

DIÆTISTEN

TEMA Børn

Svært overvægtige har brug for behandling
– også selvom de er børn
Læs mere på side 5

Hvad laver en børnediætist?
Læs mere på side 19

Kostens betydning for den unge kræftpatient
Læs mere på side 22

SEKRETARIATSADRESSE

Foreningen af Kliniske Diætister
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER
Landemærket 10
1012 København K
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 9-16.30

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

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Anne W. Ravn, tlf. 20 20 35 50
annerav@gmail.com

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 98, 1. marts 2009
(udkommer april 2009)

Indlæg og annoncer sendes til
sekretariatet, mrk.: "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 og Foreningens af Kliniske Diætisters holdning.

BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . Viggo Rothes Vej 23, 2920 Charlottenlund . Tlf. 3940 6652 / 2078 6110 . E-mail: gr@diaetist.dk . Næstformand **Mette Pedersen** . Jagtvej 65, 2. tv., 2200 København N . Tlf. 26855978 . E-mail: metped05@geh.regionh.dk Øvrige medlemmer **Anne Marie Beck** . Frødings Allé 13, 1., 2860 Søborg . Tlf. 3535 3403 / arbejde 72347423 . E-mail: ambe@food.dtu.dk . **Dorthe Wiuf Nielsen** . Sjøllandsgade 45, 3. tv., 2200 København N. Tlf. 3535 3417 / arbejde 3545 8342 . E-mail: dwn@diaetist.dk / wiuf@mail.dk **Kirsten Petersen** . Hochstrasse 3, DE- 24939 Flensburg, Tyskland . Tlf. +49-461-3182696/ arbejde 8883 4107 . E-mail: Kirsten_petersen@gmx.net . **Line Rosgaard Kristensen** . Østervang 28, st. th., 8840 Rødkærbro . Tlf. 3029 7457 . E-mail: lrk.30@hotmail.com . **Margit Oien Nielsen** . Hybholtvej 16, 9352 Dybvad . Tlf. 5125 3624 / arbejde 9964 5224 . E-mail: juul.oien@deltadata.dk Suppleant **May-Britt Riggelsen** . Sønderport 38 A, 1., 6200 Aabenraa . Tlf. 40114540 / arbejde 2335 6542 / 7347 2397 . E-mail: mriggelsen@hotmail.com . **Lonneke Hjermitslev** Dallvej 36, Dall Villaby, 9230 Svenstrup J . Tlf. 2547 5484 / arbejde 9818 9230 . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com

REGIONSFORMÆND/NÆSTFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN . Formand **Dorthe Lindschouw Kaasgaard** . Mørups Allé 21, 2650 Hvidovre . Tlf. 3678 6110 . E-mail: dorthelindschouw@hotmail.com
Regionsnæstformand **Camilla B. Nielsen** . E-mail: milleskat@hotmail.com . REGION SYDDANMARK . Formand **Helene Andresen** . Farverhus 71, 6200 Åbenrå . Tlf. 2763 7155 / arbejde 7433 2159 . E-mail: heleneandresen@yahoo.dk . REGION NORDJYLLAND . Formand **Lonneke Hjermitslev** . Dallvej 36, Dall Villaby, 9230 Svenstrup J . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com . Regionsnæstformand **Janne Møller** . E-mail: posten14@hotmail.com

INDHOLDSFORTEGNELSE

TEMA

Svært overvægtige har brug for behandling – også selvom de er børn	5
Nonfarmakologisk behandling af børn med overvægt	9
Enheden for overvægtige børn og unge, Børneafdelingen, Holbæk Sygehus	15
Hvad laver en børnediætist?	19
Kostens betydning for den unge kræftpatient – set fra diætistens perspektiv	22
Maks ½ liter sodavand eller saft om ugen	26
Børns mellemmåltider må i fokus	31

UDEFRA

Doktor Skrump – en hjemmeside der kan hjælpe overvægtige børn	33
Anmeldelse af "Doktor Skrump"	35
En pædagogisk håndsrækning til det sunde familieliv – hjemmesiden GnaskeHelten.dk	36

OS IMELLEM

Æblekinder og kondisko – en forældreguide til sunde og glade børn!	39
---	----

FRA ADVOKATEN

Resultatet af lønforhandlingerne i kommunerne i 2008	41
---	----

FRA BESTYRELSEN

MØDE- OG KONGRESKALENDER

Vejen til verdensklasse?

