs. at den er baseret på det højeste/bedste evidensniveau (4). Og Stratton og medarbejdere finder, at en ernæringsindsats har en positiv effekt på ernæringstilstand og funktionsevne (dvs. bl.a. medfører bedre evne til at klare almindelig daglig livsførsel og færre fald) (5).

Der er nok at tage fat på

I flere undersøgelser, hvor diætister har været involveret - og som bl.a. har været beskrevet i Diætisten - er der fundet en høj forekomst af dårlig ernæringstilstand blandt ældre i hjemmepleje og på plejehjem. I en undersøgelse fra Silkeborg kommune havde 42% af beboerne på plejehjem BMI<24. Andelen var 41% for klienter i hjemmepleje (6). I en undersøgelse fra et plejehjem i Stenløse kommune havde 64% af beboerne BMI<24 (7). I en undersøgelse fra Grenå og Rosenholm kommune blev hhv. 77% og 64% af de gamle i hjemmeplejen vurderet som ernærings-truede, ud fra en primær screening baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning (8).

Senest har en undersøgelse omfattet 11 plejehjem fra hele landet konkluderet, at 16% af beboere havde BMI<18,5, og at knap halvdelen af de gamle oplevede vægttab i løbet af en 1-års opfølgningsperiode (9). Alle undersøgelserne angiver, hvor høj en andel (dvs. %) af de gamle, der er i dårlig ernæringstilstand. På et tidspunkt omregnede Ældre Sagen disse andele til konkrete tal og nåede frem til, at det drejede sig om i størrelsesordenen 120.000 gamle (10).

"God nærende mad til ældre"

Man har fra politisk side fået øje på problemstillingen – som således ikke helt er druknet i de mange tykke danskere. Senest har det betydet, at satspuljepartierne har sat i alt 50,7 millioner kroner af til tre områder, der vedrører de gamle. Det ene omhandler "god nærende mad til ældre borgere" (11).

Endnu en begrundelse for at komme i gang med de gamle er, at publikationer fra hhv. Sundhedsstyrelsen og Socialministeriet har sat på tryk, at vi skal på banen:

I Sundhedsstyrelsens rapport, der har samlet erfaringerne fra de projekter, der blev støttet af Bedre mad til syge-puljen - herunder projekter der omhandlede samarbejde mellem primærsektor og sygehus - konstateres det bl.a., at "der hos praktiserende læger og i hjemmeplejen er behov for mere information om og undervisning i at opfange ernæringsproblemer hos de syge og for bedre henvisningsmuligheder til klinisk diætist eller sygehusafdeling" (12).

Og i en kommende publikation fra Socialministeriet, baseret på en analyse af

den kommunale madservice (13), gives der bl.a. et eksempel på, hvordan man kan anvende ernæringsfagligt personale. Eksemplet omhandler ansættelsen af en klinisk diætist i Aalborg Kommune!

Behovet for klinisk diætist

Men vil de - dvs. de andre faggrupper - så have, at vi går i gang med de gamle?

Umiddelbart nej. I en spørgeskemaundersøgelse udsendt til samtlige landets plejecentre med henblik på udfyldelse af forstanderen eller ledelsen på de enkelte afdelinger, er det - ikke uventet - kun 6% der svarer, at de har tilknyttet klinisk diætist (14). Blandt de, der svarer, at de ikke har, er det kun 20% der siger, at de kunne have behov for en klinisk diætist (15). Når man ser på de øvrige besvarelser i undersøgelsen, er der dog meget, der tyder på, at de godt kunne have brug for hjælp til ernæringen af de gamle.

Eksempelvis angiver stort set alle, at de regelmæssigt vurderer de gamles ernæringstilstand. Umiddelbart meget flot - desværre benytter knap en tredjedel sig udelukkende af en subjektiv vurdering af ernæringstilstanden - fx at tøjet sidder løst. Fire ud af fem angiver at have en ansvarsfordeling i relation til de gamles ernæring. I langt de fleste tilfælde er ansvaret dog fordelt på flere end to personer, hvilket kan gøre det vanskeligt at arbejde med i praksis (14). Meget positivt er det, at tre-fjerdedel angiver at være undervist i mad, måltider og ernæring til gamle. Og blandt de, der ikke er blevet undervist, vil de fleste gerne (14). Desværre har en anden undersøgelse vist, at det kniber med viden hos plejepersonalet, når det gælder de gamles ernæring, og at personalets holdninger ofte er uhensigtsmæssige i forhold til de officielle anbefalinger for gamles mad og måltider (16). Og - så slår den undersøgelse det fast en gang for alle - sygeplejerskerne har ikke (!) bedre viden om de gamles ernæring end personalet med kor-



te basisuddannelser (16). Alle har således brug for hjælp i den forbindelse - vi må simpelthen "derud".

Ernæringsfaglig vs. kostfaglig ekspertise

Og når først vi så er i gang med de gamle - så bliver alle - inklusiv personalet - jo heldigvis glade for, at vi er der. Det viser den rapport, der blev udarbejdet i forbindelse med evalueringen af de projekter, der blev støttet af Bedre mad til ældre-puljen (15). Direkte klippet fra rapporten under overskriften "Ernæringsfaglig vs. kostfaglig ekspertise" står der eksempelvis:

"Nogle steder blev det forsøgt at tilgodese behovet for ernæringsfaglig ekspertise ved at ansætte kostfaglig ekspertise (dvs. en økonoma). Nogle af disse steder var der dog ifølge de interviewede opstået problemer, da de andre økonomaer i køk-

kenet havde svært ved at acceptere, at den udvalgte økonoma ikke skulle varetage de samme opgaver i køkkenet som de andre. Det var årsag til misundelse og dermed mangel på samarbejde og respekt.

Et af de steder, hvor de havde ansat en klinisk diætist, fremhævede man, at lige præcis dette problem var undgået, idet det øvrige køkkenpersonale kendte arbejdsområderne for den kliniske diætist. Der var aldrig nogen, der spurgte hende om hjælp til andre opgaver end dem, det var meningen, hun skulle udføre. Hvis det havde været en økonoma, der havde været ansat i stillingen, så havde resten af køkkenpersonalet måske forventet, at hun ville kunne træde til i pressede situationer i køkkenet. Det var slet ikke på tale i diætistens tilfælde. Det medførte et meget givtigt samarbejde mellem køkken og klinisk diætist, og det lykkedes dem i høj

grad at få taget hånd om de småtspisende ældre" (15).

Der er således al mulig grund til at komme i gang med de gamle, således at de nye stillinger "derude" i Hjørring Kommune følges op af mange mange flere ■

ambe@food.dtu.dk

Referencer

- Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No: CD003288.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub2.
- Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-Analysis: protein and energy supplementation in older people. Ann Intern Med 2006;144:37-48.
- Volkert D, Berner YN, Berry E et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. Clin Nutr 2006;25:330-60.
- Schütz T, Herbst B, Koller M. Methodology for the development of the ESPEN Guidelines on enteral nutrition. Clin Nutr 2006;25:203-9.
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing, UK 2003.
- Færgeman K. Screeningsundersøgelse af ældre og undersøgelse af tilfredsheden med madudbringning i Silkeborg Kommune. Silkeborg Kommune 2003.
- Henriksen VB, Andersen KF, Jørgensen L. Kostprojekt Damgårdsparken maj 2002 – februar 2003. Stenløse Kommune 2003.
- Færgeman K & Svendsen B. Samarbejde med primærsektor, fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse og ernæringscreening af borgere før henvisning til sygehus. Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus 2005.
- Beck AM. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne – ved fokus på ældres ernæringsstilstand og risikofaktorer. Fødevarainstituttet 2007 (findes på www.dfvf.dk).
- Ældre Sagen. Ældre og sundhed. Tema: Kommunale madordninger. Ældre Sagen 2003;1
- Socialministeriet. Socialpolitisk redegørelse og handlingsplan. Socialministeriet 2007 (findes på www.social.dk).
- Sundhedsstyrelsen. Bedre mad til syge – fællesrapport. Sundhedsstyrelsen 2007 (findes på www.sst.dk).
- Rambøll Management. Socialministeriet. Analyse af madservice. Socialministeriet 2006 (findes på www.social.dk).
- Bjerregaard M, Drud SL. Hvorfor er det så svært at sikre de ældre på landets plejecentre tilstrækkeligt at spise og drikke? Professionsbachelorprojekt. Suhrs Seminarium 2006.
- Beck AM, Bygholm L, Madsen H, Kofod J. Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre". Dfvf Publikation 2006;18 (findes på www.dfvf.dk)
- Pedersen P, Munch C. Hvad er plejepersonalets viden, holdning og handling i forhold til ernæringsstilstanden blandt ældre plejehjemsboere – en spørgeskemaundersøgelse i Århus Amt. Århus Universitet 2004.



Sæt farve på hverdagen med Finax glutenfrie produkter...

Finax er et svensk familieføretagende, med rødder i Helsingborg.

Vi har produceret Glutenfrie produkter siden 1983. I dag sælger vi glutenfri muffinsmix, morgenmads musli, samt flere forskellige slags mel mix: almindelig, lavprotein, grov og Italiensk. For at gøre vore produkter ekstra sikre og praktiske, anvender vi en genlukningspakning, som er enkel at håndtere. De mest brugte varianter forhandles hos Føtex, BILKA, Kvickly, Superbrugsen og SuperBest. Øvrige varianter kan købes hos: www.allergikost.dk

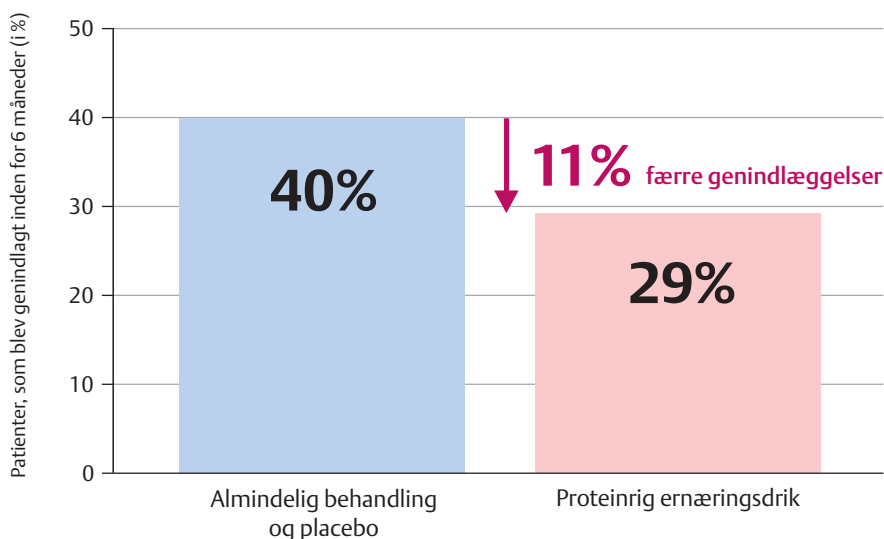
Finax AB, ☎ +46 42-29 86 05, www.finax.se • info@finax.se

finax
Sundt og godt

Fortimel Extra

– proteinrig ernæringsdrik med højt energiindhold

► Genindlæggelser på hospital kan reduceres signifikant ved brug af proteinrige ernæringsdrikke ⁽¹⁾



Stor engelsk, uafhængig, randomiseret, dobbelt-blinded, kontrolleret forsøg med 445 ældre patienter (> 65 år). Patienter med flere sammenlignelige helbredsmæssige tilstande fik enten proteinrige ernæringsdrik eller placebo.

