

DIAETISTEN

Småtspisende

Alle hoved-halscancerpatienter oplever massive ernæringsmæssige problemer i forbindelse med et ofte langvarigt behandlingsforløb.

LÆS MERE PÅ SIDE 5

Overvægtige hjertesygge med forhøjet kolesteroltal har en forbedret overlevelse i forhold til under- og normalvægtige samt svært fede.

LÆS MERE PÅ SIDE 13

Op mod 35% af alle indlagte børn er malnutrierede og skal identificeres og behandles med ernæringsterapi.

LÆS MERE PÅ SIDE 28

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. 90, 1. november 2007
(udkommer december 2007)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK
AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

Ernæringsmæssige vilkår for hoved-hals-cancerpatienter	5
Mad til småtspisende nyresyge	10
Overvægtige hjertesygge lever længere	13
Livskvalitet – er det så vigtigt?	16
Væskebalance hos syge og raske	18
Stærkt nyt om mælk	23
Syge børn – identifikation og behandling	28
Boganmeldelse	32
Til eftertanke	33
Fra bestyrelsen	34
Kursuskalenderen	35

BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . Viggo Rothes Vej 23 . 2920 Charlottenlund . Mobil 20 78 61 10 . E-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: lj@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 **Suppleant:** **Camilla Onsberg Storm** . Gl. Lyngvej 29 . 3450 Allerød . Tlf. 48 17 43 17 . E-mail: cos@diaetist.dk

At blive hørt

Ginny Rhodes
Formand



Det starter fra vi bliver født og varer hele livet. Vi vil høres. Nogle har mere på sinde end andre. Nogle har svært ved selv at udtrykke sig. Fælles er, at det ikke altid er nok selv at pippe op, hvis man vil høres. Og dét, man vil have hørt, kan være mere eller mindre interessant for andre, alt efter om der er fokus på emnet eller ej.

Bladet denne gang er en fortsættelse af sidste nummers tema om småtspisende. Et eksempel på et emne, der ikke altid har nemt ved at blive hørt i disse tider med fokus på fedmeepidemi. Det er dog ikke nogen undskyldning for at glemme problemet, ligesom vi i mange andre henseender er nødt til at fortsætte arbejdet også på områder, der ikke rigtigt vækker gehør.

Og hvorfor er det så svært at brænde igennem og blive hørt – ja, der er mange gode grunde. Det minder mig om den gamle vittighed med manden, der går og leder efter en tabt femkrone i gadelysets skær. "Hvorfor leder du der?" spørger vennen. "Tabte du den ikke ovre på den anden side af vejen?" "Jo", svarer manden, "men det er her, der er bedst lys!"

Og lys kan forstås på mange måder. Lys til at se, men også lys til at blive set og hørt. Spot på dér, hvor noget sker. Det er bare ikke særligt nemt at fange lyset, at fange interessen, at blive hørt. Hverdagen er så kompleks, at det er svært at overskue alle sammenhænge, selvom (eller måske netop fordi) vi befinder os i et informationssamfund. Den øgede mængde af hurtig tilgængelig information betyder, at det bliver stadig sværere at sortere nødvendig og korrekt information fra ubrugelig og forkert information. Derfor bliver det ofte dem med de letforståelige overskrifter, der i virvaret fanger vores interesse og får lov til at sætte dagsordenen.

Og uanset om vi kan lide det eller ej, så er vi diætister også afhængige af, at der er en vis interesse for det, vi laver. Ellers får vi ikke lov til at lave det i disse tider, hvor ressourcer til sundhedsvæsenet konstant er til diskussion – i så høj grad at formand for Det Konservative Folkeparti Bendt Bendtsen har truet med at give regionerne det gule kort, hvis ikke de kan løfte opgaven med at skabe "verdens bedste sundhedssystem".

Rom blev som bekendt ikke bygget på en dag, så også FaKD tager fat der, hvor der er mulighed for det. Næste opgave bliver deltagelse i den sukkerkampagne, Fødevareminister Carina Christensen har iværksat for at sætte fokus på det høje sukkerindtag især børn og unge har.

For skal vi blive hørt, må vi enten søge at flytte lyset for at sætte spot på det, vi laver, eller forsøge selv at komme til at stå i lyset. Det kræver efter min mening mere end letforståelige overskrifter. Det kræver, at vi som faggruppe fastholder en høj grad af professionalisme i vores tilgang til faget. Og det kræver, at vi vedbliver at italesætte problemstillinger på en faglig og sober måde, også selvom det ikke umiddelbart virker, som om vi bliver hørt.

Med det nye layout på bladet ønsker vi at understrege dette, og vi håber bladet falder i jeres smag.

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

Ernæringsmæssige vilkår for hoved-halscancerpatienter

Alle hoved-halscancerpatienter oplever massive ernæringsmæssige problemer i forbindelse med et ofte langvarigt behandlingsforløb præget af store fysiske og psykiske forandringer for den enkelte. Patienterne får i varierende grad tygge- og synkeproblemer og vil altid på et tidspunkt kategoriseres som småtspisende.

Artiklen omhandler nydiagnostiserede patienter med cancer i cavum oris, pharyngis og laryngis (cancer i mund, svælg og hals), som får strålebehandling. Specifikt drejer det sig oftest om cancer i mund, gane, tunge, svælg, hvor cancer i næse, ører, øjne og bihuler er mere sjældne (1). Alle får i varierende grad tygge- og synkeproblemer og vil altid på et tidspunkt kategoriseres som småtspisende (2,3).

Livsstilsrelateret sygdom

I 2001 blev der ifølge Sundhedsstyrelsens cancerregister diagnosticeret 1.152 tilfælde af hoved-halscancer, hvoraf 740 var mænd og 412 var kvinder. Den foreløbige prognose for henholdsvis 2002 og 2003 viser en stigende tendens (1). En stor del af disse patienter blev behandlet på Rigshospitalet. Patienterne var borgere fra Københavns Amt, Storstrøms Amt, Bornholms Amt, Syd- og Vestsjællands Amt, Færøerne og Grønland.

Der er tale om en livsstilsrelateret sygdom, idet sygdommen oftest relaterer sig til et stort forbrug af tobak og alkohol.

Behandlingsformerne er operation og strålebehandling, kun strålebehandling eller strålebehandling kombineret med kemoterapi (4-6).

For en stor del af patienterne diagnosticeres sygdommen efter perioder med varierende grad af smerter, synkebesvær, sår i mundhulen etc. De har således ofte store ernæringsmæssige problemer og har ikke sjældent haft et stort vægttab inden starten af behandlingen (7-12). Bremses vægttabet ikke, kan patienterne opleve en forringet livskvalitet, og risikoen for at udvikle en depression er større (12,13).

Behandling

Behandlingsformen til patienter med hoved-halscancer (HHCP) strækker sig over en 5-6 ugers periode med 5-6 behandlinger



ugentligt. Bivirkningerne til behandlingen relaterer sig direkte til det område på mund, næse og hals, hvor strålerne gives. Den enkelte patient oplever graden af bivirkninger meget forskelligt. Forskellene er relateret til, hvor sygdommen er lokaliseret, og med hvilken intensitet og volumen strålebehandlingen er givet.

For denne patientgruppe har underernæring en negativ indflydelse på sværhedsgraden af deres behandlingskomplikationer. Det kan derfor betyde, også i forhold til deres performancestatus, at det i visse situationer kan være vanskeligt at gennemføre strålebehandling (4,15,16).

Akutte bivirkninger

De "akutte" bivirkninger optræder under strålebehandlingen og i de efterfølgende uger efter endt behandling (6). Bivirkningerne skal ses som en følge af den forbrænding, som strålerne forårsager på hud og på slimhinder i mund, hals, næse og bihuler. Bivirkningerne tiltager gradvist igennem forløbet og ses i form af mundtørhed, synkebesvær, smerter, ændret smagssans, sejt elastiskagtigt slim, muscutitis, en øget risiko for svamp i mundhulen samt udpræget træthed. Udvendigt ses hudreaktion med rødmen, afskalning af hud og evt. sår dannelse (9,10).



Kroniske bivirkninger

"Kroniske bivirkninger" er gener, som opleves måneder til år efter endt strålebehandling (5,6,16,17). Det er fx mundtørhed, smerter, dysfagi, trismus, øget risiko for caries, ødem, fibrose og osteodionekrose. Det er problemer, som har stor indflydelse på patienternes fysiske velbefindende, og som oftest vil kræve ændring i daglige rutiner omkring det at spise – problemer som i høj grad påvirker deres sociale liv. Det er heller ikke helt uvæsentligt at have in mente, at mange er nødsaget til at ernære sig temmelig ensformigt. Det kan for nogle virke kedeligt og meget lidt selskabeligt, når smagsløgene dikterer én til at have et begrænset udvalg af fødevarer.

Baggrunden for en ernæringsenhed

Man har i onkologisk klinik på Rigshospitalet igennem mange år forsøgt at have fokus på denne patientgruppes særlige problemer, dels pga. erfaringer, men også set i forhold til mange undersøgelser (se referenceliste). I 2004 lykkedes det at oprette en ernæringsenhed i onkologisk klinik som led i et ernæringsprojekt (18). Formålet var at intensivere ernæringsindsatsen for netop HHCP med de ernæringsmæssige problemer, der opstår pga. sygdom og behandling. I 2006 overgik enheden til et fast tilbud til patienterne.

Ernæringsenheden 5014

I ernæringsenheden, der består af en sygeplejerske og en diætist, arbejdes der ud fra et fastlagt ernæringsprogram, der strækker sig fra patienten møder første gang i onkologisk klinik og indtil et år efter afsluttet strålebehandling. Ernæringsenhedens fastlagte program er opstået på baggrund af omtalte projekt, hvor patienter indgår i et tilrettelagt program, så vi ser dem, hvor de typisk oplever flest gener og spiseproblemer. Vi arbejder ud fra de definerede retningslinier og anbefalinger, som bl.a. Fødevarainstitutet og Sundhedsstyrelsen har opstillet (19,20).

Arbejdet omkring denne gruppe af patienter er en tværfaglig stor opgave, som afdelingen prioriterer højt. Typiske samarbejdspartnere i nær- og fjernmiljø er sygeplejerske, læge, fysioterapeut, sengeafsnit, stråleterapi, og evt. kommune, hjemmepleje, aflastningsplads etc.

Alle HHCP vil ved første kontakt i onkologisk klinik blive ernæringscreenet af en sygeplejerske. Herfra henvises patienten til ernæringsenheden. Ernæringstruede patienter med eller uden andre ernæringsrelaterede sygdomme som fx diabetes henvises til diætist. De resterende patienter vil blive set af ernæringssygeplejerske. Samtlige patienter ses lige inden eller når strålebehandlingen starter.

Igennem behandlingsforløbet vil patienten blive fulgt af enten diætist eller sygeplejerske ca. hver 14. dag og efterfølgende 14 dage og 2 måneder efter endt strålebehandling. Ganske ofte bliver der lavet flere opfølgende samtaler, ambulant eller via telefon, alt efter en individuel vurdering. HHCP går altid til ambulant kontrol i 5 år, hvorefter de afsluttes.

Vejledning af hoved-halscancerpatienten

Enkelte og simple budskaber prioriteres højt, når vi vejleder vores patienter. Patientgruppen kommer fra alle sociale lag. De fleste er dog fra den lave socio-økonomiske klasse, ofte med få ressourcer og et lille eller intet netværk (6). Kunsten er så i fællesskab at opstille realistiske ernæringsmæssige mål og skabe en ansvarsfølelse i dem, så de føler, at de vitterlig gør en forskel. I hverdagen skal mange have et "handleredskab/værktøj", og vi har eksempelvis haft held med en oversigt over fødevarers indhold af kJ og protein, et afkrydsningsskema i forbindelse med indtag pr. os eller via sonde, således at patienten via sit redskab kan opnå en ansvarsfølelse overfor sit madindtag. MEN trods pædagogiske og motiverende samtaler oplever vi bestemt, at patienter nægter alle former for ernæringsmæssige tiltag. Kiloene rasler af dem, og efterfølgende står vi tit tilbage med en sær følelse og undren over patientens svigtende egenomsorg, og at de groft sagt "fravælger livet".

Mad er medicin

For de fleste patienter vil maden på et tidspunkt alene bestå af flydende mad suppleret med forskellige energi- og proteinrigedrikke. Det er en meget ensartet ernæring ofte med ingen eller en meget anderledes smagsoplevelse end vanligt. Det stiller store krav om disciplin, når deres ernæringsbehov skal dækkes via et begrænset fødevarerudvalg. Vi plejer at sige, at "mad er din medicin". Men det er først efter, sondeernæringen er etableret, at mange kan mærke og indse fordelene ved at blive ernæret. Mange ind-

rømmer ordret "gid jeg dog havde sagt ja til sonden noget før". De oplever faktisk, at tilstrækkelig ernæring har betydning for deres livskvalitet.

Sondeernæring

Trods vejledning, individuelle kostplaner og understøttende behandling i form af fx smerte- og kvalmestillende medicin, er det ofte en kamp for de fleste patienter at opnå en sufficient ernæring, således at de kan opretholde deres vægt. Dårlig ernæringstilstand har mange negative konsekvenser for patienterne og kan i sidste ende betyde nedsat evne til at gennemføre strålebehandling (4,14,15). Tilmed medfører det ofte en dårlig livskvalitet og kan forsinke rehabiliteringen (2,4,12). Det er derfor en del af den rutinemæssige behandling at initiere sondeernæring tidligt hos en stor del af vores patienter, når de nærmer sig grænsen for 5% vægttab (3,19, 20) eller når andre forhold taler for, at sondeernæring skal opstartes. Det er, når fx smagssansen har forandret sig så ekstremt, at al mad og drikke smager afskyeligt, og patienten herved ikke hverken kan spise og/eller drikke.

Ambulant sondeernæring

Man har fra onkologisk klinik valgt nasogastrisk sonde som førstevalg. Mange af de nasogastriske sonder lægges ambulant i ernæringsenheden, hvorefter patienten oplæres i selv at administrere sondemaden. For at sikre at patienten er tryk ved den nye måde at ernære sig på, kommer patienten dagligt henover 2-3 dage i ernæringsenheden, og opfølgning sker efter individuelt skøn.