Ginny Rhodés
Formand



Overskriften her – vel at mærke uden spørgsmålstegnet – var overskriften på en kronik i Berlingske Tidende tirsdag d. 6. januar i år. Lige på et tidspunkt hvor vi alle er kommet gennem jul og nytår og skal til at tackle det nye år. Og med de udfordringer vi konstant læser og hører om, at vi står over for i 2009, - lad mig nævne i flæng bankpakke, finanskrisen,

massefyringer, prisfald på boliger, ja, listen af elendigheder virker meget lang, hvorfor så lige lade sig fange af denne kronik?

Jo, for den er skrevet af vores sundhedsminister sammen med formanden for Dansk Sygeplejeråd og omhandler det, vi arbejder med og i hver dag, nemlig det danske sundhedsvæsen. En sådan kronik læser jeg selvfølgelig omhyggeligt, især da jeg da også vældig gerne vil skrive en tilsvarende kronik sammen med sundhedsministeren!

Der tales nemlig om, at "væksten i antallet af danskere, der får en folkesygdom, skal nedbringes markant. Og de, der allerede har fået en kronisk sygdom, skal have bedre sundhedstilbud, så de undgår sygdomsforværring og tabte leveår". Jamen, det kan vi diætister kun være enige i! Og for en gangs skyld nævnes finansiering af dette (!) - "Regeringen har sat en ½ milliard af til øget patientundervisning og egenbehandling af kronisk syge". Og det er jo en naturlig del af diætisternes arbejdsopgaver, så mon ikke det vil give flere diætiststillinger?

Jo, det skulle man tro, da der også nævnes, at "Det er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan skabe højere kvalitet, at der er et tilstrækkeligt antal sundhedsprofessionelle, og at medarbejderne bruger deres kompetencer rigtigt". Der er så godt nok nedsat en taskforce, der skal fremlægge en strategi for, hvordan disse kompetencer kan anvendes bedre, og jeg mindes ikke at have modtaget en invitation til at deltage i arbejdet? Men det lyder da lovende, mon så ikke diætisterne kan komme til at udføre det arbejde, vi er uddannede til, i stedet for at skulle se andre forsøge sig?

Tja, det harmonerer bare ikke med det, vi oplever lige nu: De vedtagne diætistbesparelser og nedlæggelse af stillinger, opsigelse af aftaler for diætister i primærsektoren og vanskelighederne med at få lov til at diætbehandle de patienter, der vitterligt har hårdt brug for det.

Temaet for vores blad denne gang er børnene – dem, der gerne skal blive til glade og sunde og raske voksne – og ved gennemlæsning af artiklerne heri står det desværre klart, at det er en kamp at få hjulpet de børn, der trænger, om det er grundet overvægt eller anden sygdom. Flere nævner, at der mangler landsdækkende tilbud og ser gerne et bedre samarbejde mellem regioner og kommuner, for børnenes skyld. Og der burde ellers være gode muligheder for løsninger, da mange kan fremvise gode resultater, når børnene endelig kommer i behandling.

FaKD har derfor netop henvendt sig til regioner og kommuner med en opfordring til og et ønske om at gå i dialog og har desuden skrevet til sundhedsministeren om de problemer, vi som diætister møder ude i hverdagen, hvor handling er påkrævet, men viljen (og visionerne?) tihsyneladende mangler for tiden.

For lige nu er det lidt svært at se vejen til verdensklasse. På en trist og grå vintersøndag ser det hele faktisk noget tåget ud.

NYHED

Nutridrink Compact

MINDRE VOLUMEN. MERE ENERGI.



FÅS HOS NUTRICIA A/S FRA FEBRUAR 2009
- ring og hør mere om Nutridrink Compact - telefon 70 21 07 07



Volumen kan være en barriere i forhold til at opnå fuld udbytte af ernæringsdrikke. Med Nutridrink Compact får du den samme mængde energi i en 125 ml ernæringsdrik som ved en traditionel 200 ml ernæringsdrik - hvilket betyder 300 kcal/1.260 kJ og 12 g protein - i 40 % mindre volumen.

Ved at tilbyde Nutridrink Compact til patienter og borgere som har brug for tilskudsdrikke, hjælper du dem til at få den optimale ernæring i en volumen, de kan håndtere.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact

Svært overvægtige har brug for behandling – også selvom de er børn

Diætister i Center for Folkesundhed har gennem en årrække udviklet et behandlingstilbud, som giver gode resultater.