(1) Gariballa S et al. Am J Med 2006; 119: 693-699



Protein 20 g
Energi 1260 kj

Fortimel Extra – Sikrer patienternes behov for øget protein og energi under sygdom



Kontakt din lokale konsulent hos Nutricia på **telefon 70 21 07 07**, hvis du er interesseret i at få vareprøver.

NUTRICIA

...because we care

Nutricia A/S
Rørmoselvej 2 A · 3450 Allerød
Telefon 70 21 07 07

Ordretelefon 70 21 07 09
Ordrefax 48 10 09 00
Ordre e-mail ordre@nutricia.dk

nutricia@nutricia.dk
www.nutricia.dk

Småtspisende i primærsektoren

Kan man forebygge og forbedre ældres ernæringstilstand, og gør det en særlig forskel, at der er ansat en klinisk diætist i primærsektoren?

I skrivende stund er der nøjagtig gået 2 år, siden jeg blev ansat i Aalborg Kommune med det formål at forebygge og forbedre ældres ernæringstilstand i Aalborg kommune. Meget er sket på de 2 år. Der er bestemt stadig plads til forbedringer. Men ja, det gør en stor forskel.

Min ansættelse er ikke beregnet til en kortlægning af problemerne, men udelukkende rettet mod at arbejde med ernæringsproblematikken. Mit arbejde er primært rettet mod borgere i eget hjem. Plejehjemmene kan trække på mig, der hvor de har behov, men de har allerede meget fokus på kosten, og de får rigtig god hjælp fra køkkenerne.

Der er utrolig meget fokus på behandling og diagnosticering; vi har massevis af regler, standarder og regimer for medicin, sårskifte, øjendrypning, blodsukkermåling o.s.v. Ernæring er derimod et totalt uopdyrket land, når vi snakker om hjemmeboende ældre.

Alle, Nogen, Enhver og Ingen

Der var et vigtigt arbejde som skulle gøres, og Alle var sikker på, at Nogen ville gøre det. Enhver kunne have gjort det, men Ingen gjorde det. Nogen blev sur, fordi det var Alles job. Alle mente, at Enhver kunne gøre det, men Ingen opdagede, at Alle havde besluttet sig til ikke at gøre det. Det endte med, at Alle skældte ud på Nogen, da Ingen gjorde, hvad Enhver kunne have gjort!

Ikke at jeg dermed vil sige, at plejepersonalet har besluttet sig for, at ernæring ikke er vigtig, men HVAD, HVORDAN og HVORNÅR skal der gøres noget, og HVEM skal gøre det?

Alle ved godt, at ernæring er vigtig, men problemet er, at personalet ikke har nogen steder at henvende sig med tvivl og spørgsmål. På dette område er der ingen regler, standarder og regimer. For hvem skulle lave dem?

Derfor er ernæring alles ansvar, men alligevel befinder det sig i Ingenmandsland. Når der ingen fagpersoner er til at udarbejde regler, standarder og regimer, må hver især arbejde ud fra egne overbevisninger, og det giver ganske meget forvirring.

Idealet om at være tynd forstyrrer

For mig at se er et af de helt store problemer, når vi snakker småtspisende og vægttab, at hele vores samfund er gennemsyret af idealet om at være tynd, så tynde gamle mennesker falder ikke igennem i plejepersonalets øjne. Og heller ikke i deres egne øjne.

Det er min erfaring, at rigtig mange ældre sagtens selv kan tage ansvar for ernæringen, men det er også min erfaring, at det slet ikke er noget, de er opmærksomme på. Mange er fuldt bevidste om, at de taber sig, men de er overbeviste om, at det ikke er noget, de kan gøre noget ved,

da det vel følger med alderen. I øvrigt har de ikke nogen steder, de kan gå hen og få hjælp. Ganske vist bliver der udskrevet rigtig mange recepter på proteindrikke, men det løser langt fra problemerne. Uden samtidig professionel vejledning har proteindrik efter min mening ingen effekt.

Diætister har en opgave

Vi har som faggruppe et stort ansvar i problematikken med småtspisende i primærsektoren. Det er jo os, der har den nødvendige viden. Vi må noget mere på barrikaderne. Vi må gøre opmærksom på problemerne og komme med løsningsforslag. Lad os udnytte, at der nu bliver uddannet så mange nye diætister. Vi skal ud og arbejde tæt på borgeren. Vi skal ud og bevidstgøre. I primærsektoren er der meget primær profylakse, der er meget behandling, og der er rigtig meget vejledning og undervisning til andre faggrupper.

Efterhånden som kendskabet til min profession breder sig i kommunen og efterhånden som troen på, at tilbuddet om diættishjælp er et vedvarende tilbud, kan jeg se, hvordan bevidstheden om behovet breder sig som ringe i vandet. Rigtig mange faggrupper gør i dag brug af min profession. Rigtig mange faggrupper er blevet meget bevidste om ernæringens vigtighed og vigtigheden i at søge professionel hjælp. Vi har startet en positiv spiral, hvor der kommer mere og mere fokus på ernæringsproblematikken. Jo mere viden jeg giver fra mig, jo mere vokser behovet.

Tilbageblik

Mine 2 første år i primærsektoren har været utroligt interessante og lærerige.

Herude er der virkelig mange spændende opgaver. Min første store opgave var indføring af Kost til småtspisende og ensretning af kommunens kosttilbud til borgerne. Det har udmyntet sig i en kosthåndbog, således at benævnelse og indhold i kosten er ens, uanset hvem der leverer maden, og hvor i kommunen man bor. Den blev lavet i samarbejde med kommunens 4 storkøkkener.

Jeg har lavet utrolig meget undervisning til plejepersonale. Undervisningen har været rettet mod at give dem en forståelse for konsekvenserne af vægttab og vigtigheden af, at der bliver iværksat en indsats på så tidligt et tidspunkt som muligt. Jeg har slået på tromme for, at alle ældre skulle vejes, og at det mindste vægttab skulle udløse kontakt til mig, således at der kunne blive lavet en ernæringsplan. Det kan godt ske, at mange bliver underernærede, medens de ligger på sygehuset, men mange er formentlig underernærede, inden de kommer ind. Det er da heldigvis i eget hjem, de fleste opholder sig mest, så det er også der, indsatsen skal gøres.

Rigtig mange ved i dag, at jeg er ansat, og at de kan kontakte mig. Flere og flere bliver opmærksomme på, at der skal gøres en indsats, allerede når et vægttab truer. Desværre bliver jeg stadig ofte først kontaktet, når det er gået rigtig galt. Når jeg kommer så sent ind i billedet, er skaden næsten uoprettelig. Den tabte vægt, den tabte appetit og de tabte kræfter (muskelmasse) er stort set umulige at genvinde. Jo før jeg får mulighed for at give en vejledning, jo lettere er det for den ældre at bevare vægten/stige i vægt igen.

Der er fortsat rigtig mange opgaver, der kan tages fat på, så vi kunne sagtens være nogle flere diætister i kommunen. Herude kunne vi virkelig gøre en forskel ■

lsl-ae@aalborg.dk

Ny redaktør

Efter 5½ år som redaktør for vores blad har Jonna Winther valgt at forlade posten.

Jonna har altid samvittighedsfuldt arbejdet for at vores blad har præsenteret sig godt og haft et højt fagligt indhold. Det er derfor med vemod vi siger held og lykke fremover til Jonna – men heldigvis har Jonna hjulpet med at finde sin afløser:

Vi siger velkommen (tilbage) til diætist Anne W. Ravn, som tidligere har været redaktør på bladet. Vi glæder os til det nye samarbejde med Anne, og allerede dette nummer har Anne redigeret for os. Vi håber alle vil tage godt imod Anne, som kan kontaktes på redaktoer@diaetist.dk.

På bestyrelsens vegne
Ginny Rhodes
Formand

Farvel og tak

I 5½ år har diætisternes faglige liv og levned været en del af min hverdag. Siden januar 2002 har jeg bestridt posten som redaktør for fagbladet. De år har givet mig stor indsigt i jeres mange arbejdsopgaver og jeres store kompetence på ernæringsområdet.

Efter at have været med til udgivelsen af 33 blade har jeg haft kontakt til mange af jer ude i marken, og der er kommet rigtig mange spændende og relevante artikler til bladet. Jeg vil gerne sige tak for samarbejdet. Samtidig vil jeg opfordre jer til at fortsætte med at levere indlæg til bladet – jeres kollegaer vil gerne vide, hvad I laver og hvordan.....

I redaktørarbejdet er samarbejdet med redaktionsgruppen af stor betydning. Redaktionsgruppen har været guld værd for mig, og jeg takker alle for det gode og produktive samarbejdet.

Min tid som redaktør har været under fire forskellige formænd: Gerda Rerup, Lisa Bolting, Cecilia Arendahl og Ginny Rhodes. Også en stor tak for samarbejdet til jer.

I forsommeren blev jeg tilbudt at hjælpe Århus Kommune i gang med at lave sundhedsfremmende aktiviteter på private og offentlige arbejdspladser beliggende i kommunen. Et job som jeg ikke kunne sige nej til – derfor valgte jeg at overlade redaktørposten til Anne W. Ravn, som var redaktør før mig... så jeg ved, at bladet er i gode hænder.

Mange hilsner
Ex-redaktør
Jonna Winther

Ernæringscreening af ældre i plejeboliger med HVEM-skemaet kan spare penge

I vores bachelorprojekt har vi undersøgt ernæringstilstanden hos ældre i plejeboliger ved hjælp af ernæringscreening med skemaet Hurtig Vurdering af Ernærings-Mangler (HVEM). Ernæringscreening med fx HVEM ved forebyggende hjemmebesøg ville tidligt kunne identificere borgere i dårlig ernæringstilstand og sikre en forebyggende indsats i tide.