Selve oplæringen af patienten og pårørende forløber oftest rigtigt godt. Det er oftest en lettelse for patienten "at kunne gøre en forskel selv" og tage den nødvendige mad uden at skulle gennemleve smerter, madlede etc. Men det kræver fast disciplin og skema-lagte dage for de fleste, når den anbefalede mængde af sondeernæring skal opnås, den ordinerede medicin skal indtages i korrekt rækkefølge - også i forhold til måltider. Vores fornemmelse er dog, at de fleste ikke kan indtage den mængde, de har behov for og dermed taber sig. Vi oplever ligeledes, trods det at energibehovet dækkes, at nogle taber sig alligevel. Det er frustrerende og en udfordring for os at finde baggrunden herfor og hjælpe dem, så vægten i det mindste kan stabiliseres.

Transport

Mange kommer langvejs fra og transporteres i Falckbusser. Optageområderne er store og betyder adskillige timers transport for mange. Det tærer på deres kræfter, og udmattelsen kan være så enorm, når de kommer hjem, at de ikke orker at spise/indtage ernæring. Desuden orker mange ikke at indtage mad og drikke under transporten, da de ofte har let til kvalme.

Indlæggelse

De patienter, som er så fysisk udmattede pga. manglende mad og drikke eller ikke har ressourcer til at klare en ambulant sondeernæring, indlægges enten på Rigshospitalet eller på det lokale sygehus. Nogle udskrives efter en uge, da deres almene tilstand og ressourcer kan klare selvadministration. Andre forbliver indlagt under hele behandlingsforløbet, typisk fordi andre komplikationer opstår, eller at deres almene tilstand ikke tillader udskrivelse.

Genoptræningsfasen

Efter afsluttet strålebehandling ligger der fortsat store ernæringsmæssige udfordringer for patienterne. Gradvist som bivirkningerne aftager, skal de i gang med at spise og drikke, og det er en genoptræningsproces. En stor del har fortsat ernæringssonde og følges tæt i denne periode. At genoptræne tygge- synkeprocessen samt at overvinde de gener, der fortsat kan være til stede, er ikke altid let for patienten. Det kræver tilvænning at skulle kompensere for manglende spyt, smag - og for de fleste, et tab af appetit i forbindelse med måltider. Det er en proces, som tager tid og kræver uendelig meget tålmodighed. For nogle vil det desværre blive et problem for livstid.

Diætist i 5014

Som med alt andet diætistarbejde byder hverdagen på utallige udfordringer. Forskellen fra tidligere til nu er, at jeg præsenteres for nogle arbejdsmæssige situationer og opgaver, som er markant meget anderledes fra den traditionelle diætistvejledning, som jeg har udført. - Det er fx, når patienten kaster op, harker og spytter sejt slim op flere gange under konsultationen eller møder vaklende, underernæret og dehydreret op med sin sonde, fordi deres egenomsorg svigter. Der skal bestilles sondemad og tilbehør (engangssprøjter, næseplastre, bolusadaptore og ernærings sæt) i samarbejde med patienten. Nogle gange skal der tages kontakt til

leverandører, fragtmænd, hjemmepleje, aflastningspladser eller pårørende, fordi der opstår problemer med levering af varer, eller fordi offentligt personale henvender sig for at koordinere deres antal besøg hos patienterne med vores anbefaling om mange hyppige måltider.

Tumors omfang og hermed strålefelt vanskeliggør ofte patientens måde at tale på. Trods det forsøger patienten typisk at bibeholde sin tidligere talehastighed. Det betyder, at kommunikationen mellem patient og personale ufrivilligt kan udvikle sig til situationer, hvor begge parter gentager sig selv for netop at sikre, at misforståelser undgås.

Tempoet i vores "forretning" er højt. Vi lever uden tvivl op til begrebet at "multitaske", og når arbejdsdagen er omme, er vi trætte. Men følelsen af at vide, at vi igen har gjort en forskel, gør, at vi glade møder op på arbejde næste dag til endnu en uforudsigelig og kompleks dag.

pia.brown@rh.regionh.dk

FAKTA

Anne-Lene Rye Markussen, sygeplejerskeuddannet i 1995. Har været ansat i onkologisk ambulatorium 5014 i 7 år, hvor hun medio 2004 var med til at oprette ernæringsenheden og nu fungerer som afdelingens ernæringsygeplejerske.

Pia E. Brown, klinisk diætist, blev ansat i onkologisk ambulatorium 5014 i oktober 2006 for kun at varetage hoved-hals-cancerpatienters ernæringsproblemer.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Cancerregister, hele landet, 2001. www.sst.dk
2. Hessov I. Klinisk ernæring. 3. udgave, Munksgaard 1998
3. Poulsen I, Clement H, Jacobsson S. Ernæring til patienter med hoved-halskræft. Sygeplejersken 2000;32: 20-
4. Mercke C, Wennerberg J. Hoved-hals-cancer. I: Ringborg U, Henriksson R, Friberg S, red. Kræftsygdomme – Onkologi. Fadls Forlag, 2004;323-39
5. Specth L, Kirkegaard J. Hoved-hals-cancer. Ugeskr Læger 2002; 164: 3020-3
6. Behandling af Hoved/Hals Cancer. Referenceprogram. Sammenslutning af Kræftafdelinger, maj 2006
7. Johnston CA, Keane TJ, Prudo SM. Weight Loss in patients receiving Radical Radiation Therapy for Head and Neck Cancer: a prospective Study. J Parent Ent Nutr 1982;6:399-402
8. Daly JM, Hearne B, Dunai J et al. Nutritional Rehabilitation in Patients with advanced Head and Neck Cancer receiving radiation therapy. Am J Surg 1984;148:514-20
9. Lees J. Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radio-therapy treatment at a regional oncology center. Eur J Cancer Care 1999; 8: 133-6
10. Alison M., Bellm LA, Epstein JB et al. Complications of Radiation Therapy for Head and Neck Cancers – the Patients Perspective. Cancer Nursing 2002; 25: 461-9
11. Piquet, Marie Astrid, Ozsahin M, Larpin I et al. Early nutritional intervention in oropharyngeal cancer patient undergoing radiotherapy. Support Cancer Care 2002;10: 502-4
12. Ovesen L. Anorexia in patients with cancer with special references on it's association with early changes in food intake behaviour, chemotherapeutic treatment and adjuvant enteral nutrition (review). Int J Oncology, 1994; 5 889-99
13. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo ME. Does nutrition influence quality of life in cancer patients under-going radiotherapy? Radiother Oncol 2003;67: 213-20
14. Bockhorst de van der Schuren M, Leewen PAM van, Kuik DJ et al. The impact of Nutritional Status of the Prognoses of patients with advanced Head and Neck Cancer. Cancer 1999;86: 519-27
15. Sheldon JM, Shike M. Nutritional Management of Patients with Head and Neck Cancer. In: Harrison LB, Sessions RB, Hong WK. (red.) Head and Neck Cancer. A multidisciplinary approach. Lippincott-Raven 1999: 170-1
16. Hammerlid E, Silander E, Hörnrestam L, Sullivan M. Health-related quality of life in three years after diagnosis of head and neck cancer – A longitudinal study. Head Neck 2001; 23:113-25
17. Gellrich NC et al. Follow-up in patients with oral cancer. J Oral Maxillofac Surg. 2002; 60: 380-6
18. Ankersen L. Individuel og systematisk ernæringsindsats til patienter med hoved-hals-cancer. Oprettelse af ernæringsenhed i onkologisk ambulatorium, Rigshospitalet, afsnit 5014. December 2004
19. Pedersen AN, Ovesen L (eds). Anbefalinger for den danske institutions-kost. Veterinær- og Fødevarerdirektoratet. København 1999
20. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2003

6 gode grunde til at vælge børneprodukter med MF6™

1

det brede udvalg af produkter tillader supplement af fibre afhængig af alder

2

MF6™ minder mest om blandingen af fibre i en almindelig varieret kost¹

3

MF6™ giver den optimale balance af opløselige og uopløselige fibre inklusive FOS og inulin^{1,2}

4

optimerer tarmfloraen hos børn (prebiotisk effekt)³

5

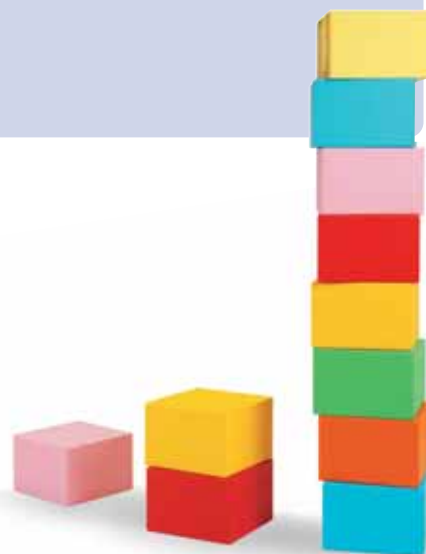
reducerer brugen af laxantia^{4,5}

6

reducerer diarre og obstipation⁶



Aldersspecifikke
børneprodukter
fra Nutricia



Kilder: (1) Green CJ. Fibre in enteral nutrition. Clinical Nutrition 2001; 20 (suppl 1). (2) The digestive Functions; Inulin and Oligofructose as Dietary Fiber. Chapter 6: 103-131. In : Roberfroid M. Inulin type fructans: functional food ingredients. CRC Press Florida 2005. (3) Guimber D et al. A specific multi-fibre mixture in paediatric enteral nutrition is well tolerated and increases bifidobacteria. Abstract 44. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition 40th Annual Meeting, Barcelona, Spain, May 9-12 2007. (4) Hofman Z et al. Tolerance and efficacy of a multi-fibre enriched tube-feed in paediatric burn patients. Abstract 217. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition 23rd Congress. Munich, Germany, September 8-12, 2001. (5) Daly A et al. Is fibre supplementation in paediatric sip feed beneficial? J Hum Nutr Dietet 2004; 17: 365-370. (6) Trier E et al. Effects of multifibre supplemented paediatric enteral feed on gastrointestinal function. Abstract 38. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition 32nd Annual Meeting, Warsaw, Poland, June 2-5, 1999



NUTRICIA
The nutrition expert

Nutricia A/S · Rørmostevej 2 A · 3450 Allerød · Telefon 70 21 07 07 · Ordretelefon 70 21 07 09 · Ordrefax 48 10 09 00 · Ordreemail ordre@nutricia.dk · www.nutricia.dk

Mad til småtspisende nyresyge

Hvad er det, der gør forskellen på en småtspisende patient og en nefrologisk småtspisende patient?

Udfordringen for den kliniske diætist er at medvirke til at skabe en sufficient ernæring til de småtspisende nefrologiske patienter, såvel patienter i præuremi- som i dialyse-behandling. Det, der er specielt for denne gruppe, er alle restriktionerne omkring kosten. Patienterne skal have opfyldt deres behov for energi, protein, kulhydrat og fedt, vitaminer og mineraler. Såvel som alle andre patienter skal de have et forslag til, hvorledes de kan optimere deres ernæring. Hertil skal der selvfølgelig tages højde for individuelle behov, restriktioner og skæve elektrolytter.

Mange barrierer for at spise

Patienterne er totalt afhængige af deres medicinering ligesom andre kroniske patienter. De fleste evner at følge med i egen medicinstatus, men kan ikke selv ændre på fakta. Alternativ medicin er heller ikke til den store hjælp; der opnås som regel højest høje og uheldige biokemiske resultater. Patienterne lider af utilpashed, træthed, kvalme, anoreksi, madlede, ændret smagssans pga. uræmiske affaldsstoffer i blodet og måske dårlig tandstatus. En eller flere af disse ovennævnte faktorer giver ikke nødvendigvis overskud til, at en patient kan intensivere egen ernæringsindsats. Og dog, flere patienter bliver alligevel mere opmærksomme, når det handler om mad. Noget de fleste kan forholde sig til og har en mening om og ikke mindst føler patienterne, at de selv kan være aktive og gøre noget ved problemet.

Erfaringsmæssigt har det været en god hjælp at nedskrive råd og ideer til de patienter, hvor der blev aftalt et forløb med ernæringsindsats. Det er vigtigt med kun få aftalepunkter som en start, såle-



des at patienten hurtigt kan overskue, hvad der er aftalt fra gang til gang. Ligeledes er det vigtigt at få undersøgt, om patienten selv har mulighed for at købe ind, hvilke indkøbsmuligheder der er i lokalområdet. Ressourcestærke pårørende, som patienten er villig til at inddrage i at få forbedret ernæringstilstanden, bør medtages i vejledningen. Herudover bør det overvejes, om det er muligt at finde andre ressourcer hos patienterne, der kan bibringe et realistisk mål.

Tilvalgsliste er bedst

Det vigtigste er selvfølgelig at finde levnedsmidler og specielle produkter, som kan medvirke til en øgning af energiindtaget. En sim-

FAKTA

Fokus skal være på individuel behandling. Småtspisende nefrologiske patienter har specielle individuelle behov og begrænsninger. Dette som følge af laboratorietal, diurese, ernæringstilstand og ikke mindst patientens ressourcer. Giv den nødvendige vejledning, der skal sikre, at patienten overlever. Næste skridt kan så være self-care, hvor de anbefalede interventioner udbygges for endeligt at integrere disse i den fremtidige ernæring.

pel ting som at øge indtaget af fedtstoffer ved smør på brødet eller vegetabilsk olie på den varme mad kan give et godt udgangspunkt for en diættejledning. Mange patienter har en liste over levnedsmidler, som diætisten eller andet materiale har oplyst er mindre godt at spise som følge af den biokemiske påvirkning. Man bør som behandler være opmærksom på, at der kan findes en fravalgsliste over fødeemner, som patienterne undlader at spise for at være på den sikre side.

Denne selvopfundne liste kan være opstået af mange årsager, misforståelser, medpatienters gode råd osv. Det er her vigtigt, at fravalgslisten bliver ændret til en tilvalgsliste, hvor der åbnes op, og levnedsmidlerne genintroduceres. Psykologisk vil det altid være bedre at have en tilvalgsliste frem for en fravalgsliste. Ligeledes kan ernæringssituationen give mulighed for at introducere levnedsmidler, som måske har et ugunstigt indhold af fx fosfat, men som netop er det, patienten faktisk kan konsumere.

Pårørende er en stor støtte

Pårørende kan være et enormt potentiale med hensyn til ernæringen. De deltager som oftest i samtalen, fordi der er vilje og energi til at støtte patienten. Støtten kan være, at de kan informere den øvrige familie om, hvad planen er, og hvorledes problemstillingen kan gribes an. Dette giver selvsagt ekstra arbejde til diætisten. Diætisten skal være parat med fx opskrifter, indkøbsforslag, portionsstørrelser og andre praktiske råd. Har man sådanne redskaber eller kan der henvises til steder, hvor de kan findes, så er det lige pludselig overkommeligt for dem, der gerne vil hjælpe. Jeg har flere gange oplevet, at pårørendes indsigt giver afkast i form af større motivation for patienten. Mulighed for deltagelse i familiefesten og bordets glæder, om end appetitten er lille – for det handler om mad.