Men hjælp til de svært overvægtige børn er efter strukturen primært kommunernes ansvar. Diætisterne inviterer derfor til vidensdeling og tværsektorielt samarbejde.

Charlotte Bang Eisner



Eva Myrup



Anna Glavind



I det danske sundhedsvæsen screener man for livsstilssygdomme ved hjælp af blandt andet måling af blodtryk, blodsukker og kolesterolniveauer. Er en eller flere af disse parametre abnorme tilbydes indsats i form af fx diætbehandling med vægttab som et vigtigt behandlingsmål.

Men drejer det sig om børn, ser billedet anderledes ud.

I Danmark er der ikke tradition for at måle de metaboliske parametre hos børn. Behandlingssystemet er heller ikke gearret dertil. Men når man ved, at svært overvægtige voksne har forøget risiko for at udvikle livsstilssygdomme som sukkersyge, hjerte-karlidelser og overbelastningsskader af bevægeapparatet - hvorfor har man så ikke fokus på en tilsvarende risiko hos børn? Hvorfor skal børnene lade sig nøje med en forbyggende og sundhedsfremmende tilgang til overvægten, når de reelt har behov for en intensiv behandlingsindsats?

Sådanne spørgsmål bliver hurtigt en del af refleksionen, når man som klinisk diætist arbejder med svært overvægtige børn.

Gennemprøvet tilbud

Vi har i Praksisdiætistordningen arbejdet med diætbehandling af børn og unge med svær overvægt siden 2001. De fleste henviste børn ligger langt over 99%-percentilen på BMI-kurverne for børn. Overvægten er ofte kun en del af problemet, og børnene kan være stærkt påvirket psykisk, socialt og motorisk af overvægten.

Det har givet os en række erfaringer med vejledningsforløb og samarbejde med børnene og deres familier. Ved hjælp af en evidensbaseret tilgang til arbejdet, hvor vi sætter mål og monitorerer resultaterne, har vi efterhånden udviklet et vejledningsforløb, der er et både veletableret og gennemprøvet behandlingstilbud.

Mål for intervention

Ud over den diætetiske behandling af overvægten, der skal fremme en hensigtsmæssig BMI-udvikling, tager vi afsæt i mål om at forbedre barnets kost- og motionsvaner. Det sker ud fra en erkendelse af, at mange af de svært overvægtige børn aldrig bli-



Foto: Anna Glavind

Christoffer vejer sig
Christoffer har tabt 4,4 kilo.
Da han samtidig er vokset 7 cm de sidste to år, svarer det til ca. 10 kilos vægttab.



Foto: Anna Glavind

Familien til vejledning
Christoffer er til vejledning hos Charlotte sammen med sin far Mikael og sin farmor Lis.

ver såkaldt normalvægtige svarende til BMI < 25 som voksne. De har derfor i endnu højere grad end slanke børn gavn af sunde kost- og motionsvaner gennem livet.

Behandlingsmål opstilles individuelt ud fra tre parametre:

- vægtudvikling/ændring af fedmegrad i retning af normal vægt for barnet svarende til højde og kropsbygning
- Normalkost (NNR)
- øget fysisk aktivitet, minimum én times daglig aktivitet.

Overkommelige mål

Et vejledningsforløb kan strække sig over to år, - en interventionsperiode på 6-9 måneder og en vedligeholdelsesperiode på 15-18 måneder. Typisk har familierne hyppige kontakter det første år og færre det næste.

Vi anbefaler, at hele familien deltager i vejledningsforløbet. Det er et vigtigt pædagogisk princip, at familien løbende opnår små succeser, der kan fastholde motivationen. Derfor er vi meget opmærksomme på at tilpasse interventionen til det enkelte barn og familiens resurser.

Målet er, at barnet/den unge har en hensigtsmæssig BMI-udvikling, og at hele familien flytter sig i retning af mere sunde kost- og motionsvaner. Mål tilpasses individuelt og evalueres løbende. I vedligeholdelsesperioden tilbydes støtte til at fastholde den nye livsstil, ligesom udviklingen i den unges BMI fortsat følges.

Monitorering af behandlingsforløb

Journalen føres i et elektronisk lægejournal- og bookingprogram, som giver mulighed for at trække data til statistiske analyser. Vi monitorerer børnenes BMI-percentil ved behandlingsstart, ved afslutning af interventionen og ved afslutning af vedligeholdelsesforløbet. Desuden registreres en række kvantitative parametre fx

antal kontakter og længden af kontaktperioden. Én gang om året gøres resultaterne op. Det generelle succeskriterium for vægtudvikling er et fald i BMI-percentil.