Nina Hildur Nielsen

Der er gennemført en række undersøgelser af ernæringstilstanden hos ældre forskellige steder i Danmark. I disse undersøgelser har der deltaget mere end 4000 ældre. Resultaterne af ernæringstilstand hos de ældre ser nogenlunde ens ud i undersøgelse. Vurderet ud fra Body Mass Index (BMI) har ca. 20 % et BMI under 18,5, hvilket svarer til, at de er underernærede, og 60 % har et BMI under 24, hvilket svarer til, at de er undervægtige. Herudover får de fleste for lidt vitaminer og mineraler, og 38 % har for nylig haft et større vægttab (1). Antallet af ældre er stigende og vil stige i løbet af de næste 40 år (2).

Underernæring er som nævnt ovenfor et stort problem blandt ældre i Danmark, og problemet må formodes at vokse i de kommende år, når der bliver flere ældre.



Susanne Bakmann Pedersen

Dette problem ser vi, at vi som diætister med fordel kan være med til at løse.

Deltagerne

På Lokalcenter Viby-Rosenvang i Århus Kommune har beboere fra to afdelinger fået tilbud om at deltage i ernæringscreening. På de to afdelinger bor til sammen 49 borgere. Inden ernæringscreeningen startede modtog de ældre et informationsbrev, hvor de eller eventuelt pårørende skulle give samtykke til, om de ønskede at deltage i ernæringscreeningen. Ud af 49 borgere valgte 31 at deltage, svarende til 63 %. Deltagerne var i gennemsnit 84,8 år gamle, fordelt fra 69 til 97 år.

Ernæringscreeningsmetode

HVEM-skemaet er udarbejdet og udfyldt efter "Retningslinier for identifikation og behandling af mangelfuld ernærede

ældre - HVEM-skemaet og vejledning til anvendelse" (3). Skemaet består af 18 spørgsmål inden for fire emneområder – fysiske mål, almen vurdering, kostvurdering og subjektiv vurdering. Ved udfyldelse af skemaet gives point i forhold til det givne svar. 30 er maksimum point. Ud fra pointsystemet opnås en score, som giver en identifikation af den ældres ernæringstilstand. De ældre kan således inddeles i 3 grupper:

- < 17 points:
"Dårlig ernæringstilstand"
- 17-23,5 points:
"Risiko for dårlig ernæringstilstand"
- ≥ 24 points:
"God ernæringstilstand"

Ved en HVEM-score under 17 point er ernæringstilstanden så dårlig, at der er behov for intervention. Ved en HVEM-score mellem 17 og 23,5 point kan intervention være relevant med henblik på at forebygge dårlig ernæringstilstand og helbredsproblemer. Ved interventionen bør der være yderligere udredning og behandling af psykisk eller somatisk sygdom, psyko-sociale, praktiske eller andre problemer i hverdagen samt mangler i kosten (energi og/eller vitaminer og mineraler). En god ernæringstilstand med en HVEM-score over 24 point giver ikke umiddelbart anledning til intervention. Screeningen bør gentages efter 2 år, dog tidligere efter sygehusophold eller observeret vægttab (3). Ældre i plejeboliger kan sandsynligvis med fordel screenes oftere, da der kan ske meget mht. den ældres ernæringstilstand over en periode på to år. Under alle omstændigheder bør vægtudviklingen følges nøje.

Inden ernæringscreeningen observerede vi arbejdsgangen på afdelingerne og i køkkenerne. Herefter underviste vi pleje- og køkkenpersonale i ernæringscreening. Efter undervisningen blev der iværksat ernæringscreening på de to afdelinger. Udfyldelse af skemaet skete i samarbejde med plejepersonalet. Alle deltagende borgere blev målt og vejlet i forbindelse med ernæringscreeningen. Ernæringscreeningen er udført over to uger.

Resultater

Deltagerne i god ernæringstilstand havde ikke problemer med selv at spise, mobiliteten eller neuropsykologiske problemer, og de havde alle et BMI > 23.

God ernæringstilstand: ≥ 24 points	26 % (8 ud af 31)
Risiko for dårlig ernæringstilstand: 17-23,5 points	45 % (14 ud af 31)
Dårlig ernæringstilstand: < 17 points	29 % (9 ud af 31)

Tabel 1: Beboernes ernæringstilstand på to udvalgte afdelinger på Lokalcenter Viby-Rosenvang

Der var to deltagere, der havde problemer med at spise selv. 2/3 af dem, der ikke selv kunne rejse sig, var i dårlig ernæringstilstand. 5 ud af 6 af dem, der ikke selv kunne rejse sig, havde et BMI < 23. Endvidere led 55,5 % af dem, der var i dårlig ernæringstilstand, af alvorlig demens eller depression. Procentdelen af deltagere, uden neuropsykologiske prob-

lemer samt deltagere med mild demens, blev lavere jo dårligere ernæringstilstanden var, mens den blev højere hos dem med alvorlig demens eller depression.

Nem og god metode

HVEM-skemaet som metode har fungeret hensigtsmæssigt til brug i plejeboligerne. Ved brug af HVEM-skemaet fremkommer der et af tre mulige resultater, disse er konkrete resultater, som der kan handles ud fra. Det er forholdsvis nemt at holde øje med, hvad de ældre indtager af mad, deres vægt osv., når de bor i plejeboliger. Dertil kommer, at HVEM-skemaet er relativt nemt at gå til, og det tager ikke lang tid at udfylde. Sidstnævnte er et meget

stort plus, da det er et travlt plejepersonale, der formentlig vil komme til at stå for udførelsen.

HVEM-skemaet tager højde for mange parametre i aldringsprocessen, som kan medføre dårlig ernæringstilstand. Disse parametre har gjort, at vi kunne gå ind og se på mobilitet, evnen til at spise selv og

neuropsykologiske problemer i forhold til BMI og ernæringstilstanden. Vi har herigennem set nogle tendenser, som kunne være spændende at undersøge nærmere. Hermed menes at bruge den samme metode, men på en meget større stikprøve. Det vil således være muligt at lave statistiske beregninger og finde ud af, om der er signifikans i resultaterne, hvilket ikke har været muligt i dette tilfælde pga. stikprøvens størrelse.

Generelt ser det ud til, at de borgere, som i denne undersøgelse har vist sig at være i god ernæringstilstand, er mobile, de har ikke alvorlig demens eller depression, og de kan spise selv uden problemer. Hvad angår grupperne i risiko for dårlig ernæringstilstand og i decideret dårlig ernæringstilstand er resultaterne lidt mere blandede, og det kan være sværere at sige noget entydigt om disse. Alvorlig demens og depression ser ud til at kunne have en negativ indvirkning på ernæringstilstanden, det samme gælder dårlig mobilitet. Der kan ikke drages konklusioner omkring evnen til selv at spise, da der kun var to, der skulle have hjælp til at spise.

Redskab ved forebyggende hjemmebesøg

Forebyggende hjemmebesøg tilbydes alle

Fig. 1: BMI set i forhold til ernæringstilstand

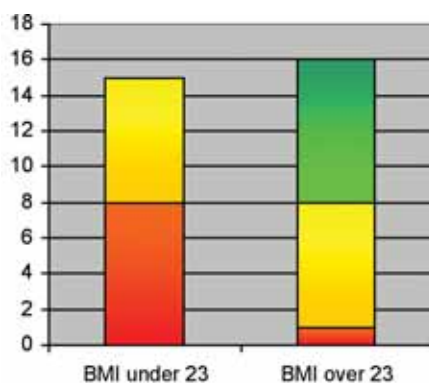


Fig. 2: Ernæringsstatus blandt kvinder og mænd i procent

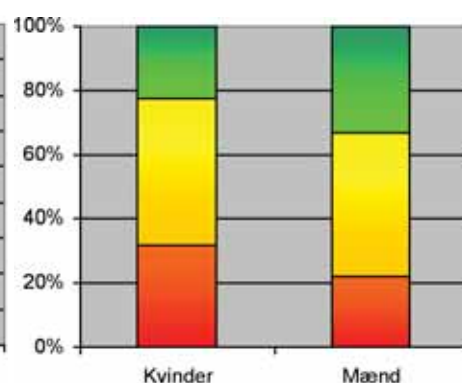
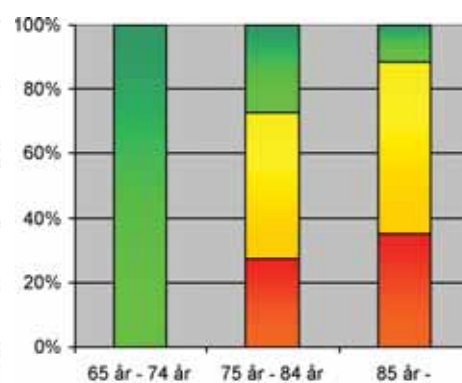


Fig. 3: Ernæringstilstand i forhold til alder



■ God ernæringstilstand ■ Risiko for dårlig ernæringstilstand ■ Dårlig ernæringstilstand

ældre over 75 år (4). Hvis der gennemførtes ernæringsscreening med fx HVEM ved forebyggende hjemmebesøg, ville der tidligt kunne opdages borgere i risiko for dårlig ernæringstilstand eller i dårlig ernæringstilstand. Det kan derved være

muligt at sætte ind med en forebyggende indsats. Ved behov for intervention kunne diætisten komme ud på hjemmebesøg og vejlede den ældre borger, samt iværksætte diætbehandling i de tilfælde, hvor det er nødvendigt. En anden mulighed er, at de ældre, som kommer på lokalcentrene til aktiviteter, kunne få vejledning fx i en sundhedsklinik. Ved at være opsøgende og finde de ældre borgere tidligt i et måske længere vægttabsforløb vil det forhåbentlig kunne være med til at forhindre eller minimere et vægttab.