Referencer

1. Eidemark & Bro. Dialyse. 1. udgave, 2. oplag 2000. AKA-PRINT A/S Århus
2. Bergström J. Nutrition and adequacy of dialysis in hemodialysis patients. *Kidney Int* 1993; 43 (suppl 41): 261-67
3. Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Plenum, New York 1985
4. Arborelius Hvorfor gør de ikke som vi si'r? Teori og praksis om at påvirke menneskers levevaner. 1995. Ringkøbing Amt, Sundhedsfremmeafdelingen.

Som klinisk diætist i arbejdet med nefrologiske patienter er det vigtigt at have øje for de praktiske problemstillinger, der er i forbindelse med nefrologiens kostmæssige restriktioner. Sørg for at patienten er sufficient ernæret, og at der ikke er uafklarede spørgsmål omkring maden. Patienterne bør vejledes i, hvilke ekstra tiltag der skal gøres mht. f.eks. berigelse af maden eller aftaler omkring levering af mad til hjemmet. Sørg for, at der gives få men konkrete råd. Inddrag patientens ressourcer og eventuelle interesserede pårørende. Et lille relevant udvalg af materialer og opskrifter er altid på sin plads. For det handler om mad.

anmalo02@heh.regionh.dk

FAKTA

På Herlev Hospital er der ansat **1 klinisk diætist 37 timer pr. uge** til at varetage diætbehandlingen af alle henviste nefrologiske patienter. Der henvises årligt ca. **170 prædialyse-, 180 hæmodialyse- og 50 peritonealdialyse-patienter** til diættejledning; herudover ernæringsterapi til indlagte.

Patienterne henvises typisk første gang, når de er præuremiske med et GFR (glomerulær filtrationshastighed) under **15 mmol** og igen, når de starter hæmo- eller peritonealdialyse. Endvidere henvises patienterne, når fosfat eller kalium er for højt, når albumin eller n-PCR (normal protein catabolic rate) er for lavt, eller der er opstået uønsket vægttab. n-PCR er en måling på patientens proteinindtagelse pr. kg legemsvægt

GFR er et mål for nyrernes funktion vurderet ved en clearancebestemmelse, målt ved opsamling af døgurnin (creatinin-clearance). Ved creatinin-clearance forstås det volumen (ml) plasma, der pr. tidsenhed (sekund) bliver rensat for creatinin i nyrerne.



NÅR MAVEN ER GOD...



Når maven er god, er alting godt. Selv den mest hektiske hverdag bliver nemmere at klare, når maven bare fungerer. Med HUSK er det hverken svært eller tidskrævende.

HUSK er frøskaller fra en indisk plante med et meget højt indhold af fibre (85%). HUSK modvirker forstoppelse, træg mave, diarré og irriteret tyktarm på en 100% naturlig måde – samtidig får du glæde af fibreens kolesterolsænkende effekt.

HUSK er den direkte vej til en glad mave.

HUSK®
Dine daglige fibre

HUSK er et 100% naturligt fiberprodukt, som alene består af skallerne fra planten Ispaghula. HUSK er et afførende naturlægemiddel ved forstoppelse og træg mave. Naturlægemiddel til lindring af midlertidig ublodig diarré i kortere tid. Naturlægemiddel ved behov for øget fiberindtag, f.eks. som supplement ved irriteret tyktarm, når lægen har udelukket anden årsag til symptomerne. Naturlægemiddel til forebyggelse og behandling af lettere forhøjet indhold af kolesterol i blodet i forbindelse med diæt, hvor anden medicinsk behandling ikke er påkrævet. HUSK bør ikke anvendes til børn under 6 år uden lægens anvisning. HUSK skal altid indtages med rigeligt væske. For ringe væskeindtagelse kan medføre forstoppelse. Fiberindholdet kan, især i de første dage, give mavesmerter og øget tarmluft. Allergiske reaktioner kan forekomme i sjældne tilfælde. Læs altid indlægssedlen grundigt igennem inden brug. Vejl. Priser: 200 g: 44,50 kr., 450 g: 88,75 kr., 1000 g: 169,00 kr., kapsler 225 stk: 119,50 kr.

www.husk.dk

Overvægtige hjertesygge lever længere

- et litteraturstudie med fokus på den rette ernæring til patienter med hjertesvigt

Overvægtige hjertesvigtspatienter med et forhøjet kolesterol-tal har en forbedret overlevelse i forhold til under- og normalvægtige samt svært fede. Den dårligste prognose og største mortalitet ses hos underernærede kakektiske patienter med et lavt BMI og et utilstrækkeligt energiindtag. Denne omvendte epidemiologi kaldes for "the obesity paradox" og viser, at der er en indiskutabel sammenhæng mellem højt BMI og lav dødelighed hos kronisk hjertheinsufficiante (1).

Katrine Silkeborg Brolev



Maria Bechmann Christensen



Hjertesygge har gavn af en energitæt kost

Underernæring kan forekomme hos patienter med alle typer af hjertekarsygdom, men det er især patienter med hjertesvigt, der er småtspisende grundet manglende appetit og tidlig mæthed. Hver tredje patient med hjertesvigt udvikler således kardiell kakeksi, som er en tilstand med negativ energibalance efterfulgt af vægttab. Som følge af den dårlige prognose kan underernærede kakektiske hjertesygge i en kortere eller længere periode have gavn af fløde i sovsen og smør på brødet for at bedre deres almentilstand samt ernæringstilstand. En kost med et højt fedtindhold er imidlertid en velkendt risikofaktor for udvikling af overvægt og dyslipidæmi og dermed hjertekarsygdom (2). Dette kan muligvis forklare, at meget plejepersonale og mange behandlere på de danske sygehuse har været forbeholdende med at tilbyde patienterne en energitæt kost, der ofte er rig på mættet fedt. På baggrund af den omvendte epidemiologi, hvor et højt BMI og forhøjede kolesterol-tal bedrer overlevelsen, bør den hjertesygge i ernæringsmæssig risiko dog tilbydes energitæt kost. Anbefalingerne om den rette fedtsyresammensætning må derfor i nogle tilfælde fravige hensynet til, at patienten får nok at spise.

Formålet med denne artikel er, på baggrund af et litteraturstudie, at øge opmærksomheden på forekomsten af underernærede hjertepatienter med dårlig ernæringstilstand. Vægttab og væksttab bør forebygges både hos normal- og overvægtige, uanset om der er tale om hospitaliserede eller ikke-hospitaliserede hjertepatienter. I den individuelle diætbehandling vil mange hjertepatienter således i en kortere eller længere periode have gavn af, at den traditionelle Fedt- og kolesterolmodificerede diæt fraviges, evt. at der helt ses bort herfra, og at de i stedet tilbydes energitæt kost. Litteratursøgningen er baseret på en systematisk gennemgang af videnskabelig litteratur via søgning i databasen PubMed. Der er primært fundet oversigtsartikler, da der endnu ikke er lavet klinisk kontrollerede randomiserede undersøgelser om ernæring til underernærede hjertesygge patienter.

Kardiell kakeksi

Mange patienter med kronisk hjertesvigt kan have oplevet et utilsigtet vægttab og have haft et for lavt næringsindtag (3). Et insufficiant energi- og proteinindtag kan bringe patienten i en katabol tilstand, også kaldet kardiell kakeksi. Kardiell kakeksi defineres som en tilstand med et utilsigtet vægttab på mindst 7,5% af normal-



vægten i en periode på minimum 6 måneder (4). Tilstanden er associeret med hormonelle forandringer og et højere hormonelt stressrespons med et forhøjet niveau af den inflammatoriske cytokin $\text{TNF-}\alpha$. $\text{TNF-}\alpha$ medfører anoreksi og nedsat appetit, hvorfor et forhøjet niveau af denne cytokin er med til at fastholde patienten i en kakektisk tilstand. Den hyperkatabole tilstand medfører tab af fedtvæv og mager cellemasse samt svækkelse af flere organer, heriblandt hjerteatrofi. Kardiel kakeksi udgør derfor en væsentlig risikofaktor for mortaliteten hos hjertesvigtspatienter (4-6).

BMI på 30 reducerer dødeligheden

Der er ikke entydighed i forhold til hvilket BMI, der er forbundet med den største overlevelse hos patienter med kronisk hjertesvigt. Det tyder dog på, at der kan ses en u-formet kurve, hvor dødeligheden er størst hos kakektiske og svært fede ($\text{BMI} > 35$) og mindst hos normalvægtige, overvægtige og let fede (1). Tidligere er overvægtige og fede hjertesvigtspatienter blevet anbefalet at tabe sig for at minimere belastningen på hjertet. Men med viden om den omvendte epidemiologi, hvor et BMI på ca. 30 giver den bedste prognose, bør vægttab hos patienter med hjertesvigt kun tilrådes med stor forsigtighed. I den individuelle diætvejledning, hvor det overvejes at anbefale overvægtige hjertesvigtspatienter et vægttab, må fedtfordelingen være en relevant og afgørende faktor. Det er mere sundhedsskadeligt at være abdominalt overvægtig (æbleformet), end hvis fedtet fordeler sig på hele kroppen (pæreformet).

At den bedste prognose ses hos hjertesvigtspatienter med et BMI på ca. 30 er til en vis grad i overensstemmelse med den anbefalede ideelvægt til ældre, som stiger fra et BMI på 20-25 til 24-29 pga. ændret kropssammensætning. Størstedelen af patienter med kronisk hjerteinsufficiens er ældre, og der ses en stigende prævalens med alderen, hvorfor det må antages, at mange kronisk hjerteinsufficiante vil

have gavn af et BMI på mellem 24-29. Er dette tilfældet, er det pludselig ikke så mærkeligt, at kronisk hjerteinsufficiante med et BMI på ca. 30 i de behandlede studier har en forbedret overlevelse.

Forhøjede serumlipider gavnlige

Det diskuteres flere steder i litteraturen, hvorvidt den forbedrede overlevelse hos overvægtige kronisk hjertesvigtspatienter skyldes de skadelige effekter ved kardiel kakeksi, eller om overvægt udgør en selvstændig god prognostisk faktor (1,7,8). Karakteristisk for de overvægtige, som lever længere er, at de har forhøjede koncentrationer af serumlipider og lavere niveauer af cytokiner, herunder $\text{TNF-}\alpha$ (7). Serumlipiderne menes at inaktivere de skadelige endotoxiner, som især er forhøjede hos hjertesvigtspatienter med ødemer. Endotoxinerne stimulerer aktiviteten af $\text{TNF-}\alpha$, og således kan serumlipiderne indirekte være med til at nedregulere koncentrationen af $\text{TNF-}\alpha$ (8).

Hvis en høj koncentration af serumlipider selvstændigt virker beskyttende og kan resultere i en bedre prognose hos patienter med kronisk hjertesvigt, kan denne sammenhæng anvendes som argumentation for, at et øget indtag af mættet fedt ikke er så skadeligt som tidligere antaget. For kroniske hjertesvigtspatienter, hvor der er en diskrepans mellem energiindtag og energibehov,

FAKTA

Patienter med hjertesvigt

- Hjertesvigt er en tilstand, hvor hjertets funktion er nedsat
- Hver 3. patient med hjertesvigt er underernæret og har kardiel kakeksi
- Ernæringsterapi kan anbefales til kakektiske hjertesvigtspatienter
- Underernærede har en høj koncentration af cytokin $\text{TNF-}\alpha$, som medvirker til anoreksi og vævsnedbrydning
- Et BMI på ca. 30 og forhøjede kolesteroltal bedrer overlevelsen
- Et højt kolesteroltal virker beskyttende ved at hæmme aktiviteten af $\text{TNF-}\alpha$

kan det ligefrem tænkes at være hensigtsmæssigt, idet det for mange patienter er lettere at øge energitætheden i kosten, hvis de ikke samtidig skal begrænse deres indtag af mættet fedt.

Fordelene forbundet med overvægt og forhøjede serumlipider hos patienter med hjertesvigt synes således på kort sigt at udligne de skadelige effekter, som disse risikofaktorer ellers har på aterosklerotisk sygdom på længere sigt (9). Grunden hertil er, at hjertesvigtspatienter har en kortere levetid end den generelle befolkning, hvorfor langtidseffekter af overvægt og forhøjede serumlipider på dødeligheden ville blive opvejet af de gavnlige korttidseffekter. Hos kroniske hjertesvigtspatienter med forventet kort levetid kan faktorer som eksempelvis overvægt og forhøjede serumlipider, der forbedrer overlevelsen nu og her, derfor udgøre en gavnlig effekt (9).

Ernæringsterapi sikrer sufficient ernæring

Ernæringsmæssige problemstillinger, som kan komplicere ernæringen af kronisk hjerteinsufficiente, kan bestå i, at mange patienter kan have et utilstrækkeligt energiindtag som følge af nedsat appetit, tidlig mæthed på grund af acites, kvalme eller træthed. Disse problemstillinger kan sammenholdt med et øget energi- og proteinbehov gøre det vanskeligt at ernære patienten sufficient på en Fedt- og kolesterolmodificeret diæt, hvorfor flere patienter kan have gavn af ernæringsterapi. Optimalt set ernæres patienten peroralt med små hyppige måltider og tilskudsdrikke, og der lægges vægt på salt- og væskerestriktion. Kan patienten ikke dække sit energi- og proteinbehov peroralt, kan enteral og parenteral ernæring komme på tale. Da ernæringsterapien er en diæt med højt fedtindhold, skal det ekstra fedtindtag fortrinsvis være i form af umættede fedtsyrer, eksempelvis fra fede fisk, oliven, avokado, nødder og frø, olier og mayonnaise. Dette kan være svært at tilgode i praksis, og da det er vigtigst, at patienten får noget at spise, må det ofte blive på bekostning af en optimal fedtsyresammensætning. Hvis patienten genopretter god ernæringstilstand og restitueres, anbefales denne igen at følge diætprincipperne for en Fedt- og kolesterolmodificeret diæt.