Længerevarende forløb nødvendige

Vores erfaring er, at de bedste resultater opnås, hvis familien indgår i et kontinuerligt forløb af en vis varighed, minimum seks måneder. Andre vigtige erfaringer er, at man bør

- inddrage hele familien i forløbet
- arbejde med klare, overskuelige fokuspunkter
- sætte overkommelige mål, der sikrer en perlerække af succeser
- differentiere i forhold til den enkelte families resurser
- arbejde med både kost og motion

Samarbejde i ny struktur

Efter strukturreformen er ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse flyttet til kommunerne, mens vi i regionerne primært skal tage os af behandling. De svært overvægtige børn er ikke kategoriseret som patienter. De er dermed ikke længere en arbejdsopgave, som naturligt ligger i regionsregi. Samarbejdet om at hjælpe dem står derfor overfor nye udfordringer.

Mange af de svært overvægtige børns problemer er komplekse. Vi drømmer derfor om at udvikle enheder, hvor børnene kan udredes og visiteres til blandt andet diætetisk behandling i regionalt regi, og hvor der samtidig kan formidles kontakt til familiestøttegrupper og til målrettede aktivitetstilbud i kommunerne, som hjælper børnene med at fastholde deres nye vaner og skabe nye sociale netværk.

De svært overvægtige børn vil efter vores mening have stor gavn af meget mere vidensdeling på feltet og af en sammenhængende tværfaglig og tværsektoriel indsats. Vi vil derfor gerne byde ind som faglig og troværdig samarbejdspartner også fremover.

Hvem kan henvises?

Børn mellem to og 16 år med BMI over 99%-percentil og børn med BMI over 90%-percentil, der har familiær disposition for livsstilssygdomme eller har haft en voldsom vægtstigning inden for det sidste år, kan henvises til individuelt forløb og i nogle geografiske områder gruppeforløb.



BMI-udvikling for børn, der har gennemført behandlingsforløb hos Praksisdiætistordningen, Center for Folkesundhed, i 2008

	Antal	Andel af gennemførte forløb
Slut-BMI under 90%-percentil	2	2%
BMI percentil faldet	64	61%
BMI percentil holdt	8	8%
BMI percentil steget	31	30%
I alt*	105	

* i alt 130 børn har afsluttet forløb i 2008. Heraf er 25 børn kun mødt op til én vejledning.

charlotte.eisner@stab.rm.dk

eva.myrup@stab.rm.dk

anna.glavind@stab.rm.dk

Af Anna Glavind, kommunikationskonsulent, Center for Folkesundhed

Med Garfield på skrump

Garfield-lasagne med gulerodsråkost. Det er Christoffers livret. Men råkosten har ikke altid været en del af menuen.

Flere grøntsager, faste spisetider og mere bevægelse har hjulpet Christoffer til at smide så mange kilo, at han nu kan passe et par cowboybukser.

Christoffer på 11 år får sammen med sin far og farmor diætetisk vejledning af Charlotte Bang Eisner. Ni besøg er det blevet til på to år.

Farmor Lis understreger værdien i at have et mål og få støtte til at fastholde det.

- Det har stor betydning, at vi har et mål, og at vi jævnligt kommer til kontrol og får hjælp til at vide, hvad der er det rigtige at gøre, - så er det lettere at holde fast i de sunde vaner.

Især det at få indført faste spisetider har rykket, synes Mikael, Christoffers far, som også sætter stor pris på, at familien er sammen om at støtte Christoffer:

- Det nytter ikke at stille noget mad på bordet, som Christoffer ikke må spise. Det skal være ens for alle. Men det ligger til hele familien at være lidt godt i stand, så det er også til gavn for os andre. Vi får alle meget mere frugt og grønt nu.

Med færre kilo er det blevet sjovere at bevæge sig.

- Jeg farer mere rundt i skolegården nu, fortæller Christoffer, som også er begyndt at cykle i skoven på sin tre-gears-cykel sammen med sin far.

Klinisk ernæring

... når viden er vigtig



Ulla Hardt
Klinisk diætist
Tlf. 2054 9902
Region Syd



Tina Eklund
Sygeplejerske
Tlf. 2054 9903
Region Nord og Midt



Malin Lundh
Klinisk diætist
Tlf. 2054 9901
Region Sjælland
og Hovedstaden

MEDIQ Danmarks ernæringsteam er bemandet med kliniske diætister og sygeplejersker. Kontakt os på tlf. 3637 9130.