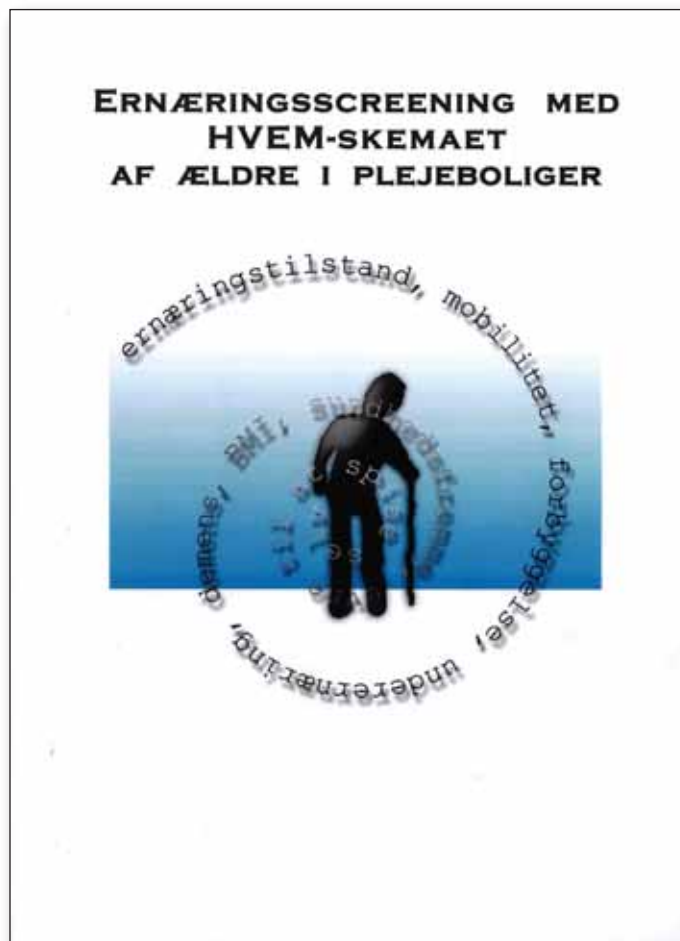
Endvidere vil det måske kunne bedre livskvaliteten, nedsætte antibiotikaforbrug, bedre sårheling, afkorte indlæggelsestid m.v. (5). Dette vil betyde en udgift i form af diætistens løn, men hvis der samlet ses på de penge, som kunne spares i plejetimer samt hospitalsindlæggelser, ville det formentlig være en besparelse set samfundsmæssigt økonomisk.

Diætisten ville kunne spare penge

På baggrund af en undersøgelse af Færgeman & Svendsen (6) er det udregnet, at store vægttab (30 kg på et år), som har medført, at borgeren er blevet meget plejekrævende, muligvis kunne have været forebygget ved ansættelse af en klinisk diætist. Hvis diætistens løn bliver

regnet med, ville kommunen kunne spare ca. 40.000 kr. pr. år pr. borger på pleje, hvis et stort vægttab var blevet bremset (7). Ikke alene kan en indsats på ernæringsområdet til ældre være en fordel økonomisk. Det skulle også meget gerne

ter i forhold til ernæringstilstand skulle gerne medføre en større bevidsthed både hos den ældre og det sundhedsfaglige personale omkring betydningen af optimal ernæring til ældre.



føre til bedre livskvalitet for de ældre borgere. Det kunne forhåbentlig hjælpe nogle af de ældre til bedre at klare hverdagens gøremål selv, og dermed nedsætte de ældres behov for pleje.

Da der allerede foretages forebyggende hjemmebesøg, er det en oplagt mulighed til ernæringsscreening af hjemmeboende borgere med henblik på forebyggelse af dårlig ernæringstilstand. Der kan således opstå en opmærksomhed på sundhedsfremme og forebyggelse på ernæringsområdet. Opmærksomhed på kostens aspek-

Af regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet"

fremgår, at en af de fælles udfordringer er at bedre ernæringstilstand blandt syge og svækkede ældre, og dette kan bl.a. gøres via forebyggende hjemmebesøg (8).

Der er således fra Regeringens side lagt op til en ernæringsmæssig indsats på ældreområdet. Denne indsats skal i praksis løftes af kommunerne, som formidler kontakten, blandt andet via forebyggende hjemmebesøg, ud til den enkelte borger. Det er således i sidste ende op til den enkelte kommune, hvilken ernæringsmæssig service der tilbydes de ældre borgere ■

ninahildurnielsen@gmail.com
susen_dk@hotmail.com

Referencer

1. Beck AM, Pedersen AN, Schroll M (2005). Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer der bør gøres noget ved. Ugeskrift for læger 167/3. s. 272-4
2. Danmarks Statistik (2006). Nyt fra Danmarks Statistik – Befolkningsfremskrivning 2006-2050. Nr. 238 – 29. maj. Danmarks Statistik
3. Schroll M, Nielsen SK, Beck AM et al. (1999). Retningslinier for identifikation og behandling af mangelfuld ernærede ældre – HVEM-skemaet og vejledning til anvendelse. Mejeriforeningen og Fødevarerdirektoratet
4. Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Lov nr. 1117 af 20. december 1995. stk. 1

5. Sundhedsstyrelsen (2003). Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Version 1,0. Sundhedsstyrelsen
6. Færgeman K & Svendsen B (2005). Ernæringsindsats – samarbejde mellem primærsektor og sygehus. Randers Centralsygehus/ Grenaa Sygehus.
7. Færgeman K (2005). Resultat fra ernæringsprojekt på Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus i samarbejde med Mariager, Grenaa og Rosenholm kommune. Diætisten nr.78 s.13-17
8. Regeringen (2002). Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet
9. Valles B, Garry PJ, Guigoz Y (1999). Mini Nutritional Assessment (MNA) Research and Practice in the Elderly – Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Programme Volmue 1. Basel: Nestlé Nutrition Services/Karger

Anvendelse af HVEM-skemaet i plejeboliger

- HVEM-skemaet giver resultater til vurdering af ernæringstilstand
- Resultaterne synliggør behov for intervention
- HVEM-skemaet kan være et redskab for plejepersonalet til forebyggelse af dårlig ernæringstilstand hos de ældre
- Det vides ikke, hvor ofte HVEM-skemaet anvendes i plejeboliger

Fakta om HVEM-skemaet

- HVEM-skemaet hedder originalt MNA-skemaet (Mini-Nutritional-Assessment)
- Originalversionen er udarbejdet af Valles et al i 1994 (9)
- Oversat til dansk af Anne Marie Beck og Mejerforeningen (1999)
- HVEM-skemaet er udarbejdet til ernæringscreening af ældre over 65 år til brug for praktiserende læger
- "Retningslinier for identifikation og behandling af mangelfuld ernæret ældre – HVEM-skemaet og vejledning til anvendelse" (3) findes på: <http://www.foedevarestyrelsen.dk/FDir/Publications/2000017/Hvemskemaet10072001.pdf>

Lokalcenter Viby-Rosenvang

HURTIG VURDERING AF RISIKO FOR ERNÆRINGS-MANGLER (HVEM)

DATO: _____ NAVN: _____ ALDER: _____

HØJDE: _____ VÆGT: _____ BMI: _____ KØN: _____

I. FYSISKE MÅL

1. BMI (KG/M²) (AFLÆSES PÅ SKEMA)
0 = BMI < 19
1 = 19 ≤ BMI < 21
2 = 21 ≤ BMI < 23
3 = BMI ≥ 23

2. OMKREDS OVERARM (CM)
0,0 = omkreds overarm < 21
0,5 = 21 ≤ omkreds overarm ≤ 22
1,0 = omkreds overarm > 22

3. OMKREDS LÆG (CM)
0 = omkreds læg < 31
1 = omkreds læg ≥ 31

4. VÆGTTAB DE SIDSTE 3 MÅNEDER
0 = vægttab > 3 kg
1 = ved ikke
2 = vægttab mellem 1 og 3 kg
3 = intet vægttab

II. ALMEN VURDERING

5. BOR BORGEREN I EGET HJEM, DVS. IKKE PLEJEBOLIGER
0 = Nej 1 = Ja 0

6. INDTAGER BORGEREN MERE END 3 RECEPTPLUGTIGE MEDIKAMENTER DAGLIGT?
0 = Ja 1 = Nej _____

7. HAR BORGEREN INDEN FOR DE SENESTE 3 MÅNEDER LIDT AF PSYKISK STRESS ELLER AKUT FYSISK SYGDOM?
0 = Ja 1 = Nej _____

8. MOBILITET
0 = kan ikke rejse sig fra stol eller seng uden personhjælp
1 = kan rejse sig fra stol eller seng, men går ikke uden
2 = færdes udenlæs

9. NEUROPSYKOLOGISKE PROBLEMER
0 = alvorlig demens eller depression
1 = mild demens
2 = ingen psykologiske problemer

10. LIGGESÅR ELLER HUDSÅR
0 = Ja 1 = Nej _____

III. KOSTVURDERING

11. HVOR MANGE EGTNLIGE MÅLTIDER INDTAGER BORGEREN DAGLIGT?
0 = 1 måltid
1 = 2 måltider
2 = 3 måltider

12. INDTAGER BORGEREN
- MINDST ET MÆLKEPRODUKT (MÆLK, ØST, YOGHURT) DAGLIGT?
Ja Nej (Sæt kryds)

Bilags 7

Gruppebaseret patientuddannelse vinder frem

Det kræver helt anderledes pædagogiske kompetencer at undervise en gruppe, hvor deltagerne møder op med forskellige diagnoser, forskellige grader af motivation og vidt forskellige personlige erfaringer og ikke mindst skolebaggrund end de kompetencer, der kræves for at vejlede patienterne individuelt. Det sidste er det, de fleste af os oprindeligt er uddannede til. Diætister vil uden tvivl blive mere og mere involveret i undervisningen af grupper i fremtiden.



Kia Valum Rasmussen

Metoder og modeller

Da jeg fik til opgave at udarbejde et undervisningsforløb for en bredt sammensat gruppe af patienter på Sundheds- og patientskolen i Grenaa, måtte jeg derfor ud og opsøge nye teorier og metoder for at kunne imødekomme kravene til min rolle som diætist i forhold til patienterne i en sådan gruppe.

Mit valg faldt på undervisningsprogrammet "Lær at leve med en kronisk sygdom", som oprindeligt er udarbejdet af Stanford University Education Research Center. Pædagogikken bygger på den antagelse, at patienter som gruppe har mange fællestræk uanset diagnose, og formålet med programmet er at styrke patienternes tillid til egne evner, fx i forhold til at kunne sætte realistiske mål og rent faktisk nå dem (1).

På tværs af diagnoser

Sundheds- og patientskolen på Regionshospitalet Grenaa er et udviklingsprojekt for patientskoler i Region Midtjylland, hvor der netop tilbydes undervisning i grupper på tværs af diagnoser på såkaldte "kosthold"; læs mere i Diætisten nr. 79,

februar 2006. Modellens opbygning gør den særligt velegnet som model for indsatser i tyndt befolkede område, som fx på Djursland, bl.a. fordi den sikrer hurtig og regelmæssig opstart af nye kurser. Når patienterne er henvist til skolen, kan vi give dem en nøjagtig dato for holdstart. Det gør det langt lettere for patienterne at holde fast i den personlige motivation i forhold til at skulle i gang med at ændre livsstil.