Screening af hjertepatienter

For at interventionen med ernæringsterapi til hjertepatienter kan implementeres, er det nødvendigt at identificere de patienter, som er i ernæringsmæssig risiko. Et redskab hertil er Sundhedsstyrelsens screeningsskema, hvor mange patienter med kronisk hjertesvigt vil score højt på grund af vægttab, høj alder og et utilstrækkeligt næringsindtag. Screeningsredskabet er desværre ikke optimalt, hvis patienten er meget ødematøs. Her kan ødemer og den diuretiske behandling gøre det vanskeligt at vurdere, hvorvidt et vægttab skyldes væsketab eller vævstab. Det er derfor nødvendigt at have fokus på anamnesen og oplysninger om kostindtag og spisvaner.

Udfaldet af screeningen er med til at bestemme, hvilken kostform

FAKTA

Ernæring til den småtspisende hjertepatient:

- energi- og proteinrig mad
- mest mono- og polyumættet fedt og begrænset mættet fedt
- små hyppige måltider
- begræns indtaget af salt og minimer væskeindtaget til 1½ - 2 liter pr. døgn
- vægttab bør anbefales med stor forsigtighed

der skal ordineres og udgør grundlaget for udarbejdelse af diætinerventionen. Anvendes screeningsskemaet systematisk, vil det forhåbentligt være tydeligt for plejepersonalet, om hjertesvigtspatienten, tynd eller tyk, har gavn af en energitæt kost eller har behov for at følge anbefalingerne for en Fedt- og kolesterolmodificeret diæt.

mariabchristensen@hotmail.com

katrine_brolew@yahoo.dk

Referencer

1. Habbu A, Lakkis NM, Dokainish H. The Obesity Paradox: Fact or Fiction? *Am J Cardiol* 2006, 98: 944-48.
2. Christensen B, Færgemann O, Heebøll-Nielsen NC, Lous J, Madsen LD, Stender S. Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis – Klinisk vejledning. DSAM 2007
3. Aquilani R, Opasich C, Verri M et al. Is nutritional intake adequate in chronic heart failure patients? *J Am Coll Cardiol* 2003, 42: 1218-23
4. Haehling S, Doehner W, Anker SD. Nutrition, metabolism and the complex pathophysiology of cachexia in chronic heart failure. *Cardiovasc Res* 2007, 73: 298-309
5. Anker SD, Chua TP, Ponikowski P et al. Hormonal Changes and Catabolic/Anabolic Imbalance in Chronic Heart Failure and Their Importance for Cardiac Cachexia. *Circulation* 1997, 96: 526-34
6. Anker SD, Ponikowski P, Varney S et al. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. *Lancet* 1997, 349: 1050-53
7. Horwich TB, Fonarow GC, Hamilton MA et al. The relationship between obesity and mortality in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2001, 38: 789-95
8. Horwich TB, Hamilton MA, MacLellan WR et al. Low serum total cholesterol is associated with marked increase in mortality in advanced heart failure. *J Card Fail* 2002, 8: 216-24
9. Kalantar-Zadeh K, Block G, Horwich T et al. Reverse epidemiology of conventional cardiovascular risk factors in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43: 1439-44.

Livskvalitet – er det så vigtigt?

Cancer i esophagus påvirker patienternes ernæringstilstand og livskvalitet, da sygdommen ofte resulterer i et nedsat fødeindtag. Den individualiserede diætvejledning er væsentlig i behandlingen.

Maya Fernandez Madsen



Stinne Jacobsgaard



Incidenten af cancer i esophagus er i Danmark ca. 350 personer. Det er en invaliderende sygdom for patienterne i flere henseender. Den påvirker både deres sociale og familiemæssige relationer, deres energibehov, energiindtag samt deres glæde ved og lyst til at spise. Nogle udvikler aversioner overfor bestemte fødevarer, især proteinholdige (1). Generelt oplever disse patienter mange problemer forbundet med det at spise. Derfor er det vigtigt, at de tilbydes individuel diætvejledning, da denne har en langsigtet effekt på deres ernæringstilstand og livskvalitet (2, 3).

Risikofaktorer

Risikofaktorer for udvikling af esophageal cancer i den øvre del af

esophagus (pladecelle carcinom) og den nedre del af esophagus (adenocarcinom) fremgår af figur 1.

De får for lidt!

Livskvalitet er et begreb, der er kommet stigende interesse for, eksempelvis i behandlingen af cancerpatienter. En af de patientgrupper, hvor maden har en stor betydning for livskvaliteten, er hos patienter med esophageal cancer.

Da tumoren kan obstruere spiserøret, vil patienterne ofte opleve dysfagi og smerter ved synkning. For mange betyder det, at de ikke længere er i stand til at indtage fast føde og derfor ikke får dækket deres protein- og energibehov. Desuden vil de forskellige former for onkologisk behandling have stor indflydelse på patienternes fødeindtag og ernæringstilstand. Derfor spiller ernæringsterapi en vigtig rolle (5).

Livskvalitet og mad

Patienter med cancer i esophagus har mange oplevelser, der påvirker deres livskvalitet. De får problemer med at spise, hvilket i sig selv kan være svært at bære. Der er selvfølgelig mulighed for at lægge en sonde som hjælp, men den kan modsat også virke stigmatiserende (5, 6). Patienternes sociale liv påvirkes meget, fx er de ofte udmattede, eller de kan føle, det er skamfuldt at vise sig offentligt med en sonde (5) eller at risikere at kaste op efter indtag af mad i selskab med andre. Måltiderne tager meget lang tid, og de kan ikke spise det samme som andre (6). Patienterne er tvunget til at spise og nyder det ikke, hvilket for mange er et tab af livskvalitet og forbundet med sorg (7). Mange patienter vil være i krise og føler skyld og usikkerhed (6), hvilket også påvirker deres livskvalitet.

Patienternes oplevelser

En svensk undersøgelse har lavet 13 kvalitative interviews med patienter med cancer i esophagus. Her fremgår det, at det, de oplever som mest problematisk i forhold til maden, er deres manglende lyst, energi og overskud til at tilberede og spise den. Maden har for mange ændret smag eller smager generelt bare dårligt, så de mister lysten til spise (6). I Danmark er en stor del af socialt samvær centreret om at spise (8), så de problemstillinger, patienterne oplever i forhold til maden, vil have stor indflydelse på deres livskvalitet.

FIGUR 1

Pladecelle carcinom	Adenocarcinom
Tobak	Tobak
Alkohol	Refluks
Lavt BMI *	Højt BMI *
Højt indtag af mættet fedt *	Højt indtag af mættet fedt *

Mens der ved de øvrige faktorer er en undersøgt sammenhæng for udvikling af oesophaguscancer, formodes der ved de med * markerede faktorer at være en association.



Den individualiserede diætvejledning

Litteraturen om livskvalitet, diætetisk intervention og cancer understreger, at især den individuelle diætvejledning kan forbedre patienternes ernæringstilstand og livskvalitet (6). Gennem den individualiserede diætvejledning kan den kliniske diætist hjælpe patienten med at klarlægge de problemstillinger denne måtte have og hjælpe patienten med at finde de individuelle ressourcer, denne besidder. Hvis patienten fx har bestemte aversioner eller oplevelse af smerter eller angst ved indtagelse af specifikke fødevarer, har diætisten kompetence til sammen med patienten at finde ernæringsmæssigt forsvarlige alternativer, som også for patienten kan være en holdbar og acceptabel erstatning. Desuden har diætisten med denne vejledningsform mulighed for at møde patienten, hvor denne er kognitivt og motivationsmæssigt, og kan derudfra målrette vejledningen til den enkelte patient.

Hvorfor ikke bare en tilskudsrik?

På nogle sengeafdelinger består den diætetiske intervention i, at plejepersonalet tilbyder patienterne tilskudsdrikke. Dette har også en effekt på både livskvaliteten og ernæringstilstanden (1,2,9), men denne effekt holder ikke, efter at patienterne er kommet hjem og ikke mere mindes om at tage tilskudsdrikkene (2). De studier, der har undersøgt de to forskellige interventionsformer, viser, at den individualiserede diætvejledning er klart mest effektiv både i forhold til ernæringstilstanden og livskvaliteten, samt at effekten ved denne interventionsform er blivende (2, 3).

Diætister giver livskvalitet

Da der ses en tydelig relation mellem cancer i esophagus, patienternes ernæringstilstand samt livskvalitet, er det væsentligt for den kliniske diætist at fokusere på livskvalitet i arbejdet med denne patientgruppe og at have kendskab til hvilke forhold, der kan have betydning for livskvaliteten.

Vi forestiller os, at patienterne kan opnå et tillidsforhold til diætisten. Diætister udfører en behandling, der i sit udgangspunkt er verbal og ikke fysisk. Diætisten skal ikke håndtere patienten, men tale med ham/hende.

Derfor diætist

Vi mener, at diætister i deres vejledning kan tage højde for flere aspekter af patienternes livskvalitet ved følgende:

- De kan spørge patienten, hvordan denne har det, både generelt og i forhold til mad.
- De kan vejlede med individuelt fokus.
- De kan hjælpe patienten med at finde frem til egen motivation.
- De kan tage højde for individuelle præferencer og behov i madens smag og konsistens.
- Dette gør diætisten vigtig for den optimale behandling af patienter med cancer i esophagus.

diaetist@ofir.dk

Referencer

1. Capra S, Ferguson M, Ried K. Nutrition.Cancer: impact of nutrition intervention outcome – nutrition issues for patients 2001; 17(1):769-72
2. Ravasco P, Monteiro-grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomised controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. Head and Neck 2005; 27: 659-68
3. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastro intestinal or head and neck area. Br J Cancer 2004; 91: 447-52
4. Odelli C, Burgess D, Bateman L, Hughes A, Ackland S, Gillies J et al. Nutrition support improves patient outcomes, treatment tolerans and admission caratheristics in oesophageal cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2005; 17: 639-645
5. Trabal J, Leyes P, Forga M, Hervás S. Quality of life, dietary intake and nutritional status assessment in hospital admitted cancer patients. Nutr Hosp 2006; 21(4): 505-10
6. Andreassen S, Randers I, Näslund E, Stockeld D, Mattiasson AC. Patients experiences of living with oesophageal cancer. J Clin Nurs 2006; 15: 685-695
7. Ottery FD. Supportive Nutrition to Prevent Cachexia And Improve Quality of life. Semin Oncol 1995; 22: 98-111
8. Holm L. Mad mennesker og måltider-samfundsvidenskabelige perspektiver. København: Munksgaard 2005: 21
9. Caro MMM, Laviano A, Pichard. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. C. Clin Nutr 2007; 1-21.

Væskebalance hos syge og raske

Væskebalancen hos normale er meget præcist reguleret, primært gennem hormonel justering af osmolalitet, volumina og brintionkoncentration (pH). En række elektrolytter er aktivt reguleret, primært natrium og kalium, men også andre ioner bidrager til den samlede balance, fx calcium. Mange af disse balancer er meget komplekse, så forstyrrelser kan være svære at diagnosticere.

Jens Rikardt Andersen



Forstyrrelser optræder, når indtagelse eller tab overstiger den regulatoriske kapacitet, eller hvis det regulatoriske system er beskadiget. Hyppige eksempler på forstyrrelser/ beskadigelser er: Svær diarrhoe-tilstand, medikamenter, nyresygdom, diabetes, lungecancer, kroniske lungelidelser, lidelser i centralnervesystemet.

Det er dog vigtigt at huske, at regulering kun kan finde sted, hvis regulatoren kan opdage ubalancen. De vigtigste regulatorer måler kun på, hvad der foregår i plasma. Med andre ord kan der være store væskemæssige ubalancer i kroppen, uden at det er muligt at afsløre det klinisk eller ved rutineblodprøver. Kroppen kan kompensere for meget store ændringer ved at modregulere og har en lang række mekanismer at modregulere med.

Her skal kun redegøres for nogle grundlæggende principper, men det er også tilstrækkeligt til at klare de daglige, kliniske problemer.

Kroppens vandindhold er meget varierende. Det afhænger bl.a. af køn og alder.



Fordelingen af dette vand er også en væsentlig faktor at have et indtryk af, når blodprøver skal vurderes, og der skal planlægges.

Med store usikkerheder kan 1/3-reglen bruges:

- Af al væsken er 2/3 intracellulært og 1/3 extracellulært
- Af extracellulærvæsken er 2/3 interstitielt (i vævene) og 1/3 i plasma.

Ingen af vandfaserne er dog jævnt fordelt i kroppen.

Kropssammensætningen betyder således meget. Vandindholdet er meget stort i muskler og organer, mindre i knogle-kompakta og meget mindre i fedtvæv.

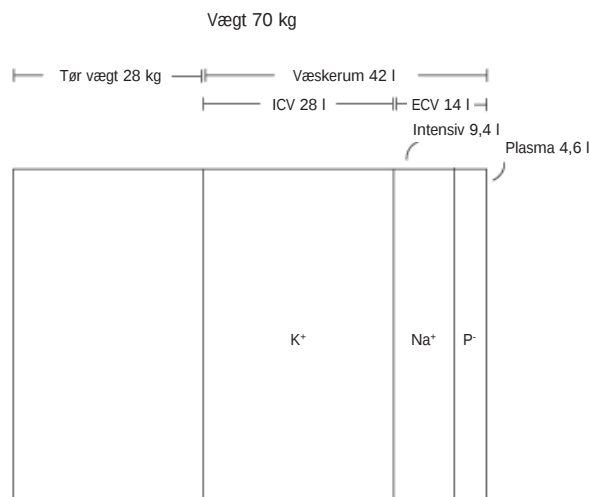
I **figur 1** er vist den gennemsnitlige fordeling hos raske mænd på 70 kg. ICV betyder intra-cellulær-volumen, dvs. den vandmængde, der befinder sig inde i cellerne. ECV er det tilsvarende extra-cellulær-volumen, dvs. mellem cellerne, og det kan så være i blodbanen (plasma) eller ude omkring i vævet (interstitielt). I cellerne er koncentrationen af kalium (K⁺) stor, i ECV er det natrium (Na⁺), der findes i høj koncentration, og i plasma er det proteiner (P⁻).

Totalvand i % af legemsvægt hos raske

Alder	barn	mand	kvinde
0-1 mdr	75	-	-
Unge voksne	-	60	50
Gamle	-	50	45

Sygdom har også massiv indflydelse. Der er ødemer ved både hjerte-lidelser og ved lidelser med inflammatorisk aktivitet (dækker ikke bare infektioner, men også cancer og immunsygdomme). Ødemerne kan være svære at se. En sportstrænnet mand på 90 kg kan meget vel indeholde 5 kg vand ekstra, uden at det kan ses. Ødemvæske sidder ikke kun omkring anklerne. Ødemet kan også være placeret omkring organer med inflammatorisk aktivitet. Det er placeret interstitielt.