MEDIQ Danmarks sortiment dækker produkter fra Fresenius Kabi, Nestlé, Nutricia, Toft Care og Meda.



+



=



Nonfarmakologisk behandling af børn med overvægt

Prævalensen af overvægt er stigende i den vestlige verden, herunder også i Danmark. Det skønnes, at knapt halvdelen af den voksne befolkning er overvægtige (1-3). Prævalensen af overvægt blandt børn er også stigende.

I 2002 blev det skønnet, at omkring 6-7% af de 5-7-årige børn var overvægtige (4), og nyere data fra Ålborg Kommune viser, at 10% af alle 3-årige børn er overvægtige (5).

Kenneth Christiansen



Lone Viggers



Allan Stubbe Christensen



Farmakologisk eller kirurgisk behandling anbefales ikke til børn og unge under 18 år i Danmark (6,7). Livsstilsintervention (diætbehandling, fysisk aktivitet, adfærdsmodifikation) er således den eneste behandlingsmetode, der anbefales til børn og unge under 18 år. Denne behandling bør starte så tidligt som muligt og mad, bevægelse og familie bør vægtes ligeligt i behandlingen (8).

Baggrund

I foråret 2004 vurderede de kliniske diætister i Ernæringsenheden i det daværende Ringkjøbing Amt, at den diætetiske behandling af børn med overvægt ikke var optimal. Det eksisterende tilbud "manglede" noget. For at optimere behandlingen af børn med overvægt efterspurgte de kliniske diætister en tværfaglig indsats, hvor både mad, bevægelse og familie blev systematisk inddraget samtidig med, at behandlingen blev påbegyndt, før børnene blev for store, både alders- og vægtmæssigt. Det førte til, at Ernæringsenheden i foråret 2005 påbegyndte pilotprojektet: Strukturert Tværfaglig og tværsektoriel behandling af småbørn med Overvægt i Ringkjøbing Amt (STOR). Pilotprojektet blev støttet af Sundhedsstyrelsen og benyttede amtets 128 speciallæger i almen medicin til en standardiseret opsporing af børn med overvægt ved 3-, 4- eller 5-års-undersøgelsen. Såfremt lægen fandt

barnet overvægtigt ud fra alderskorrigerede BMI-værdier, kunne familien henvises til et tværfagligt behandlingstilbud, hvor klinisk diætist, fysioterapeut og familiekonsulent udgør behandlerteamet, der hjælper barn og familie (9).

Målet var at udvikle, implementere og evaluere et struktureret, tværfagligt og tværsektorielt behandlingstilbud til småbørn med overvægt og deres familier i Ringkjøbing Amt.

Formålet med projektet var:

- 1 Tidlig opsporing af børn med overvægt
- 2 Inddragelse af hele familien i behandlingen
- 3 Tværfaglig behandling

Klog betragtning fra Lena, 5 år:

Et plejehjem er et sted, hvor man opbevarer gamle mennesker og truer dem til at dele værelse med nogen, de ikke kan lide. De får mediciner og frikadeller, og hver lørdag får de formkage med rosiner.

Inklusionskriterier

Inklusionskriteriet var børn i Ringkjøbing Amt, der ved de forebyggende helbredsundersøgelser ved 3-, 4- eller 5-års-undersøgelsen hos egen læge blev fundet overvægtige på baggrund af alderskorrigeret BMI (10).

Tabel 1 – Inklusionskriterier for køn og alder

Alder	Drenge	Piger
	BMI	BMI
3 år	≥ 17,9	≥ 17,6
4 år	≥ 17,6	≥ 17,3
5 år	≥ 17,4	≥ 17,1

Tabel 1 viser BMI z-score (cut-off-værdier) for definitionen af overvægt. Værdier i tabellen svarer til et BMI på 25, hvis børnene havde været 18 år (10).

Fra 1. juni 2005 til 31. december 2005 blev 27 familier inkluderet. Tre familier valgte at takke nej til at deltage inden første konsultation, begrundet med "at barnet nok løber hvalpefedtet af sig", og tre familier valgte at stoppe efter første konsultation, begrundet med, at de nu havde fået nogle redskaber, de kunne bruge. Således blev 21 familier inkluderet i pilotprojektet.