Tragtmodellen

For at sikre at kostholdet er det optimale tilbud for den enkelte, henviste patient, og for at holdene kan tilbydes løbende med ca. 6 ugers mellemrum, har vi udarbejdet en model for det faglige indhold i undervisningen på holdene: Tragtmodellen. Den illustrerer, at der de første fire gange er fælles undervisning på tværs af sygdomsgrupper (primært overvægts-, hjerte-, lunge-, og diabetespatienter) med udgangspunkt i de generelle kostråd. Herefter bliver "tragten" smallere: De to sidste mødegange er specielt tilrettet den enkelte patientgruppe. Her er hovedvægten lagt på fedtstoffer til hjerte- og diabetespatienter og på kulhydrater til diabetespatienter.

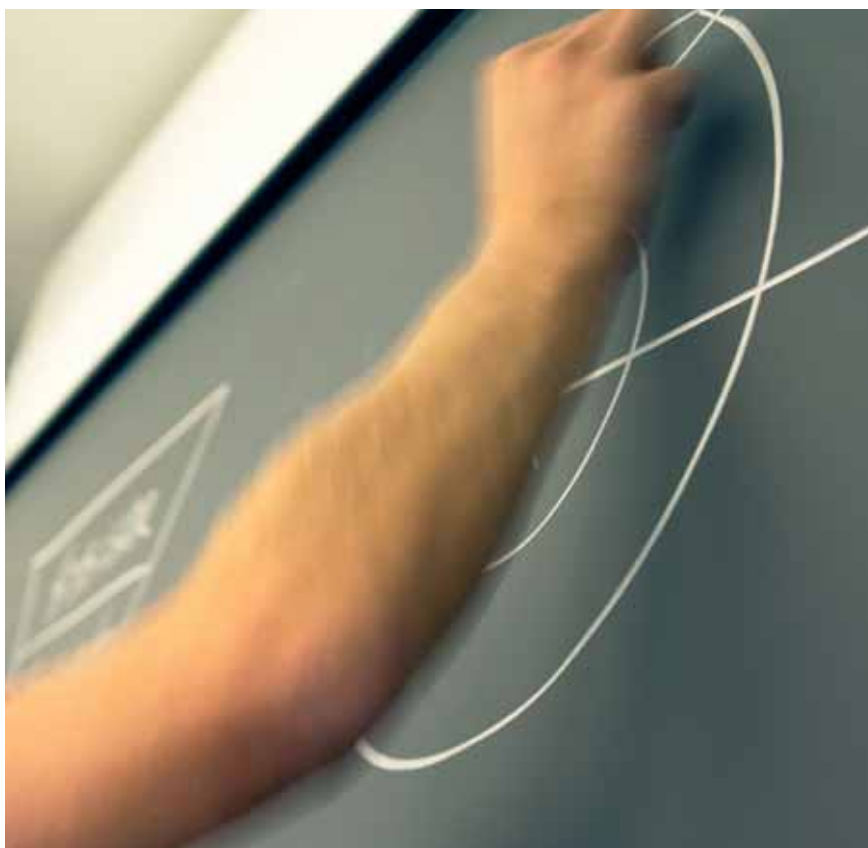
Deltagerinvolvering

Nøglebegrebet i den pædagogiske profil i projektet er "deltagerinvolvering" (2).

Første mødegang er vigtig i forhold til at få skabt en god gruppedynamik, og for at jeg som "tovholder" får overblik over deltagernes erfaringer og den enkeltes forventninger til udbyttet af deltagelsen på kostholdet. Som velkomst har jeg lavet navneskilt og lagt et æble med flag i til hver enkelt. Og så beder jeg hver deltager om at fortælle en sjov eller pudsigt ting om sig selv i præsentationsrunden.

For at give deltagerne "ejerskabsfølelse" over kostholdet og for at sikre, at de emner/problemstillinger, der tages op, virkelig også er relevante for dem, beder jeg dem endvidere ved første mødegang om at overveje følgende: "Når I tænker på jer selv, jeres sygdom og begrebet mad, hvad er det så, I synes, at I har brug for at vide noget mere om"? Deltagernes ønsker placeres så i programmet for de følgende fem uger, hvor det er relevant i forhold til den overordnede plan. De ønsker, som ikke naturligt passer ind i programmet, tager vi op med det samme, og det, der ikke bliver tid til første gang, tages op senere eller i den individuelle opfølgning.

Min erfaring er, at det, deltagerne ønsker at vide mere om, ofte er emner, der ligger tæt op af det, som jeg selv ville have valgt at tage fat på. Langt de fleste er desuden meget lydhøre overfor andres meninger og ønsker, når de oplever, at de selv er blevet hørt og deres ønsker efterkommet. Metoden med som udgangspunkt at involvere deltagerne direkte har den positive konsekvens, at isen hurtigt brydes, den får deltagerne til at engagere sig i langt



større omfang end den traditionelle lærerstyrede undervisning lægger op til, og ikke mindst er det muligt at bryde med evt. tidligere negative indlæringsoplevelser fra andre skolesammenhænge. Samtidig sender den et signal om, at det interessante i denne sammenhæng ikke er underviseren, men den enkelte deltager og det vedkommende kan bidrage med i gruppen.

Deltagerinvolveringen betyder, at man som underviser må være fleksibel og indstillet på at ændre i planerne. Fx havde jeg planlagt at gå i supermarkedet med et

kosthold for at øve læsning af varedeklarerationer, men det var de slet ikke interesserede i på det tidspunkt. De ønskede i stedet at mødes i gruppen som sædvanligt for at udveksle erfaringer om og synspunkter på de problemstillinger, de var stødt på siden sidst. Inden for gruppen kan der stadig tages hensyn til individuelle ønsker, fx i forhold til ugentlig vægtkontrol og den senere opfølgning.

Diætisten som facilitator

Som underviser af en gruppe er diætistens rolle ændret fra den traditionelle foredragsholders til facilitatorens, den,

der skaber rammerne og holder gruppen på sporet. Man skal være ordstyrer og lade deltagerne give hinanden de gode råd, hjælpe dem til at udvikle færdigheder og bearbejde deres (problematiske) forhold til mad. Hvis en gruppe fungerer godt, og der er tillid mellem medlemmerne, har et godt råd ofte større gennemslagskraft, når det kommer fra ét medlem til et andet, end hvis det var kommet fra ekspert til medlem, men som diætist bryder jeg selvfølgelig ind, hvis de gode råd ikke følger de nationale anbefalinger (3).

Handlingsplan og problemløsning

I programmet "Lær at leve med en kronisk sygdom" fra Stanford indgår to vigtige selvhjælpsværktøjer, som jeg bruger i undervisningen: Handlingsplaner og problemløsning.

Handlingsplanen hjælper deltagerne til at få gjort det, de allerede ved, at de burde gøre. Hver enkelt deltager vælger en specifik, hensigtsmæssig vane – en helt konkret adfærd – som de vil tillægge sig så at sige og beskriver omfanget af den. Det kan fx være at spise fiskepålæg til frokost fem gange om ugen. Deltagerne skal så vurdere deres egen formodede evne til at kunne føre planen ud i livet på en skala fra 1 til 10. Derefter arbejder de bevidst med at få indarbejdet denne nye vane i en uge. Det giver deltagerne et udmærket billede af, hvor meget og hvor lidt der skal til for at ændre vaner, og hvor gode de er til egenomsorg.

Når man forsøger at overvinde vanskeligheder ved hjælp af en handlingsplan, er den første handlingsplan ikke altid den mest hensigtsmæssige i det lange løb. Der vil ofte opstå problemer med at føre den ud i livet, og den må derfor ofte justeres. Det første og vigtigste trin i denne problemløsningsproces er identifikation af problemet. På kostholdet er én af mine opgaver at hjælpe deltagerne med at identificere problemet og gøre det så konkret som overhovedet muligt.

Når problemet er klarlagt, er det næste trin en liste over mulige løsningsforslag. Det sker helt konkret ved, at det enkelte problem skrives på tavlen, og så byder gruppens medlemmer ind med løsningsforslag. De skrives på tavlen, usorterede og i den rækkefølge de kommer. Og her er min rolle tilbagetrukket, deltagerne er eksperterne og taler så at sige til tavlen - jeg skal kun sørge for at få skrevet forslagene op.

Herefter vælger den deltager, der har oplevet problemet, en løsningsmulighed ud, afprøver den og skal dernæst vurdere, om det er en løsning, som deltageren har lyst til at afprøve.

Evaluering

Sundheds- og patientskolen på Regionshospitalet i Grenaa har eksisteret siden 2005. Der skal i løbet af forsommeren foretages en samlet evaluering og vurdering af resultaterne og patienternes holdning til den måde at blive undervist på. Foreløbig kan vi dog se på de tilbagemeldinger, vi har fået, at de overvejende

er positive. Patienterne giver udtryk for, at de føler sig taget alvorligt, og at den større indflydelse på undervisningen netop har haft den ønskede effekt i forhold til den enkeltes engagement.

De positive erfaringer, jeg selv har fået med denne tilgang til kostundervisning af grupper, vil blive brugt fremover i den løbende evaluering af kostmodulet og i forbindelse med den videre udvikling af Sundheds- og patientskolen ■

kvr@rc.aaa.dk

Referencer

1. Lorig, Kate: (1996) 2. ed. Patient education A practice approach. Sage Publications.
2. Illeris, Knud: (2003) Voksenuddannelse og voksenlæring. RoskildeUniversitetsforlag, Learning Lab Denmark
3. Saugstad, T og Mach-Zagal, R: (2006) 2. udgave. Sundhedspædagogik for praktikere. Munksgaard Danmark

Yderligere inspiration

Mabeck, Carl Erik (2005). Den motiverende samtale. Munksgaard Danmark

Sundhedsstyrelsen (2006). Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et ide-katalog.

Sundhedsstyrelsen (2005). Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.

Diætbehandling af kirurgiske mave-tarmpatienter

Forestil dig at blive ringet op af Diætistens redaktør med det formål, at du skal skrive en artikel om småtspisende mave-tarm patienter. Samtidig skal du forestille dig, at det kun er 2 år siden, du er uddannet som klinisk diætist og arbejdet med kirurgiske mave-tarmpatienter har siden da kun udgjort 4-6 timer pr. uge. Ja, rigtigt gættet!



Ruth Holm Jessen

Når man som uerfaren bider på

Redaktøren havde allerede været i kontakt med de "garvede" diætister. Alle havde givet enslydende besked: "Vi har alt for travlt, vi kan ikke påtage os opgaven at skrive en artikel om dette emne til vores udmærkede fagblad "Diætisten". Og hvad gør så en uerfaren diætist? Hun siger selvfølgelig ja og regner med, at der bliver tid til at skrive en god artikel inden deadline... I må selv bedømme, hvad det er blevet til. Men jeg kan love jer, at der ikke er blevet bedre tid her tæt på deadline. Og til de diætister, der har arbejdet med mave-tarmpatienter i flere år: Hvis noget i denne artikel strider mod jeres praksis, så giv mig endelig besked!