Det varierende vandindhold er jo også et af vore store problemer, når vi skal beregne behov for energi og protein til syge. Hvilken vægt skal man bruge til beregningen?



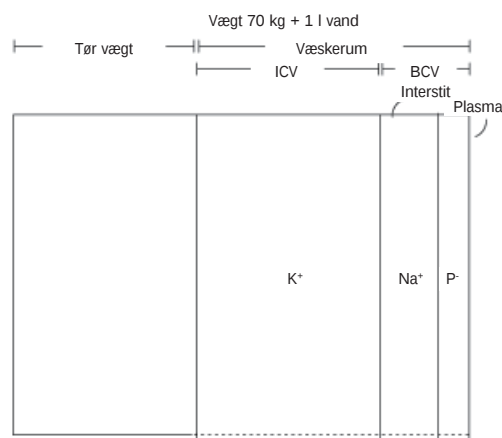
Figur 1

Rør ved patienten. Med nogen øvelse kan man føle en del af ødemvandet på kroppens laveste sted. Det "knitrer" lidt under fingrene og fingeraftrykket bliver "stående" et stykke tid efter, at fingeren er fjernet. Prøv det! Øvelse gør mester. På den måde kan man få et indtryk af ødemets størrelse og dermed få en skønnet vægt.

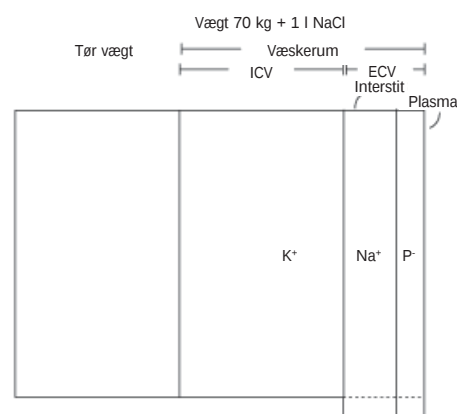
Omsætningen af vand er hovedsageligt relateret til tyndtarm, nyrer og cirkulation. I tyndtarmen optages pr dag ca 10 liter vand afhængig af indtagelse. Det meste kommer fra interne sekreter. Tyktarmen optager almindeligvis kun 500 ml vand, men optagelsen kan stige op til 5 liter/dg ved tilvænning over lang tid. Der skal således ikke så meget til, før et tyndtarmsproblem bliver til et væskeproblem, men der skal meget til, før en kolonsygdom giver problemer med væskebalancen.

Vi kan nu indgive væske på forskellige måder. Hvis det gives intravenøst, bliver effekterne mere markante, bl.a. fordi det går hurtigt. Som vist i **figur 2** fordeler 1 liter vand (gælder også glukose-opløsninger, saft o.lign.) sig i et stort område (ICV + ECV) – se den stippledte linie.

Vand fordeles således i hele kroppens væskefase (total-vandet). Overskudsvand vil så udskilles med urinen i løbet af få timer, fordi osmolaliteten falder (fortynding). Natrium-klorid derimod fordeles kun i ekstracellulærvandet (ECV=1/3 af totalvandet). I dette tilfælde falder vandudskillelsen så for at fortynde det hyperosmolære salt, og der trækkes vand ud fra cellerne for at fortynde i ECV. Senere øges natriumudskillelsen, så serum-natrium holdes normalt, men det tager tid. Dette er hovedårsagerne til, at patienter med ascites, ødemer og hypertension skal spare på saltet. Under væskebehandling skal man således være mere forsigtig med indgift af saltholdige væsker end med vand eller sukkerholdige væsker. I **figur 3** ses konsekvensen af 1 liter isotont NaCl intra-



Figur 2



Figur 3

Ekstracellulærvandet vokser i volumen ved saltindtagelse, både i plasma og interstitielt.

Ved en række lidelser ændres således organismens kompartmenterede volumina (væskefaser). Ved ascites er ECV kraftigt øget, og p-albumin og p-natrium falder pga fortynding (ikke mangel). Det samme gælder ved svær hjerteinsufficiens. Ved kronisk nyreinsufficiens tabes natrium altid, ligesom ved behandling med diuretika (vanddrivende medicin).

- **Nedsat p-albumin er således ikke det samme som albumin/proteinmangel.**
- **Nedsat p-natrium er heller ikke nødvendigvis det samme som natriummangel.**
- **Nedsat p-kalium er næsten altid det samme som kaliummangel.**

En stor del af kroppens natrium og albumin kan være placeret i ødemer, ascites, pleuravæske mv.

Man skal derfor kun meget sjældent behandle nedsat s-natrium med salttilskud og nedsat s-albumin med albumininfusion. Man risikerer blot at ødemerne vokser. Det kan man se ved, at vægten stiger meget hurtigt. Hurtige vægtændringer (dage) skyldes næsten altid væske-ændringer.

En anden side af sagen er, at forstyrrelser i kalium- (og natrium-) balancen ofte medfører forskydninger i syre-base-regulationen, og så begynder det at blive indviklet.

- **Lavt s-natrium skal næsten aldrig behandles med salttilskud (undtagelse er fx langvarig sondeernæring).**
- **Lavt s-albumin skal næsten aldrig behandles med albumininfusion.**
- **Lavt s-kalium skal altid behandles med kaliumtilskud.**

I øvrigt er det altid vigtigst at finde årsagen og behandle den.

Fordelingen af elektrolytter i kroppens forskellige dele varierer ikke ret meget fra person til person, da de er aktivt reguleret (overvejende hormonelt). Ved svær sygdom kan der dog foregå store forskydninger, men det er ikke altid synligt i blodprøver, hvad der sker på grund af den aktive regulering. Når så reguleringskapaciteten ikke længere slår til, går det stærkt med forandringerne. Gode eksempler er, at der forekommer en betydelig intracellulær dehydrering ved langvarig faste. Det betyder så, at en stor mængde kalium forsvinder (**se tabel 1**) fra cellen til plasma og videre ud med urinen. Når der så igen bliver mulighed for at få ernæringsbehovet dækket, vil der komme store problemer (refeeding syndrom) på grund af de medfølgende væske- og elektrolytfor-skydninger.

Det fremgår også af **tabel 1**, at fx magnesium findes i meget større koncentration i cellerne end i plasma, hvor vi måler koncentrationen i blodprøver. Det er let at blive forledt til at tro, at der ikke er magnesiummangel ved en normal værdi i plasma, men denne kan meget vel være normal trods mangel i cellen. Modsat er p-natrium et rimeligt præcist mål, fordi koncentrationen er målt, hvor den er højest.

TABEL 1 Elektrolyt-koncentrationer intra- og ekstracellulært hos normale

	plasma mmol/l	interstitielt mmol/l	intracellulært mmol/l
natrium	142	144	10
kalium	4	4	160
calcium	2,5	2,5	1,5
magnesium	1	0,5	13
klorid	102	114	2
bikarbonat	26	30	8
fosfat	1	1	57
sulfat	0,5	0,5	10
protein	16	0	55

Ved udtalt over- og underhydrering sker en række ændringer i blodprøverne jævnfør **tabel 2**. Ved mindre ændringer (som kan være flere liter) sker der ikke ret med blodprøvesvarene.

TABEL 2 Ændringer i blodprøver ved forskellige former for dehydrering og overhydrering

	p-natrium	p-albumin	p-kreatinin	hæmatokrit
vandmangel	høj	høj	høj	normal
mangel på vand og natrium i samme forhold som i plasma	normal	høj	høj	høj
natriummangel	lav-normal	høj	høj	høj
natriumoverskud	høj	lav	lav	lav
overskud af vand og natrium i samme forhold som i plasma	normal	lav	lav	lav
vandoverskud	lav	lav	lav	normal

Dehydrering er ikke godt, men det er overhydrering heller ikke. I en undersøgelse af indflydelsen af væskerestriktion overfor sædvanligt regime (inkl. 3,5 l saltvand) hos 2 x 141 patienter efter kolo-rektal resektion fandt Brandstrup et al. (Ann Surg 2003; 238: 641-8) at:

- Væskegruppen havde øget deres vægt med gennemsnitligt 3,8 kg på 2. postoperative dag. Væskerestriktionsgruppen kun 0,9 kg.
- Der var dobbelt så mange komplikationer i væskegruppen (38 %) i forhold til den gruppe, der holdt vægten (16 %).

Generelt set betyder overhydrering, at der er dårlig blod/ilt-forsyning til cellerne. Det skal undgås hos metabolisk stressede patienter. I væskeberegninger skal vi nok huske, at der er noget, der hedder oxidationsvand. Det bliver ca 250 ml dagligt under ernæringsterapi, og dannes ved metaboliseringen af den indgivne føde.

En anden faktor er, at høj proteinindtagelse giver en stor osmotisk belastning. Der dannes en del urinstof. Det betyder, at væskeindtagelsen skal fordobles hos de svært syge. Ved indgift af 100 g protein dagligt kan tilrådes en væskeindgift på 2,2 liter, beregnet som summen af intravenøs- og peroral væske.

Normale kan vænne sig til indtagelse af meget små mængder væske, hvis det foregår over lang tid. Den syge derimod skal altid have mere, end man umiddelbart tror, men uden at blive overhydreret. Da det er svært at beregne disse væskemængder hos den enkelte patient, må man hele tiden kontrollere effekten af sin væskebehandling ved blodprøver. Så jo sværere forstyrrelser og jo alvorligere sygdom, jo hyppigere kontrol. Det tager desuden tid for den indgivne væske at fordele sig i de forskellige faser (compartments).

Elektrolytforstyrrelser skal korrigeres (LANGSOMT)
Dyshydrering (over- + under-hydrering) skal korrigeres (LANGSOMT)

Elektrolytforstyrrelser kan medføre ændringer i andre cirkulerende ioner (fosfat, klorid, magnesium, calcium mv.)

Dyshydrering vil ofte medføre ændrede koncentrationer i blod af proteinstoffer, herunder albumin

Elektrolytforstyrrelser og dyshydrering er altid et udtryk for svær sygdom, oftest også stress-metabolisme

Elektrolytforstyrrelser og over-/under-hydrering (dyshydrering) er altid et velegnet emne til en debat med de behandlende læger, ikke blot ved parenteral ernæring.

Supplerende læsning for særligt interesserede:

- Medicinsk Kompendium, 16. udg, 2004, Arnold Busck. ISBN 87-17-03687-9

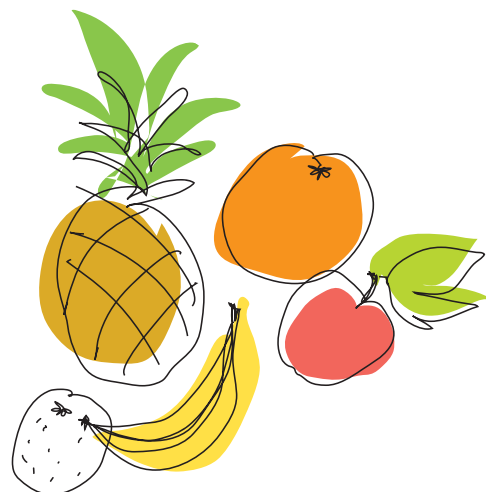
Næsten alle fysiologibøger indeholder kapitler om væskefaserne hos raske, men pas på med at overføre denne viden direkte til syge.

jra@life.ku.dk





Truly

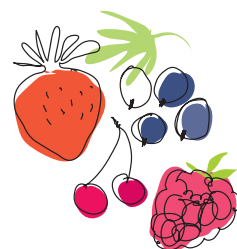


30% mindre sukker

Unik nyhedslancering fra Malaco

Malaco lancerer nu et helt nyt og unikt konfekturkoncept, nemlig Malaco Truly. Malaco Truly er udviklet efter forbrugernes ønske om et godt alternativ til sukkerholdige varer. Ønsket har især været mindre sukker og ingen kunstige farvestoffer i slikket, men naturligvis en super god smag.

Alle 5 Malaco Truly varianter er med 30% mindre sukker, ingen kunstige sødemidler, men derimod med frugtjuice. Du finder heller ingen kunstige farvestoffer i Malaco Truly, da vi har anvendt farver fra naturen. Så det er ok at nyde Malaco Truly med god samvittighed.



Med de 5 Malaco Truly poser er der en variant til enhver smag, så vi er helt sikre på, at du finder lige netop din favorit blandt poserne. Smagen er super god - prøv selv!

Du finder Malaco Truly i stort set alle butikker i hele Danmark til en vejledende udsalgspris på 21,95 kr.



Med farver fra naturen



**Truly Smoothy
Mix and Match 160g:**
Dette er en pose til dig, der elsker blødt skum med smag af frugt og mælk.



**Truly Juicy
Exotic Affairs 180g:**
Denne pose er en blanding af vingummi og skum i perfekt harmoni.



**Truly Juicy
Berries in Love 180g:**
Dette er en fantastisk vingummiblanding med smag af forskellige bær.



**Truly Splashy
Singing in the Rain 180g:**
Her får du vingummi med super friske frugtsmage.



**Truly Black
Sweet and Salty 180g:**
Hvis du er vild med lakrids, vil du elske denne super gode lakridsblanding.

Frugtjuicen giver en super god smag!

Stærkt nyt om mælk

Det er en stor og positiv oplevelse at være vidne til den spændende udvikling, der er ved at ske indenfor forskningen på mælkeområdet. Der er efterhånden så mange resultater, at der er grundlag for en massiv holdningsændring.

Susan Rønholt Hansen



Enhver, der har en ernæringsuddannelse, ved, at mælk og mejeriprodukter er super næringsstofkilder, og ved hvordan man omgås det mættede fedt uden hverken at sætte sit helbred på spil eller blive asketisk. Alligevel gløder det offentlige rum af "mellemfolkelige sandheder" om sammenhænge mellem mælk og sygdom.

I Mejeriforeningen synes vi selvfølgelig også, at det er ærgerligt, at den almindelige dansker har fået en forkludret opfattelse af mælk – både af de gode og af de mere udfordrende sider af mælkenes egenskaber. Derfor har vi besluttet at køre en mere proaktiv kommunikation.

Vi vil stadig stå ved de udfordringer, mælkefedtet vitterlig byder på, men samtidig formidler vi nu løbende aktuel viden om de potentielt positive effekter ved mælk og mejeriprodukter. Mejeribrugets forskningsfond støtter seriøs dansk ernæringsforskning, men det er en overvældende mængde af international ernæringsforskning, der er med til at restaurere billedet af mælkenes rolle i kosten.

Det kan selvfølgelig ikke overraske nogen, at Mejeriforeningen interesserer sig voldsomt for den idé, at mælkefedt måske alligevel ikke skulle være så slemt, som man går og siger. Det, der imidlertid har overrasket os selv, er, hvor meget litteratur der rent faktisk beskæftiger sig med emnet, og at man finder forbløffende resultater, uden at de har fået nogen synderlig opmærksomhed.

Det er derfor med tak, jeg har modtaget invitationen til at skrive en artikel om det videnskabelige belæg bag pjecen "Stærkt nyt om mælk", som udkom i foråret 2007.



Fedme

Fedme skyldes positiv energibalance. Vi bevæger os for lidt og spiser for meget og for energirigt. Mælk og mejeriprodukter var traditionelt synonymt med et rundhåndet tilskud af fedt, og selv om udbuddet af magre mejeriprodukter er et af de hurtigst voksende i fødevarersektoren, kæmper branchen en brav kamp for at få medierne til at formulere sig mere nuanceret end "mælk feder".

I dag er der alene hos Arla Foods i Danmark registreret 81 magre mejeriprodukter, og i år 2003 overhalede skummetmælkskategorien alle andre mælkesorter, så 55,5% af al den mælk der blev drukket i 2006, havde et fedtindhold på max 0,5% mod 26,7% i år 2000. På osteområdet kommer der flere og flere magre oste, der smager virkelig godt, og creme fraiche har fået konkurrence fra fromage blanc og fromage frais, der er tilgængelige i alle butikker med et normalt sortiment. Det burde være svært at blive ved at sætte lighedstegn mellem mælkeprodukter og mælkefedt, og uproblematisk at anbefale folk at vælge magre mejeriprodukter, hvis de vil tabe sig.



Men historien om mælk og vægttab stopper ikke der. Mælk ser nemlig ud til at have en selvstændig, slankende effekt. Forskning har vist, at ud over hvad der opnås gennem traditionel energirestriktion ved at reducere mælkens fedtindhold, vil man ved en isokalorisk udskiftning af dele af en slankekost med magre mælkeprodukter, opnå et yderligere vægttab. Effekten ses såvel i dyreforsøg som i kliniske studier på mennesker (1-4).

Der er beskrevet to mulige mekanismer, begge knyttet til calcium. Dels finder Astrup et al ved studier på mennesker en øget fedtudskillelse i tarmen (4). Dels finder Zemel på rotter, at calcium via det hormonale system favoriserer en netto-fedtnedbrydning i cellerne (1).

Den beregnede effekt er ca. 3 kg om året i yderligere vægttab, og det ser ud til, at det især er abdominalt fedt, der mistes.

Effekten er væsentligt større, når calcium kommer via mælk og mejeriprodukter end i form af et tilskud (5). Man kender ikke årsagen, men der er mange komponenter i mælk, som kunne modvirke fedme. Protein ser ud til at have en rolle (6), ligesom der er mange bioaktive komponenter i mælk, som enten sammen eller hver for sig kan påvirke forskellige trin i fedtomsætningen (7). Måske kan man ligefrem se calcium som en markør for indtagelse af mejeriprodukter.

Det er altid sværere at se effekt hos "fritlevende" mennesker, der dels selv vælger kost og aktivitetsniveau, dels skal rapportere om det efter hukommelse og samvittighed. Derfor ses blandede resultater, når observationsstudier ser på mælke- og kostadfærd i forhold til vægtudvikling. Fx viste en 1-årig diætistmonitoreret intervention med 13-1400 mg Ca fra mejeriprodukter til 155 18-30-årige normalvægtige kvinder ingen vægtforandring. Men ved opfølgning 6 måneder senere havde de kvinder, der havde deltaget i interventionsgruppen, større fedtfri kropsmasse end før, selv om de fortsat ikke havde tabt sig. Disse kvinder spiste stadig mere calcium end kvinderne fra kontrolgruppen. Forfatteren foreslår, at

der skal tid til at reducere fedtphobningen i kroppen. Selvom effekten er lille, 1,89 kg mindre fedt, peger undersøgelsen på, at højere indtagelse af mejericalcium kan forebygge den langsomme aldersrelaterede øgning i kroppens fedtindhold (8).

Dette fortæller mig, at

- mælk i hvert fald ikke feder,
- mælk kan understøtte en affedning,
- mælk kan understøtte en bedre fedtfordeling og lavere fedtindhold i kroppen,
- mælk indgår i den livsstil, der korrelerer med at holde vægten nede.

Forhøjet blodtryk

Flere undersøgelser viser, at mælk kan virke blodtrykssænkende. De mest kendte er DASH-studiet (9,10), en amerikansk multicenter undersøgelse, som havde til formål at finde en kost, som kunne sænke blodtrykket og samtidig var velsmagende og acceptabel for den generelle befolkning. Med en kontroldiæt svarende til den amerikanske normalkost afprøvede man 2 diæter. En med mere frugt og grønt men ellers lig kontroldiæten, og en kombinationsdiæt, der ud over det høje frugt- og grøntindhold, havde et højere indhold af magre mælke- og mejeriprodukter, groft brød, fisk, kylling og nødder samt mindre rødt kød, mindre fedt og mindre slik og sukkerholdige drikkevarer. Forsøgsgruppen havde et let forhøjet blodtryk (systolisk BT <160 mm Hg/diastolisk BT 80-95 mm Hg). I forhold til kontroldiæten fandt man en blodtrykssænkning på 2,8/1,1 mm Hg på grønsagsdiæten, men et yderligere fald, i alt 5,5/3,0 mm Hg, på kombinationsdiæten. Dette fald ligger på samme niveau som det, der kan opnås ved medicinsk behandling af hypertension.

En opfølgning på DASH studiet, DASH-sodium (11), tilføjede begrænsning af natriumindholdet og fandt yderligere effekt. Natriumreduktion havde effekt på alle forsøgsparticipanterne, uanset



om de var på DASH eller amerikansk standarddiæt. DASH var også associeret med lavere blodtryk uanset natriumniveau, men kombinationen DASH og det laveste natriumindhold var bedre til at sænke blodtrykket end nogen af de enkelte diætregerimer hver for sig. Den traditionelle kostbehandling af hypertension er netop spare på saltet, men kritiske røster hævder, at der er forholdsvis få saltfølsomme personer, og at saltfølsomhed kunne være et udtryk for marginal mineralstatus, specifikt calcium, magnesium og kalium. I stedet for at reducere kostens natriumindhold skulle man altså forøge indholdet af de andre mineraler (12). Der er imidlertid også andre faktorer, der forøger blodtrykket, fx overvægt. Med henblik på at forsøge at maksimere blodtryks-sænkningen, designede samme forskergruppe derfor et studium (PREMIER), der inddrager såvel alle aspekter ved blandingskosten fra DASH, samt vægttab, motion og begrænset natrium- og alkoholindtagelse. Resultaterne blev publiceret i 2003 og viste at selv oven i den traditionelle, ikke farmakologiske behandling (vægttab, motion og mindre salt og alkohol) var der yderligere blodtryksfald at hente ved DASH-kosten, om end denne forskel ikke var signifikant. Forfatterne angiver selv, at en af grundene til den forholdsvis lille gevinst kan være, at deltagerne i denne, modsat tidligere undersøgelser, ikke får udleveret noget af kosten, hvorfor compliance må forventes at være lavere. Desuden er det vel dokumenteret, at hvis 2 eller flere elementer kan reducere blodtrykket, vil den kombinerede effekt være lavere end summen af de to individuelle effekter (13).

Man har også vist, at bioaktive peptider udvundet af mælk kan fungere som ACE-inhibitorer og sænke blodtrykket hos personer med hypertension (14).

På nuværende tidspunkt er jeg overbevist om, at

- mælk er med til at sænke blodtrykket,
- mælk er med til at kendetegne den livsstil, der fremmer sundheden.

Metabolisk syndrom, diabetes type 2

Metabolisk syndrom er en samling af symptomer, der knytter sig til insulinresistens, og defineres ofte som tilstedeværelsen af mindst 2 af symptomerne abdominal fedme, forhøjet blodtryk, og forstyrret glukose- og insulinbalance. Tilstanden øger risikoen for udvikling af både diabetes 2 og hjertekarsygdomme og kan forebygges og til dels rettes op ved hjælp af vægttab og det rette kostvalg.

Den hensigtsmæssige kost er i denne, som i så mange andre sammenhænge, fedtfattig, fiberrig, rig på frugt og grønt og med et lavt glykæmisk indeks. Normalisering af vægten eller en mindre vægtreduktion samt fysisk aktivitet reducerer også risikoen. Og den kost, der statistisk er associeret med mindst risiko for at udvikle metabolisk syndrom og diabetes, omfatter igen mælkeprodukter (15-17).

Hjertekarsygdom, mættet fedt

Forhøjet serumkolesterol er den største risikofaktor for at få blodpropper i hjertet, siger Hjerteforeningen. Og risikoen sænkes ved at dyrke motion og spise sundt.

Der er ingen tvivl om, at et forhøjet serumkolesterol er tæt forbundet med en kost rig på mættet fedt. Da mælkefedt dels er det fedtstof, der har det højeste indhold af mættede fedtsyrer, og mejeriprodukter er den største kilde til mættet fedt i den danske kost, er det forståeligt, at forskning og formidling har samlet sig om denne ene side af mælkeprodukterne. Når der er så massiv en sammenhæng, er der imidlertid også en stor risiko for, at man læner sig tilbage og føler, at man har fundet årsagen over alle årsager. Man risikerer at glemme sin videnskabelige nysgerrighed og åbenhed overfor mærkelige muligheder og aparte åbenbaringer. Forbudte tanker af typen "hvad nu hvis det farlige alligevel ikke er farligt?" udebliver, og alle bruger deres energi på at bekræfte det for længst accepterede. Men hvad nu hvis....?

– samarbejde med FaKD

Mejeriforeningen har indledt et samarbejde med Foreningen af Kliniske Diætister og med Allan Stubbe Christensen, klinisk diætist på Ernæringsenheden, Regionshospitalet Herning og flere gange skribent i Diætisten. Allan vil gennemgå den eksisterende litteratur om emnet mælk og blodtryk, og udarbejde en rapport der skal danne grundlag for et vejledningsmateriale til kliniske diætister og blodtrykspatienter.

Mejeriforeningen har stor erfaring med partnerskabsprojekter, dialogprojekter og netværk, og vi glæder os over, at vi også kan finde interessesammenfald med FaKD.

Nye studier fordyber sig dels i de enkelte mættede fedtsyrers effekt på forskellige blodparametre, der influerer på risiko for hjertekarsygdom (18), dels i andre stoffer i mælkefedt, fx. CLA (19). Nogle af de stoffer, man finder i mælk og mælkefedt, kan udvindes og omdannes til medicin eller kosttilskud. Men måske er specifikke biokemiske stoffer med funktionelle egenskaber også medvirkende til, at man gang på gang ser, at kostformer, hvor mælk indgår, har en direkte positiv sammenhæng med sundhed.

Det faktum, at mælk lader til at besidde evnen til at støtte vægttab og sænke blodtryk, tæller også positivt for hjertekarsundheden, og når man igen går ud af laboratoriet og betragter mennesker, der lever deres selvvalgte liv, er det svært at se mælken som skurk. En vurdering af 10 kohortestudier, der relaterede mælke- eller calciumindtagelse til hjertekarsygdom, fandt ingen evidens for, at mælk skulle være skadeligt. Tværtimod antyder den samlede vurdering af studierne, at mælkeprodukter i kosten er associeret med en lille, men værdifuld reduktion i risikoen for at få hjertesygdom og hjerneblødning (20).

For øvrige mejeriprodukter har man fundet, at smør er direkte relateret til mættet fedt og hjertekarsygdom, mens nogle undersøgelser tværtimod viser det modsatte for ost (21, 22).

Dette fortæller mig, at

- mager mælk er ikke skadeligt for hjerte og kar,
- hjertesundhed styrkes indirekte af mælk, som støtter vægttab og blodtryksnænkning,
- de kostformer, der har et stabilt indhold af mælk, også er dem der giver den laveste forekomst af hjertekarsygdom.

Nye perspektiver

Der er næsten totalt sammenfald mellem DASH-diæten, lipidsænkende diæt, affedningsdiæt og de generelle kostanbefalinger rundt om i verden, uanset om de så hedder 7 eller 8 kostråd eller er pyramide-, regnbueformede eller 3-trinsrakter. DASH-diæten

sænker såvel LDL-, men også HDL-kolesterol (23). Affedning giver blodtryksfald, og dem, der følger den generelle kostanbefaling har langt større chance for at undgå overhovedet at udvikle nogle af de ubehagelige tilstande, der både sænker livskvaliteten og den forventede levetid for den enkelte.

I min studietid i 70'erne og starten af 80'erne var kostfibre vejen til frelse. Siden en gang i 90'erne har det været frugt og grønt, og der bliver lavet et kolossalt og genialt arbejde fra 6-om dagen samarbejdet. Begge dele er karakteristiske for de kostformer, der hænger sammen med sunde mennesker. Ligesom mælk er vi er kun ved starten af den forskning, der udreder de mekanismer, som styrer mælkens vej og rolle i vores ernæring, men to ting står helt klart:

- mælk udgør en grundlæggende vigtig del af et sundt kostmønster;
- mælk har efter al sandsynlighed en selvstændig, aktiv, positiv rolle i forebyggelse og /eller behandling af såvel fedme, hjertekarsygdom som metabolisk syndrom.

Det er nemmest at fokusere på en enkelt faktor, når man formidler. Grønt, grønt, grønt. Mælk, mælk, mælk. Som branche er man nærmest forpligtet, og det forventes, at man taler sin egen sag. Den har den mere spegede opgave at få det hele til at hænge sammen til kost, mad, og liv. Forhåbentlig har denne opsummering givet ny mening til mælkens rolle.