En sen henvisning

Mit daglige arbejde på Organkirurgisk afdeling på Fredericia og Kolding Sygehus består af både undervisning af pleje-

personale og læger samt diætbehandling af indlagte og ambulante patienter.

Afdelingen er god til at gennemføre screening og får generelt iværksat en behandlingsplan, hvori ernæring indgår. Jeg modtager stort set kun henvisninger på særligt udfordrende patienter, hvor ernæringen ikke går som planlagt eller, hvor screeningen viser, at der er tale om en yderst kompliceret patient i forhold til ernæring. Som mine kolleger sikkert har erfaret, sker det ofte, at henvisningen først foreligger, når patienten allerede har haft et betydeligt vægttab. Dette bevirker, at opernæring af disse patientgrupper besværliggøres yderligere.

Patientgrupper

De patientgrupper, jeg oftest deltager i behandlingen af, er:

- Pancreatitpatienter (akut og kronisk)
- Stomipatienter (kortvarig eller kronisk)
- Cancerpatienter (opereret i ventriklen, esophagus, lever, tarm og/eller pancreas)

Sjældnere ser jeg patienter med Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn og obstipation.

Afdelingspersonalet er til dels oplært i at tilbyde patienterne hhv. Sygehuskost og Kost til småtspisende. Til ovennævnte grupper skal der ydes mere specifik og

måltrettet ernæring for at diætbehandle patienten korrekt (1). Jeg vil i det følgende komme ind på nogle af de ting, jeg som klinisk diætist er opmærksom på, og hvilken diætbehandling de forskellige patientgrupper kræver. Mit fokus vil være pancreatitpatienter – øvrige grupper vil blive kort berørt.

Pancreatitis

Patienten vil lide udtalt af nedsat appetit, især ved akut pancreatitis. Den største udfordring er ofte at få den syge til at spise noget overhovedet. Jeg har i den forbindelse stor glæde af at inddrage patienten mest muligt i diætbehandlingen. Evt. sammen med patienten lave en "favoritliste" som lægges ved patientens bord samt gives til plejepersonale og pårørende. Alle må samarbejde for at opernære patienten. Det vil som regel være nødvendigt med mange opfølgende samtaler både med patient og plejepersonale.

Eksokrin eller endokrin?

Diætisten skal være særlig opmærksom på, om det er eksokrin eller endokrin del af pancreas, der er ramt af sygdommen. Hvis *endokrin* del af pancreas er ramt, kan dette betyde glukoseintolerans eller diabetes mellitus for patienten, hvilket er relevant for 60-70 % af patienterne med kronisk pancreatitis (1). Først ved betydelig reduktion af eksokrin pancreasfunktion (til <10 %) ses der normalt maldigestion af fedt, kulhydrater og proteiner (1).

Fedtmalabsorption

En undersøgelse af fedtindhold i fæces vil kunne bestemme graden af fedtmalabsorption. Afhængigt af undersøgelsens udfald kan der substitueres med pancreaszymer, hvilket vil forbedre fedt-

sorptionen (1). Patienten kan herved slippe for de ubehagelige symptomer i form af steatorré samt måske undgå fedtrestriktion i kosten. Ved enzymsubstitution lettes diætistens opgave desuden betydeligt, fordi dette i praksis betyder, at patienten lettere kan indtage en mere energirig diæt. Ved initial samtale har patienten måske ikke symptomer på fedtmalabsorption, men vær på vagt: Måske skyldes dette, at patienten spiser ganske lidt eller meget magert. Hvis patienten i et forsøg på at bedre ernæringsstatus øger indtaget af fedt, kan fedtmalabsorption opstå. Vær derfor opmærksom på – også ved opfølgende samtaler – at spørge ind til patientens afføringsmønster samt konsistens af afføring.

Akut eller kronisk?

Der er forskel i behandlingen af akut eller kronisk pancreatitis (2).

Diætbehandlingen kan derfor også variere. Hvis patienten overlever akut pancreatitis, vil patienten efter al sandsynlighed blive fuldstændig rask. Den specifikke diætbehandling er derfor kun midlertidig.

Diætbehandling af kronisk pancreatitis er derimod livslang. En overvejende del af de patienter, jeg har behandlet, er undervægtige. Patienten vil sandsynligvis have perioder med varierende compliance. I "gode perioder" kan patienten måske godt overholde diætbehandlingen. I perioder med mange og voldsomme smerter vil dette være yderst vanskeligt for patienten.

Pancreasinsufficiens

Total alkoholabstinens hvis lidelsen skyldes alkohol (1).

Diætbehandlingen er:

- pancreasenzymsubstitution ved hvert måltid
- energirig, men fedtbegrænset diæt (50 g – 70 g fedt/ døgn)
- tilskud af MCT-fedt i svære tilfælde

- ved mangeltilstande substitution med fedtopløselige vitaminer og B₁₂- vitamin
- eventuelt tilskud af kalcium, zink og magnesium

Endokrin behandling

(ved diabetes mellitus):

- perorale antidiabetika/insulin.

Daglig praksis

Ikke alle med pancreatitis lider af 100% pancreasinsufficiens. Det er vigtigt at klarlægge patientens symptomer under kostanamnesen samt at følge udviklingen i blodprøver og øvrige undersøgelser. Langt fra alle har behov for substitution med pankreasenzym. Nogle har gavn af det ved hovedmåltiderne, men ikke mellemmåltiderne. Nogle (mange) behøver ingen fedtrestriktion i diæten. Min erfaring er dog, at de fleste har behov for individuel vejledning til at øge energiindtaget og fortsætte hermed.

Energi- og proteinbehov

Energi- og proteinbehov er forøget i forhold til raske. Hvor meget det er forøget, er der uenighed om. Desuden afhænger behovet af patientens øvrige tilstand, og om det er kronisk eller akut pancreatitis (2). Vurder den enkelte patient og tag hensyn til graden af underernæring. Det er vigtigt, at ernæringsstatus jævnligt måles og vurderes for at sikre, at patienten er i energibalanc og for de flestes vedkommende i positiv energibalanc. Dette bevirker, at en patient ofte kommer i ambulant diætbehandling efter udskrivelse.

Korttarmspatienter (med og uden stomi)

Ved disse patienter er det vigtigt at klarlægge, hvilken del af tarmen og hvor meget af den, der er fjernet. Ofte kan det være en fordel at supplere journallæsning med en konference med kirurgen – for at undgå misforståelser.

Generelt er følgerne ved resektion af tyndtarmen mindst, hvis mere end 100 cm er bevaret, mindst 20 cm af nedre tyndtarm er til stede, og hele eller dele af tyktarmen er bevaret (1). I disse tilfælde kan det "blot" være nødvendigt med almindelig ernæringsterapi i den periode, hvor appetitten af den ene eller den anden årsag er nedsat.

Men sådan ser patientbilledet ikke altid ud. Helt afhængig af hvilken del af tarmen, der er reseceret vil der være forskellige problemstillinger. Jeg rådfører mig altid med Klinisk Ernæring samt undervisningsmateriale fra Mette Borre, afd. V, Århus Universitetshospital, inden jeg påbegynder diætbehandling af disse patienter.

Indsamling af data

- Hvilken del af tarmen og hvor meget af den er velfungerende? (fistler, divertikler)
- vægt, højde, BMI, vægtudvikling
- almentilstand
- behandlingsplan (medicin/vitaminer/mineraler)
- er der anlagt stomi? I bekræftende fald; hvor, hvornår, hvor længe?
- afføringens hyppighed, volumen og konsistens
- appetit
- patientens præferencer
- indtag af mad og drikke (kostregistrering)
- hvad er allerede gjort for at bedre patientens ernæringsstatus?

Valg af diætbehandling

Nogle patienter har, helt afhængigt af svarene på ovennævnte, brug for substitution af vitaminer og mineraler. Nogle har brug for små hyppige måltider, flere energi- og proteinrige drikkevarer, laktosefattig diæt, substitution af vand og salt, fedtbegrænset diæt, tilskud af MCT-fedt, supplerende enteral- eller parenteral ernæring, kostfiberfattig diæt.

Individuel diætbehandling

Klinisk Ernæring indeholder udmærkede afsnit og tabeller over anbefalinger til denne forskelligartede patientgruppe (1). Ovenstående kan dog give et indblik i, hvor mange faktorer, der er i spil ved hver eneste patient. Det er en tidskrævende proces at diætbehandle korttarmspatienter og ikke mindst forberede diætbehandlingen. Ikke desto mindre er det ofte særdeles tilfredsstillende, eftersom behandlingen er så specifik og derfor hurtigt giver resultat.

Ventrikelopererede

Her er det vigtigt at klarlægge, om der er tale om total eller delvis gastrektomi. Er operationen udført for nylig, eller er det længe siden? Hvis det er længe siden, kan der være brugt operationsmetoder, der ikke længere bruges i dag. Information herom kan være svært tilgængelig. Spørg en erfaren kirurg, hvis du er i tvivl. Hvis du ved, hvad der er fjernet eller ændret på, kan du i de fleste tilfælde regne ud, hvilke udfordringer dette vil give ernæringsmæssigt. Igen er det vigtigt at søge oplysninger både i journal, hos kirurg, plejepersonale og hos patienten.

Dataindsamling

- Appetit
- opkastning/kvalme
- dumping (sen eller tidlig)
- malabsorption
- væggtab
- anæmi (som følge af malabsorption af jern og/eller B₁₂- vitaminmangel som følge af nedsat produktion af intrinsic factor)
- D- vitaminmangel
- diarré.

Igen afhænger valg af diætbehandling helt af patientens symptomer (1).

Patienter med dysfagi

Patienter, der er opereret i en del af *esophagus*

kan lide af dysfagi. Dette kan være til stor gene for patienten og en ekstra udfordring for at få dækket energi- og proteinbehov. Det er desværre min erfaring, at det er meget varierende, hvorvidt læger og plejepersonale er opmærksom på dette problem. Desuden er det meget forskelligt fra sygehus til sygehus, hvilke typer mad med modificeret konsistens, der lokalt kan tilbydes patienten.

Erfaringer med dysfagi

Jeg har i visse situationer erfaret, at patienter måtte have supplerende enteral ernæring, fordi køkkenet ikke kunne tilbyde varieret mad med den korrekte konsistens til patienten. Hvis udvalget er meget småt, kan vi som behandlere ikke forvente, at patienten flere dage i træk kan spise samme slags mad. Forestil dig at skulle leve af fromager og æggestand?!