Yderligere information: srh@mejeri.dk

Referencer

1. Zemel MB. Mechanism of dairy modulation of adiposity. *J Nutr* 2003; 133: 252S-56S.
2. Zemel MB et al. Calcium and dairy acceleration of weight and fat loss during energy restriction in obese adults. *Obesity Research* 2004; 12: 582-90.
3. Zemel MB et al. Dairy augmentation of total and central fat loss in obese subjects. *Int J Obesity* 2005; 29: 391-97.
4. Lorenzen JK et al. Effect of dairy calcium or supplementary calcium intake on postprandial fat metabolism, appetite, and subsequent energy intake. *Am J Clin Nutr* 2007; 85: 678-87.
5. Lorenzen JK et al. Calcium supplementation for 1 y does not reduce body weight or fat mass in young girls. *Am J Clin Nutr* 2006; 83:18-23.
6. Jakobsen R et al. Effect of short-term high dietary calcium intake on 24-h energy expenditure, fat oxidation, and fecal fat excretion. *Int J Obesity* 2005: 1-10.
7. Zemel MB. Regulation of adiposity and obesity risk by dietary calcium: mechanisms and implications. *J Am Coll Nutr* 2002; 21: 146S-151S.
8. Eagan MS, Lyle RM, Gunther CW, Peacock M, Teegarden D."Effect of 1 year dairy product intervention on fat mass in young women: 6 month follow-up. *Obesity* 2006; 14: 2242-48.
9. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin P-H, Karanja N for the DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997; 336: 1117-24.
10. Sacks FM, Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin P-H, Karanja N. A dietary approach for prevent hypertension: A review of the dietary approaches to stop hypertension (DASH) Study. *Clin Cardiol* 1999; 22 (suppl III): III-6-III-10.
11. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Moore TJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin P-H for the DASH-sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344:3-10.
12. McCarron DA. Role of adequate dietary calcium intake in the prevention and management of salt-sensitive hypertension. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(suppl): 712S-16S.
13. Writing group of the PREMIER collaborative research group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. Main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003;289:2083-093.
14. Seppo L, Jauhainen T, Poussa T, Korpela R. A fermented milk high in bio-active peptides has a blood pressure lowering effect in hypertensive subjects. *Am J Clin Nutr* 2003; 77: 326-30.
15. Pereira MA, Jacobs DR, van Horn L, Slaterry ML, Kartashov AI, Ludwig DS. Dairy consumption, obesity, and the insulin resistance syndrome in young adults. The CARDIA study. *JAMA* 2002; 287: 2081- 89.
16. Elwood PC, Pickering JE, Fehily AM. Milk and dairy consumption, diabetes and the metabolic syndrome: the Caerphilly prospective study. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 695-98.
17. Choi HK, Willett WC, Stampfer MJ, Rimm E, Hu FB. Dairy Consumption and the risk of type 2 diabetes mellitus in men. A prospective study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 997-1003.
18. Tholstrup T. Dairy products and cardiovascular disease. *Curr Opin Lipidol* 2006; 17:1-10.
19. Smedman A, Vessby B. Conjugated linoleic acid supplementation in humans – metabolic effects. *Lipids* 2001; 36: 773-81.
20. Elwood PC, Pickering JE, Hughes J, Fehily AM, Ness AR. Milk drinking, ischaemic heart disease and ischaemic stroke II. Evidence from cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 718-24.
21. Biong AS. Dairy products and myocardial infarction. Oslo: Department of Nutrition, Faculty of Medicine, University of Oslo, 2007.
22. Nestel PJ, Chronopoulos A, Cehun M. Dairy fat in cheese raises LDL cholesterol less than that in butter in mildly hypercholesterolaemic subjects. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 1059-63.
23. Obarzanek E, Sacks FM, Vollmer WM, Bray GA, Miller ER, Lin P-H, Karanja N, Windhauser MM, Moore TJ, Swain JF, Bales CW, Proschan MN – for the DASH Research Group. Effects on blood lipids of a blood pressure-lowering diet: the dietary approaches to stop hypertension (DASH) trial. *Am J Clin Nutr* 2001; 74: 80-9.

ATPRO 100®



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 glas- klart udseende.

ATTYLET®



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. saftvand, juice, supper, purerede grøntsager og lignende.

Attylet® doseres direkte i de anvendte produkter.

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



Syge børn - identifikation og behandling

Pædiatrisk Ernæringsenhed beskæftiger 6 kliniske diætister, to lægekonsulenter på deltid, en specialesygeplejerske, en kok i børneonkologisk køkken og en køkkenmedarbejder i mælkekøkkenet. Rigshospitalet har pædiatrisk lands- eller landsdelsfunktion. Som et nyt arbejdsområde er de kliniske diætister ansvarlige for ernæringscreening af indlagte børn og for at opdatere væstkurver samt foretage og dokumentere den daglige monitorering af de børn, der er i ernæringsterapi.

Prævalens og definition

Børn i risiko for malnutrition er et velkendt problem på hospitalerne. Flere undersøgelser viser, at op mod 35% af alle indlagte børn er malnutrierte i en vis grad (1). Som oftest skyldes det energimalnutrition.

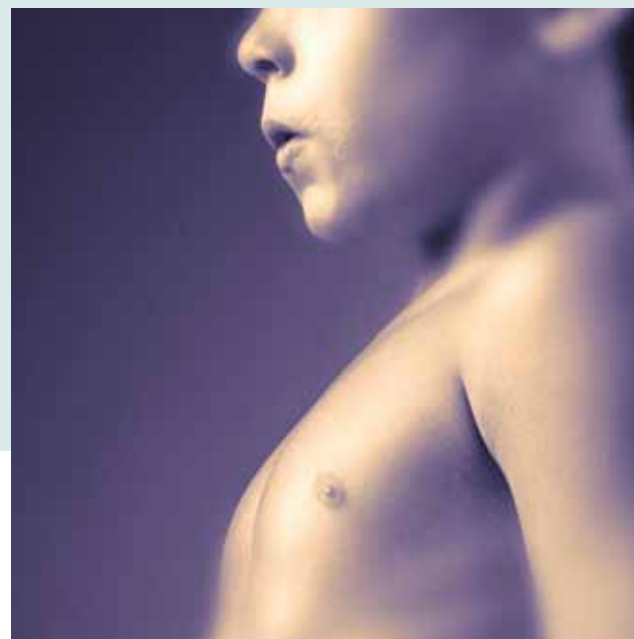
Der findes adskillige forslag til definition på malnutrition. Waterlow (2) foreslog tilbage i 1976, at man kunne klassificere underernæring i forhold til to forskellige væstkurver: Højde for alder og vægt for højde. Tabel 1 viser denne klassifikation i forhold til grad af malnutrition.

Til brug for at ernæringscreening og identificere de børn, der er malnutrierte eller er i risiko for at blive det, er der indenfor de senere år udarbejdet forskellige forslag til værktøj.

**TABEL 1. Classification of malnutrition
Waterlow 1976**

	Mild	Moderate	Severe
Weight/height wasting	80-90%	70-80%	<70%
Height/age stunting	90-95%	85-90%	<80%

Expressed as percentage relative to the 50% median



Sermet-Gaudelus og medarbejdere (3) foreslår, at man vurderer kostindtag og vægttab, men at man også forholder sig til grad af sygdom, og om barnet har smerter. Ernæringsintervention er foreslået i forhold til scoren, se tabel 2.

En hollandsk gruppe har videreudviklet på Sermet-Gaudelus's forslag og medtaget kvalme som en parameter, der skal vurderes i forhold til ernæringsintervention. Forslaget blev præsenteret på den nyligt afholdte ESPGHAN i Barcelona på diætistsessionen, men studiet er endnu ikke publiceret.

På Rigshospitalet har vi for 5 år siden sammen med de øvrige børneafdelinger i Hovedstadens Sygehusfællesskab udarbejdet et sæt screeningsparametre. Nedenstående viser de 5 parametre, som indgår i vurderingen af, om barnet er i risiko for underernæring.

Ernæringscreening

- Nyligt vægttab > 10% (for børn der vejer < 10 kg dog allerede ved vægttab > 5%)
- Vurdering af væstkurve tydende på akut eller kronisk underernæring/fedme

- Kostindtag lavt i en uge (skønnet 1/2 af behovet) og et forventet længerevarende sygdomsforløb (for børn < 10 kg dog kun 3 dage)
- Forebyggende indsats hvis barnet skal gennemgå et større kirurgisk indgreb
- Kronisk syge børn, der har specielle ernæringsproblemer.

Nutritiongruppen under ESPGHAN har netop nedsat en gruppe, som skal komme med et europæisk forslag til et værktøj, som kan bruges til at identificere børn i risiko for malnutrition. Dette vil være tilsvarende det værktøj ESPEN har udarbejdet til voksne, som bliver brugt flere steder i Danmark til ernæringscreening.

Energibehov

For at beregne det syge barns energibehov kan man udregne BMR og tillægge PAL-værdi i forhold til den fysiske aktivitet barnet har og endelig tillægge en faktor for sygdomsaktivitet.

I daglig praksis anvendes de nordiske anbefalinger for raske børn (4) med lav fysisk aktivitet. Der findes ikke specielle anbefalinger for syge børn, og det vil overordnet være meget individuelt afhængig af sygdomsgrad og aktivitetsniveau. Aktivitetsniveauet kan svinge en del fra dag til dag. Mange af de kronisk syge børn har dog så lille fysisk aktivitet, at helt ned til 70-80% af det raske barns energibehov er tilstrækkeligt for tilfredsstillende vækst. Børn, der har brug for catch-up, har dog brug for mere energi.

Hos intensivt syge børn, børn med brandsår og andre sygdomme hvor der er særlige behov, skal man udregne energibehovet ud fra BMR.

Proteinbehov

Der findes ikke mange undersøgelser om proteinbehovet hos syge børn. Som tommelfingerregel anbefaler vi på Rigshospitalet at sikre et proteinindtag på 150%. Det dækker behovet hos de kronisk syge børn. Det er som oftest ikke noget problem at få dækket proteinbehovet, idet en dansk gennemsnitskost for børn ligger fra 2-4 g protein/kg. Der findes en undersøgelse på proteinbehovet hos børn i respirator, der viser at for at komme i nitrogenbalance er behovet 2,8 g protein/kg (5).

Protein-energi-ratio

Der er stor forskel på energi/protein-ratioen i forhold til barnets alder og vægt. Proteinbehovet er stort set det samme per kg bortset fra de første måneder af livet. Til gengæld er der meget stor forskel på energibehov fra spædbarn til teenager. Spædbørn har

MÅLING AF VÆGT

Alder	Målehyppighed
< 10 kg	2 x uge
> 10 kg	1 x uge
Ernæringsterapi	2 x uge

et meget stort energiforbrug, idet de næsten tredobler deres vægt indenfor første leveår. Energi/protein-ratioen ligger op til 15 kg på omkring 10E% fra protein. Derefter falder energiforbruget, og dermed stiger ratioen tilsvarende. Således stiger protein-E% til 15 op til 20 kg, og over 20 kg er ratioen op til omkring 20E% (4).

TABEL 2. Nutritional risk score

Pathology	Pain(1) Food intake<50% (1)	Score	Nutritional risk	Intervention
Mild (grad1) (0)	None	0	Low	None
Mild (grad 1) (0)	One	1	Moderate	Assess food intake and weight
Mild (grad 1) (0)	Both	2	Moderate	Refer to a dietitian
Moderate (grad 2) (1)	None	1	Moderate	Start oral nutritional support
Moderate (grad 2) (1)	One	2	Moderate	-
Moderate (grad 2) (1)	Both	3	High	-
Severe (grad 3) (3)	None	3	High	-
Severe (grad 3) (3)	One	4	High	Consider EN or PEN
Severe (grad 3) (3)	Both	5	High	-

Sermet-Gaudelus et al. Am J Clin Nutri 2000



Børn med særlige behov for energi og protein

- respiratorbehandling
- nedsat lungefunktion
- brandsår
- nyresygdomme
- cystisk fibrose
- malabsorption
- Prader Willi
- neuropædiatriske børn

Monitorering af vækst

Man bruger vækstkurver for at sikre, at barnet følger en vækst i forhold til referencekurven eller har den ønskede catch-up. Børnene i ernæringsterapi vejes 2 gange om ugen, og vækstkurven opdateres 1 gang om måneden for børn under 1 år. For de større børn opdateres vækstkurver mindst 4 gange om året. I øjeblikket diskuteres det i henholdsvis Sundhedsstyrelsen og i Dansk Pædiatrisk Selskab, om det vil være hensigtsmæssigt at bruge de nye WHO-vækstkurver (7). Disse kurver afspejler den anbefalede vækst og er baseret på børn, der bliver eksklusivt ammet indtil 6

måneder. De kurver, vi anvender i dag, er baseret på optegnelser fra 1970'erne, og disse børn har overvejende fået modernermælkserstatning. Det betyder i praksis, at børnene ved 1-års-alderen på WHO-kurven vejer ca 1 kg mindre end på de kurver, vi bruger på nuværende tidspunkt. Ved 5-års alderen vejer børnene det samme.

Hvis det ikke er tilstrækkelig monitorering med vægt fx pga ascites, kan man bruge armomkreds og hudfold. For de mindste børn kan man anvende en knæ-hæl-måling, som er en udmærket parameter for at monitorere længdevækst.

Intervention

Ernæringsterapi består af flere forskellige tiltag, og det ene udelukker ikke det andet. Der er således børn, der får en kombination af livretter, sondeernæring og parenteral ernæring til at dække det resterende energi- og proteinbehov.

Børn med dårlig appetit skal som udgangspunkt tilbydes den mad, de har lyst til, når de er sultne. Hos den gruppe af børn, hvor det er en længerevarende tilstand, er man dog nødt til at sætte visse grænser for, hvor usund maden kan være. Man skal desuden være opmærksom på ved berigelse med fedtstof, at det er sunde fedtstoffer man bruger, og ikke kun det mættede fedt.

Kosttilskudsdrikke

Tilskudsdrikke kan enten være drikke, som er hjemmelavede, eller de kan være industrielt fremstillede. Det er vanskeligt at motivere mindre børn til at indtage bestemte levnedsmidler. Alle kneb gælder, og det handler om at fange børnene på deres interessefelter. For eksempel kan man hos børn, der interesserer sig for sport, fortælle, at deres idol også drikker specielle drikke for at kunne klare strabadserne. Drikken hældes i en sportsflaske, og barnet kan herefter identificere sig med sit idol!

MÅLING AF LÆNGDE/HØJDE

Alder	Antal målinger
Præmature	1 x pr. uge
0 – 1/2 år	hver 14. dag
1/2 - 1 år	1 x pr. måned
> 1 år	hver 3. måned



Sondeernæring

Der kan være mange indikationer for at ordinere sondeernæring til et barn. Det kan være pga vægttab, eller hvis det er en intensivt syg patient. Men sondeernæring kan også vælges pga måltidernes længde og hyppighed, eller pga prognosen (1). Selvom barnet får sondeernæring, skal man som hovedregel stadig tilbyde almindelig mad. I visse situationer kan det dog være en psykisk belastning at skulle spise selv, og det kan derfor i perioder være en fordel ikke at interessere sig for det orale indtag.

Til de børn, der skal sondeernæres i mere end 2-3 måneder, må man overveje gastrostomi. Hvis barnet kaster meget op, kan det være traumatisk at skulle have genanlagt sonden mange gange. For et lille barn kan man hos nogle børn opnå bedre spisetræning, hvis sonden ikke ligger gennem næsen. For større børn kan det være et kosmetisk problem at have en sonde i næsen.

Hos de mindste børn er det dog ekstremt vigtigt at fortsætte med at tilbyde mad, selvom barnet får sondeernæring. Sutterefleksens skal bevares, og hvis tidspunktet for introduktion af overgangskost bliver forpasset, risikerer man at stå med et barn, der overhovedet ikke putter mad i munden. I klinikken oplever vi således, at børn, der har fået sondeernæring gennem 1. leveår, har meget svært ved at komme i gang med at spise. Der kan gå flere år, før de spiser bare en smule varieret kost.

I Østergård er der et hospital, der har specialiseret sig i spisetræning for de børn, der af forskellige årsager ikke er kommet i gang med at spise selv. Børnene bliver indlagt sammen med forældrene i ca. 3 uger. Der bliver lavet madlege, hvor formålet er, at børnene får en positiv oplevelse med mad gennem leg ved at røre og føle på forskellige konsistenser og temperatur. Til måltiderne bliver børnene tilbudt forskellig mad og drikke, som svarer til barnets motoriske formåen. Sondeernæringen aftrappes som oftest over max en uge, hvorefter sonden seponeres, men i enkelte tilfælde suppleres fortsat med sondeernæring om natten. Desuden bliver samspillet

med forældre og barn vurderet, og rådgivning gives også i den sammenhæng (8). På Rigshospitalet er vi ved at etablere en tilsvarende funktion. Børneafdelingerne på Odense Universitets-sygehus, Viborg og Kolding Sygehus har allerede etableret et tilbud til disse børn for at få dem i gang med at spise. Man skal dog være opmærksom på, at det ikke er alle børn, der kan lære at spise selv, og at en grundig undersøgelse af oralmotorikken er en forudsætning, inden man begynder en egentlig spisetræning.

Parenteral ernæring

Hvis man ikke kan dække ernæringsbehovet enteralt, har man mulighed for at give parenteral ernæring. Den kliniske diætist kan være behjælpelig med at udregne behovet og give forslag til sammensætningen af den parenterale ernæring. Sidste år udkom der en guideline, som er en stor hjælp, hvis man skal sammensætte parenteral ernæring til et barn (9). Først når barnet vejer omkring 30 kg, kan man anvende en industrielt fremstillet pose beregnet til voksne, idet disse poser indeholder relativt mere protein, end et mindre barn har brug for. Man skal derfor altid regne proteinmængden ud, inden man giver en sådan pose til et barn.

Ernæringsteam

The Committee on Nutrition under European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) anbefaler, at der etableres ernæringsteam på de pædiatriske

Karin Kok

- | | |
|------------|---|
| 1991 – | Leder af Pædiatrisk Ernæringsenhed
Rigshospitalet |
| 1989 –1991 | Projekt "Bedre mad til børn med kræft",
Rigshospitalet |
| 1985 | Amager Hospital (orlov fra Kennedy Instituttet) |
| 1978 –1989 | J. F. Kennedy Instituttet, Glostrup |

hospitaler. Teamet skal være ansvarlig for screening, monitorering og interventionen. Desuden undervise på afdelingerne, idet interventionen bedst foregår i et tværfagligt regi mellem den kliniske diætist og afdelingens personale (10). I Pædiatrisk Ernæringsenhed har vi i mange år haft et sådant team med kliniske diætister, sygeplejersker, farmaceut og læger. Dette tværfaglige samarbejde er med til at sikre optimal ernæring for specielt de børn, der får enteral eller parenteral ernæring (11).

Karin.kok@rh.regionh.dk

Referencer

1. Shaw V, Lawson M. Clinical Paediatric Dietetics. Third edition, Blackwell Science 2007.
2. Waterlow JC. Protein classification and definition of protein-energy malnutrition. In: Beaton GH, Bengoa JM eds. Nutrition in preventive medicine. Geneva: World Health Organisation 1976.
3. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, Brusset MC, Mosser F, Berrier F, Ricour C. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr 2000;72:64-70
4. Nordic Nutrition Recommendations 2004.
5. Coss-Bu JA, Jefferson LS, Walding D. Resting energy expenditure and nitrogen balance in critically ill pediatric patients on mechanical ventilation. Nutrition 1998;14:649-52.
6. Michaelsen KF. Short-term measurements of linear growth in early life: infant kneemometry. Acta Paed.1997;86:551-3.
7. www.who.int/childgrowth/en
8. www.kinderpsychosomatik.at
9. Koletzko B, Goulet O, Shamir R. ESPGHAN guidelines on Paediatric Parenteral Nutrition, JPGN 2005;41 (supl. 2).
9. Agostoni C, Axelson I, Comb V, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D The need for nutrition support teams in pediatric units: A commentary by the ESPGHAN committee on Nutrition JPGN 2005;41:8-11.
10. Jonkers CF, Prins F, Kempen A, Tepaske R, Sauerwein. Towards implementation of optimum nutrition and better clinical nutrition support. Clin Nutr 2001;20:361-66.

Af Anne W. Ravn, klinisk diætist

Boganmeldelse

Gerontologi. Livet som gammel - en tværfaglig lærebog i gerontologi.

Redigeret af Christine E. Swane, Anne Leonora Blaakilde, Kirsten Amstrup.

2. udgave 2007. Munksgaard Danmark
324 sider, 328 kr.

Jeg blev så grebet af at læse om alderdommens kompleksitet i denne reviderede udgave, at jeg iler med en stærk anbefaling af bogen til alle, der til daglig eller ind imellem har brug for indsigt i den aldrende psyke og krop og muligheder og begrænsninger i ældretilværelsen. Jeg havde forestillet mig blot at læse kost-kapitlet og skimme et par andre tilfældige opslag, men måtte udsætte både nattesøvn og et af Linn Ullmanns skønlitterære værker og fortsætte læsningen minutløst hver eneste side hele vejen gennem bogen!

Bogen beskæftiger sig med en række aspekter af den ældre borgers samspil med samfundet og sundhedsvæsenet i relation til egen krop, køn, sundhed, velvære, kost, alder, livsløb, seksualitet, død mm. Forfatterne giver redskaber i arbejdet med de ældre borgere, både

hvad angår det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. I 2. udgave af bogen er kapitlerne dels ajourført og dels nyskrevne.

Der er kommet mere fokus på de svækkede ældre med bl.a. kapitler om forebyggende hjemmebesøg og rehabilitering.

Forfatterne til kostkapitlet er, naturligvis, læge og Ph.d. Agnes N. Pedersen og klinisk diætist og Ph.d. Anne Marie Beck, som i en lang årrække har forsket og publiceret indenfor ernæringsmæssige problemer hos ældre.

Meget i bogen er kendt stof, når man som klinisk diætist har arbejdet med ældre patienter en årrække - banalt og basalt vil én og anden nok mene. Ikke desto mindre blev jeg meget klogere på både alderdommen og kunsten at leve og kunsten at dø undervejs i denne fine bog.

redaktoer@diaetist.dk



Til eftertanke

Under en proces hvor jeg (og mine 5 kolleger) fra ledelsens side havde fået et klart nej til flere ressourcer og oven i købet var blevet bedt om at effektivisere diætbehandlingen evt. ved at tilbyde færre konsultationer, modtog jeg henvisning på en meget skrøbelig patient.

Ruth Holm Jessen



"Kronisk pancreatitis, store smerter, begyndende svigt på lever og nyrer, betydeligt vægttab, aktuel vægt 31 kg (BMI = 13), Ønske om udarbejdelse af ernærings- og sondeplan for sufficient indtag af energi og protein."

Sygeplejersken, der gav mig ovenstående oplysninger kl. 15.30, ville gerne have min hjælp til denne patient inden næste dags stuegang kl. 9.00.

På grund af et enormt stort arbejdspress kunne jeg faktisk ikke yde den ønskede assistance. Kollegerne var gået hjem for denne dag, så dér var heller ingen hjælp at hente. Det eneste, jeg kunne tilbyde sygeplejersken var, at jeg ville se nærmere på patienten så snart som overhovedet muligt. Frustreret tog jeg hjem fra arbejde; det er ellers kun sket ganske få gange... Tankerne svirrende i mit indre: Frygtelig situation for denne patient... og kan jeg holde til det pres, det er at sige nej til diætbehandling af en patient, fordi min ledelse nægter os flere ressourcer? Alle ugens afbud og udeblivelser er i forvejen brugt på andre akutte patienter... Vil patienten dø af mangelfuld behandling? Tja, det ved man jo ikke. Kronisk pancreatitis dør man jo alligevel af før eller siden... Men hun kan måske få 20 år endnu, hvis hun får den bedste behandling... Og det er vel ikke så ringe i betragtning af, at hun er jævnaldrende med mig?

Næste dag mødte jeg lidt tidligere på arbejde og gav plejepersonalet de mest nødvendige instruktioner til opstart af ernæringsterapi på denne patient. Patienten blev senere overflyttet til intensiv afdeling, hvor hendes tilstand i adskillige døgn var meget kritisk. Men nu er hun udskrevet – og lever stadig.



Denne case hører ind under kategorien sørgelig - dog med lykkelig udgang for patienten, indtil videre. I en tid med øget fokus på ernæring og diætbehandling møder jeg og mine kolleger - sikkert landet over - denne mur af afslag på opnormering til vores vigtige arbejde. Vi bliver måske bekræftet i, at vi ikke kan løbe hurtigere, men hvem går det ud over? De stakkels patienter, ja, men også os selv. Det bliver tilsyneladende en ekstra udfordring at opretholde faglig stolthed i vort arbejde, når vi bliver bedt om at effektivisere vor diætbehandling. Vi må frem for alt huske, at vores force er individuel diætbehandling af syge med forskellige diagnoser. Det kræver tid, faglig dygtighed og en kvalitetsbevidst autoriseret klinisk diætist!

Kunne vi få regionerne til at konkurrere om hvilket sygehus, der tilbyder den bedste individuelle diætbehandling af en autoriseret klinisk diætist, ville vores fremtid nok blive lysere...

ruth.jessen@hotmail.com

Fra bestyrelsen

Regionsmøder

Når dette blad går i trykken, vil bestyrelsen have afholdt to ud af fem FaKD-regionsmøder.

Bestyrelsens tur rundt i regionerne har flere formål

Organisatorisk har FaKD som forening brug for en regionsstruktur med et direkte bindeled ud til regionerne fra bestyrelsen, så vi

opnår en bedre koordinering af det arbejde, diætister sidder og laver rundt om i Danmark. Og netop dette arbejde håber vi at høre meget mere til, efterhånden som vi kommer rundt.

Det er vigtigt, at så mange medlemmer som muligt kommer, og at I giver jeres meninger til kende, da det vil få afgørende betydning for, hvordan FaKD vil arbejde fremover.

På det første regionsmøde var der stor opbakning til bestyrelsens udarbejdede forslag til en regionsstruktur og flere tilkendegivelser om at ville deltage i det faglige arbejde. Uden medlemmernes aktive indsats får FaKD ikke mulighed for at sætte diætisterne på dagsordenen, så det var positivt at opleve de fremmødtes engagement.

Når alle FaKD-regionsmøder er afholdt, vil bestyrelsen vende tilbage med en samlet vurdering af møderne og et oplæg til, hvordan vi sammen får indført en ny struktur for FaKD.

Vi kan derfor kun opfordre alle til at komme til regionsmøderne og deltage i debatten.

Datoer for regionsmøder

Region Nordjylland 23.10.07

Region Hovedstaden 19.11.07

Region Midtjylland 4.12.07

Medlemsinformationer skal opdateres

FaKD benytter som så mange andre e-mails som primær informationsmetode. Det kræver selvfølgelig, at e-mail adresser bliver opdaterede fra medlemmernes side ved at sende ændring ind til sekretariatet. Er der fx ikke modtaget materiale og invitation til FaKDs regionsmøder kunne det skyldes manglende information om adresseændring. Og virker kollegaen uinformeret om FaKD, så spørg om vi mon har den rette e-mail adresse.

Af samme årsag vil der i løbet af efteråret blive ændret på logon til vores hjemmeside, og i den forbindelse vil alle skulle udfylde et spørgeskema for, at FaKD kan få registreret de korrekte informationer. Bestyrelsen håber, alle vil bakke op omkring dette arbejde.

Projekt "Børn i behandling hos diætister"

FaKDs projekt under Sundhedsstyrelsen med overvægtige børn og deres familier er ved at være halvvejs i forløbet.

Vi har nu 409 børnefamilier, der aktivt deltager i projektet.

Undervejs er blot 39 familier udgået, to tredjedele allerede efter de første besøg, primært fordi familierne ikke har haft tilstrækkelige ressourcer til at deltage i hele forløbet. Det indikerer, at flere er henvist, selvom de egentlig ikke magtede at deltage, og noget kunne tyde på, at vi stadig ikke formår at hjælpe de allerdårligst stillede børn.

De 409 aktive børnefamilier er endnu ikke helt igennem alle vejledninger hos diætist, og først i november/december 2008 vil sidste vejledning og indtastning af data være afsluttet.

Men allerede nu ses det, hvor vigtigt det er at have dem i et længere forløb, hvor der kontinuerligt arbejdes på at fastholde nye og bedre kostvaner.

FaKD etablerer en følgegruppe, der holder det første møde her i efteråret. Følgegruppen skal følge og vurdere formidling af data fra projektet og komme med forslag til, hvordan projektets resultater kan bruges som baggrund for en forankring af indsatsen over for børnefamilier med overvægtige børn.

Kursuskalender

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

Dato: 1. – 4. juni 2008

Sted: København

Emne: Årsmøde for kliniske diætister

Dato: 8. januar 2008

Sted: Danisco, Langebrogade 1, Kbh.

Arrangør: JCVU/FaKD

Pris: 150,-

Tilmelding: FaKD's sekretariat
post@diaetist.dk

Emne: Årsmøde i klinisk ernæring

Dato: 16. maj 2008

Se også 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: lj@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 Vestergård. 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



Skovbær

Chokolade

Abrikos

Jordbær