Øvrige patientkategorier

Der kan nævnes mange flere patientgrupper indenfor kategorien mave-tarmpatienter. Jeg har valgt at beskrive daglig praksis blandt få af de patientgrupper, jeg oftest møder. Mere specifik vejledning må hentes ved de diætister, der har mange års erfaring indenfor dette område. Mht. medicinske mave-tarmpatienter har jeg valgt helt at udelade disse her, eftersom jeg kun har ringe erfaring hermed. Jeg håber, at mine kolleger på området en dag vil finde tid til at skrive omkring disse patienter.

Konklusion omkring småtspisende mave-tarmpatienter

En så krævende og heterogen patientgruppe kræver god tid til forberedelse af den individuelle diætbehandling. Hvis ikke dette prioriteres højt, vil jeg tillade mig at vove den påstand, at risikoen for fejlbehandling er høj – i visse situationer kunne dette have fatale følger for patienten. Jeg har flere gange erfaret at være med i behandlingen af en patient, hvor

den korrekte diætbehandling sammen med al anden øvrig relevant behandling har reddet patienters liv, forbedret deres livskvalitet, forbedret deres ernæringsstatus osv. At arbejde med mave-tarmkirurgiske patienter er ganske vist udfordrende – men samtidig særdeles givende og udviklende - både fagligt og menneskeligt set ■

Ruth.jessen@hotmail.com

Referencer

1. Hessov, Ib. Klinisk Ernæring. København 2004, 4. udgave, 2. oplag
2. Meier R, Ockenga J m.fl. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas. Clinical Nutrition 2006 Apr;25(2):275-84. Epub 2006 May 6.

Ruth Holm Jensen

- 34 år
- Autoriseret klinisk diætist
- Økonoma
- Siden 2005 ansat på Fredericia og Kolding Sygehuse

Arbejdsområder:

- Voksenpsykiatri, organ- og karkirurgiske ptt. samt ptt. med livsstilssygdomme.
- På barsel indtil medio 2008

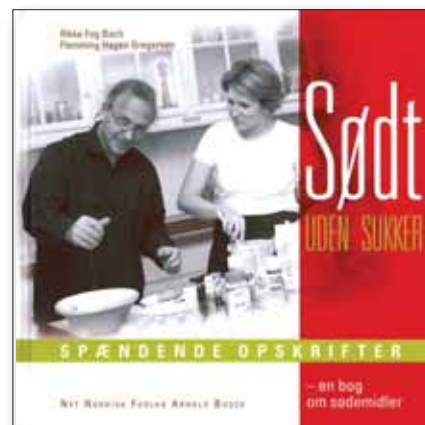
Bøger til anmeldelse

Sødt uden sukker – en bog om sødemidler af Rikke Fog Bach og Flemming Hagen Gregersen. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, København 2007

Bogen henvender sig, i følge forordet, til alle – både fagpersoner og forbrugere – der ønsker at sætte fokus på at mindske kostens indhold af energi fra sukker, men bibeholde den søde smag. Bogen handler om, hvordan sukker i kosten kan erstattes af ikke-energigivende kunstige sødemidler. Bogens første fire afsnit indeholder en teoretisk "populær" gennemgang af energi og kulhydrater, sukker og sødemidler. Der fokuseres på menneskets "behov" for den søde smag, og der gives teoretiske forklaringer på, hvorfor sukker feder og er skadeligt – og meget lidt naturligt: "Man skal huske, at sukker, der oprindeligt er en sød plantesaft, skal igennem en lang og kompliceret kemisk proces, før det ender som det sødemiddel, vi kalder melis. Man kan altså diskutere, hvor naturligt det egentlig er". Forfatterne fremfører dog, at sukker sagtens kan være en del af en sund kost, men "hvis man ønsker at slanke sig og undgå de unødvendige kilojoule, kan det være aktuelt at skære ned på sukkerforbruget og bruge de kunstige sødemidler i stedet". I afsnittene om sødemidler beskrives først

de naturlige sødemidler der indeholder energi. Dernæst beskrives de kunstige sødemidler Aspartam, Saccharin, Cyklammat, Sukralose, Acesulfam-k, Thaumatin og Neohesperidin DC. Der findes tillige en "gør-det-selv med kunstige sødemidler" – vejledning, og et sødemiddelskema bagerst i bogen.

I opskriftsafsnittet, der i øvrigt er lavet på en fin, indbydende og overskuelig måde, er der tænkt på, at alle ingredienser skal være ernæringsrigtige. Ved hver opskrift er der desuden lavet en oversigt over retens samlede energiindhold, samt protein-, fedt- og kulhydratindhold i g. Derudover viser et "forbrændingsskema" læseren, hvor meget vedkommende skal gå/løbe efter at have indtaget retten tilsat kunstige sødemidler, frem for hvis der var tilsat sukker. Opskrifterne er opdelt i afsnittene: kager og bagværk, flydende desserter, is og sorbet, frugtdesserter, andre lækkerier, varme drikke og kolde drikke. I forhold til bogens anvendelighed som fagperson, kan de mange fine og genombearbejdede opskrifter bruges som inspiration til vejledning af adipøse og/eller diabetikere, men i forhold til de teoretiske afsnit virker beskrivelsen meget sort (sukker – uanset kilde) og hvid (kunstige sødemidler). Forfatterne har et stort engagement og en stor viden om sukker og sødemidler,



men min fornemmelse som læsende fagperson er, at objektiviteten er ved at skride i forhold til at forherlige og fastslå, at det er "et must" at bruge kunstige sødemidler frem for sukker. F.eks. "er strøpulver lige til at hælde i sukkerskålen og kan anvendes nøjagtigt, som man ville anvende almindeligt sukker – til at drysse på havregryn og cornflakes". Dermed vil jeg frem til en diskussion om, hvorvidt en stor indtagelse af kunstige sødemidler tilfredsstillende den søde tand så meget, at man ikke efterfølgende indtager så mange (sukker)søde sager eller overspiser på anden måde? Denne diskussion er, efter min mening, helt nødvendig, og der er stadig brug for mange undersøgelser på dette område.

Rettelse til sødemiddelskema på www.diabetes.dk

Diabetesforeningen oplyser, at der ved opdatering af foreningens hjemmeside har indsneget sig en fejl i sødemiddelskemaet. Ud for Hermesetas Drys Let med

Fructofibres er der angivet XX, hvilket markerer, at det pga. af energigivende stoffer som fyldstof, kun kan anbefales i begrænset mængde. Det pågældende sødestof skal ikke have denne markering. Læs evt. mere på www.hermesetas.dk.

Fejlen er desværre også kommet med i den nye bog "Sødt uden sukker" af Rikke Fog Bach og Flemming Hagen Gregersen. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, som har udgivet bogen, oplyser, at dette vil blive rettet i 2. oplag.

Modtaget på redaktionen

Tre hæfter fra Sundhedsstyrelsen vedr. KOL

- KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. 2006
- Resumé af anbefalinger for KOL. Tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. 2006
- Patientvejledning om KOL. 2006

Eksemplarer af hæfterne kan rekvireres via Schultz Distribution, tlf. 70262636 eller e-mail sundhed@schultz.dk. Materialet kan endvidere downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.



Kost til lungepatienter – en patientvejledning

Kost til lungepatienter. En patientvejledning fra Danmarks Lungeforening. www.lungeforening.dk eller www.kol.dk



Fysisk inaktivitet – en rapport

Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge. En rapport fra Motions- og Ernæringsrådet. www.meraadet.dk



Hvorfor en ansættelseskontrakt?

Uden ansættelseskontrakt er du på dybt vand i den private sektor, og du gør dig selv en tjeneste ved at sende kontrakten til gennemsyn i sekretariatet, inden du skriver under.

En privatansættelse betyder som hovedregel, at startløn, lønregulering, arbejdstid, overarbejde, pension, udvidet barselsorlov, barselsorlov med løn, ekstra frihed som feriefridage, omsorgsdage, osv. ikke er fastlagt på forhånd.

I de tilfælde hvor der ikke er en overenskomst på området, aftales vilkårene for ansættelsen direkte mellem arbejdstageren og arbejdsgiveren. Derfor er det vigtigt, at parterne ved ansættelsens begyndelse er enige om de vilkår, som skal gælde for ansættelsen. Dét giver det bedste grundlag for det fremtidige samarbejde.

Når man begynder på et nyt job, er det nemt i sin entusiasme over at have fået ønskejobbet at være uopmærksom og ikke lægge den store vægt på hverken vilkår for ansættelsen eller uklare formuleringer. Det er imidlertid netop ting, som siden hen kan give anledning til kedelige tvister, som både arbejdsgiveren og den ansatte har en interesse i at undgå.

Mange bliver fx overraskede over, at man ved ansættelse på det private område ikke automatisk har ret til barsel med løn ud over reglerne i Funktionærloven - med mindre det er aftalt i kontrakten. Det samme gør sig gældende for den 6. ferieuge, som mange tror, er en lovreguleret ret. Det er det ikke.

Krav på en ansættelseskontrakt
Er du ansat mere end otte timer om ugen

og i et ansættelsesforhold, der varer længere end en måned, skal du have en ansættelseskontrakt.

Kontrakten skal som minimum indeholde følgende:

1. Arbejdsgiverens og medarbejdernes navn og adresse.
2. Arbejdsstedets beliggenhed eller i mangel af fast arbejdssted eller et sted, hvor arbejdet hovedsageligt udføres, oplysninger om, at medarbejderen er beskæftiget på forskellige steder, og om hovedsæde eller arbejdsgiverens adresse.
3. Beskrivelse af arbejdet eller angivelse af medarbejderens titel, rang, stilling eller jobkategori.
4. Ansættelsesforholdets begyndelsestidspunkt.
5. Ansættelsesforholdets forventede varighed, med mindre der er tale om tidsbestemt ansættelse.
6. Rettigheder mht. betalt ferie, herunder om der udbetales løn under ferie.
7. Opsigelsesvarsler eller reglerne herom.
8. Den gældende eller aftalte løn samt tillæg og andre løndelevninger. Desuden oplysning om lønudbetalingsterminer.
9. Den normale daglige og ugentlige arbejdstid.
10. Angivelse af hvilke kollektive overenskomster eller aftaler der måtte regulere ansættelsesforholdet. Hvis der er tale om overenskomster eller aftaler

indgået af parter uden for virksomheden, skal det endvidere oplyses, hvem disse parter er.

Oplysningspligten i forbindelse med punkterne 6-9 kan opfyldes ved henvisning til love, administrative bestemmelser, kollektive overenskomster og lignende, der gælder for de pågældende forhold.

Ud over ovennævnte skal der oplyses om alle andre væsentlige vilkår. Hvilke faktiske vilkår, der kan komme på tale, vil afhænge af det konkrete ansættelsesforhold.

Udgangspunktet er, at arbejdsgiveren skal oplyse om de vilkår i ansættelsen, som arbejdsgiveren mener, at medarbejderen ikke må være i tvivl om. Det må antages, at et kriterium for at opfylde væsentlighedskravet er, at det væsentlige ansættelsesvilkår kan beskrives skriftligt og meningsfuldt i et ansættelsesbevis.

Det vil ikke være nødvendigt, at arbejdsgiveren oplyser om almindelige retsregler, retsgrundsætninger eller retspraksis.

Kontakt sekretariatet

En god kontrakt er alfa og omega for gode ansættelsesforhold. Det er som nævnt meget vigtigt, at man fra begyndelsen får forhandlet de rette vilkår. Her kan sekretariatet være dig behjælpelig med gennemsyn af kontrakten. Du kan ligeledes få telefoniske råd og vejledning, inden du skal til jobsamtale.

Kontaktpersonen i sekretariatet er forhandlingskonsulent Liselotte Wittendorff.

lw@jordbrugsakademikerne.dk

Mindeord - Lene Bank Mathiesen

Det er så svært at finde ord. Det er så uforståeligt, og det føles så uretfærdigt at Lene ikke er her mere - Lene er død.

Vi lærer Lene at kende under studiet i Århus i 1997-98.

Som nyuddannet klinisk diætist var der ganske få stillinger at søge.

Lene startede som underviser på Randers Tekniske skole. Efter ½ år fik Lene hendes første diætiststilling - på Ålborg sygehus. Grundet ægtefælles jobskifte flyttede parret til Åbenrå. Her blev Lene ansat som vikar i primærsektoren.

Efterfølgende fik hun arbejde på Haderslev Sygehus, hvor hun var ansat indtil parret flyttede til Stockholm i 2001. Lene havde mange tvivl ved at skulle flytte, da hun tænkte på hendes jobmuligheder der. Hun tog nogle kurser på universitetet og lærte hurtigt at tale svensk. Fik en diætiststilling i en klinik, hvor hun bl.a. arbejdede med gruppebehandling af overvægtige efter Ingela Melin's metoder.

I Sverige fik Lene og Morten deres første barn Emelie. Familien flyttede tilbage til Danmark og bosatte sig i København. Lene fik et vikariat på Amager Hospital og sideløbende arbejdede hun på konsulentbasis i Kostkompagniet. Senere valgte Kostkompagniet diætistdelen fra. Muligheden for at starte selvstændigt bød sig, og så slog Lene til. I 2005 startede hun egen praksis "Diætistkompagniet" i det indre København.

I juni 2006 gik Lene på barsel.

Får tvillingerne Amalie og Mathilde i august, og i slutningen af november bliver Lene syg. I et halvt år bevarede hun optimismen og troen på livet. Hun kæmpede til det sidste - Lene blev 34 år.

Vi vil huske Lene som en glad og smilende pige. En pige, der altid udviste interesse på en indlevende måde. Hun var nærværende og lyttende. Hun var optimistisk - også når det så allermest sort ud. Hun gav så meget med hendes styrke og livsglæde.

Ingen kender dagen, før Solen går ned.

Helle Weis, Lenette Nielsen, Jørgen Lohse, Kristina Balle og Mai Fjeldstad

Informationsmøde

Sundhedsfaglig suppleringsuddannelse

Suppleringsuddannelsen er målrettet videreuddannelse, hvor du tilegner dig de nødvendige teoretiske værktøjer, der matcher dit fagområde. Uddannelsen er relevant, hvis du er professionsbachelor i sygepleje, fysioterapi, ergoterapi, medicinsk laboratorietechnologi, radiografi, jordemoderkundskab eller ernæring og sundhed, eller hvis du har en mellemlang videregående sundhedsuddannelse.

INFORMATIONSMØDE

Kom til informationsmøde torsdag den 6. september 2007 kl. 15.00 og hør studieleder Helle Ploug Hansen fortælle om den sundhedsfaglige supplerings- og kandidatuddannelse. Mødet holdes på Syddansk Universitet, J.B. Winsløvsvej 19, 5000 Odense C i lokale 19.02.

Uddannelsen starter 1. februar 2008.

Søg nu eller senest 1. oktober 2007.

Kontakt Studenterservice – åben uddannelse på tlf. 6550 1054, skriv til aaben@adm.sdu.dk eller se flere oplysninger på www.sdu.dk/efteruddannelse

 SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Tillykke til to hold nye kliniske diætister



Kliniske diætister dimitteret
fra Suhr's Seminarium juni 2007

Karin Rix, Karen Noes Pedersen og Ghita Brekke.



Kliniske diætister dimitteret fra Ankerhus
Seminarium juni 2007

Bageste række fra venstre:
Henriette Skibdal, Charlotte Edelberth, Maria Løber Jørgensen,
Ulla Bahne Rasmussen, Sara Kofoed Olsen.
Forreste række fra venstre:
Dorthe Agertoft Hansen, Vibeke Moustén Jensen, Lotte Sø-
Pedersen, Chanette Nedergård Nielsen.

ÆRESMEDLEM

Foreningen af Kliniske Diætister har udnævnt Gerda Rerup til æresmedlem som tak for det store arbejde hun i tidens løb har lagt i foreningen. Vi takker og ønsker Gerda held og lykke fremover.

Med venlig hilsen Bestyrelsen

Af Lisa Bolting, klinisk diætist

Æresmedlem Gerda Rerup – en personlighed af de få

Gerda Rerup er gået på pension. Gerda har været en stor personlighed for vores fag og for Foreningen og har om nogen gjort sit til, at vores fag er på landkortet.

Gerda blev diætist i 1992 i en forholdsvis sen alder. Gerda er ligefrem, intet bliver pakket ind, og man ved præcis, hvad hun tænker. Hun er en eminent praktiker og fagligt meget kompetent, og hun følger detaljen uden at blive hysterisk.

Hun var i årene 1992–1998 ansat på Næstved Sygehus. I 1996 skabte hun samtidig sin egen virksomhed, som hun med

stor succes har drevet både med private kunder og mange foredrag og spændende konsulentopgaver.

Gerda har som et af sine "mærker" udviklet og implementeret den Ketogene diæt på Dianalund.

De fire år, hvor hun var formand i vores forening - fra 1998–2002, satte hun med sin flid og gennemslagskraft nogle meget markante spor. Hun var om nogen en arbejdshest, som sikrede, at ting blev gjort og fulgt til dørs.

Nu hvor Gerda er gået på pension, tilbringer hun en del af året i sit hus i Frankrig sammen med sin mand.

Forhåbentlig har mange af jer nået at møde Gerda på jeres vej og suget til jer. Godt for standen at Gerda har været på banen og har præget mange af os til det, vi er i dag. Derfor glæder det mig også, at Gerda er blevet tildelt æresmedlemskab af vores forening.

Vi ønsker Gerda held og lykke med hendes "pensionisttilværelse".

Emne: KOL Erfagruppemøde

Dato: 3. september 2007
Sted: Hvidovre Hospital
Tilmelding: Klinisk diætist Grete.Starlit.Hansen@hvh.regionh.dk,
tlf. 36322520 eller ernæringschef anette.martinsen@
hvh.regionh.dk, tlf. 36322123.

Region Sjælland/Spiseforstyrrede patienter

Dato: 11. oktober 2007 kl. 9.00 – 15.00
Sted: Slagelse Sygehus, Kantinen v. vandet (Benyt hovedindgangen
v. "det nye sygehus")
Deltagere: Alle kliniske diætister der arbejder eller bor i regionen
Pris: 50 kr. til forplejning
Tema: Foredragsholder, psykolog Susanne Egelind, ansat i teamet for
spiseforstyrrelser på ungdomspsykiatrisk afd. i Holbæk. Hun
vil med udgangspunkt i de spiseforstyrrede patienter tale om,
hvorledes patientens motivation, refleksion, motivation og
ansvar for egen behandling forsøges øget. Herunder hvilke
følelser der aktiveres i samarbejdet med den gruppe patienter.
Om eftermiddagen er der oplæg til diskussion om det frem-
tidige samarbejde i Regionen, herunder udarbejdelse af nyt
kommissorium.
Tilmelding: Helle Grebe CSHENL@vestamt.dk senest d. 26. september.
Ved tilmelding af mindre end 15 personer aflyses mødet.

Emne: FOOD, DIET AND HEALTH 2007 – én-dags-konference

Dato: 26. oktober 2007
Sted: Glasgow Royal Concert Hall, Glasgow. Mere information på
www.gla.ac.uk/FDH

Emne: 9TH Nordic Nutrition Conference / www.nutrition2008.ics.dk

Sted: København
Dato: 1. – 4. juni 2008

Information vedr. møder og kurser kan findes på www.diaetist.dk

REDAKTIONSUDVALG

Formand: Ginny Rhodes
Tlf: 2078 6110
E-mail: gr@diaetist.dk

FORRETNINGSUDVALG

Formand: Lone Jeppesen Bjerregaard
Tlf: 2530 0279
E-mail: ljb@diaetist.dk

KOMMISSORIUM FOR KVALITETSSIKRING

Tovholder: Ginny Rhodes
Tlf: 2078 6110
E-mail: gr@diaetist.dk

KOMMISSORIUM FOR KOMPETENCEUDVIKLING

Tovholder: Ginny Rhodes
Tlf: 2078 6110
E-mail: gr@diaetist.dk

PRAKSISUDVALG

Formand Heidi Dreist
Tlf: 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

PR-UDVALG

Medlem: Heidi Dreist
Tlf: 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

NORDISK DIETISTFORENING/ NORDIC DIETETIC ASSOCIATION

Formand: Helle Skandorff Vestergaard
Suppleant: Ulla Finne Rasmussen

Nyhed!

Ikke alle protein- drikke er ens

Derfor gør Novartis valget lettere for dig. I udviklingen af den nye Resource Protein er der lagt vægt på nogle afgørende kriterier, som har betydning for patientens velvære og compliance.

Den nye Resource Protein

- 18,8 g protein per 200 ml flaske
- 1,25 kcal /ml – 5,3 kJ/ml
- 4 velsmagende varianter baseret på Filtrarom teknologi
- Ergonomisk flaske som er let at åbne og holde om
- Komplet (FSMP). Indeholder alle essentielle mikronæringsstoffer
- Lavt indhold af laktose (<0,1 g/100 ml)
- Naturlig fri for gluten
- Rapsolie sikrer en sund fordeling af n-6:n3 fedtsyrer med en ratio på 2:1¹⁾
- Vejledende udsalgspris for den udskrevne patient **16,75 før tilskud**