Behandlingsmetode

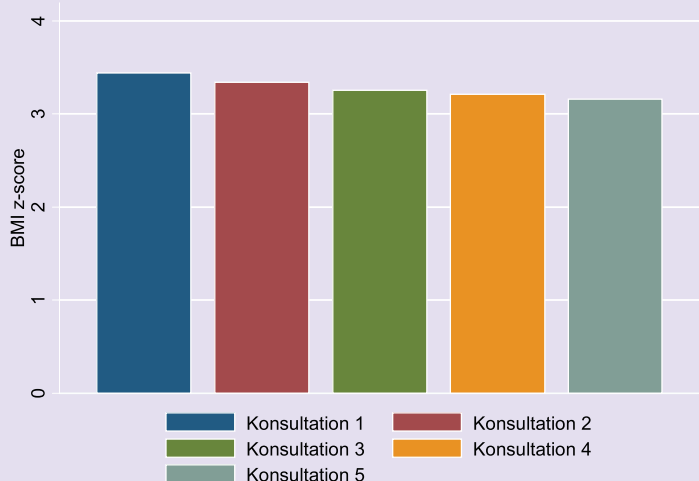
Behandlingen er nonfarmakologisk og omfatter diætbehandling samt behandling ved fysioterapeut og familiekonsulent . Den pædagogiske tilgang er systemisk. Dette betyder, at familien ses som en sammenhængende enhed, der påvirker hinanden (11). Metoden er valgt, fordi det er vist, at jo mere hele familien engagerer sig, desto større succesrate synes børnene at have med ændring af mad- og bevægelsesvaner (12). Den systemiske tilgang har således både barnet, søskende, forældre eller andre omsorgsrelaterede personer som målgruppe og søger at øge fami-

liens egne ressourcer og bevidsthed om egne potentialer ved at styrke familiernes indlæringssevne (13). Tankegangen er konstruktivistisk og går på, at mennesket gennem læring og erkendelse selv konstruerer sin forståelse af omverdenen (14). Interventionen er her en aktivitet, der understøtter empowerment og søger at fremme familiernes egne handlekompetencer (15). Det er familien selv og ikke behandleren, der har løsningen, hvilket stiller krav til behandlerne om neutralitet og evnen til at stille spørgsmål, der kan udfordre familiens virkelighed og grundholdninger i stedet for at rådgive (16). Der anvendes lineære, cirkulære, reflektive og handlingsafklarede spørgeteknikker i behandlingen (15, 17, 18). Dette betyder, at der spørges mere ind til familiens oplevelse af et problem i stedet for til selve problemet, således at de tvinges til at udforske sig selv og måden, de takler forskellige situationer på (16). Der afstås fra fejlsøgning og fejlløsning samt fra at vejlede og anbefale. Familien vælger selv, hvad de vil arbejde videre med. Der arbejdes med lavintens intervention (19), hvilket betyder højest to ændringer i relation til spisevaner og en ændring i relation til bevægelsesvaner mellem hver konsultation.

Data om børnenes mad- og bevægelsesvaner er opsamlet ved tre dages prospektiv kostregistrering (torsdag, fredag, lørdag), spørgeskema samt ved interview under konsultationen (9).

Familierne tilbydes fem konsultationer det første år, to konsultationer det andet år, derefter årlig konsultation. Der er lavet en cost-benefit-analyse på behandlingsmetoden, der viser, at denne behandlingsmodel ikke er dyrere end konventionel diætbehandling af børn med overvægt (9).

Figur 1- BMI z-score for de første fem konsultationer



Anbefalinger til sund frokost i daginstitutioner

Alle børn i daginstitutioner skal senest 1. januar 2010 have et måltid mad midt på dagen. Frokostmåltidet skal være sundt og leve op til de officielle anbefalinger, som Fødevarestyrelsen i samarbejde med Fødevareinstituttet DTU har udviklet.

Se mere på www.altomkost.dk

Statistik

Alle statistiske analyser er foretaget med STATA (version 10). Parret t-test er benyttet til analyse af, hvorvidt der er en forskel mellem 1. besøg og 5. besøg med hensyn til BMI z-score, energiholdige drikkevarer, frugt, grønsager, mælk samt rugbrød. Der er anvendt et signifikansniveau på 5%.

Resultater

Data fra 21 børn indgår i resultaterne ved 1. konsultation. Da fire familier er overgået til årlige kontroller før 5. konsultation, har vi ingen data på dem endnu, så der er 17 børn, som har haft fem konsultationer.

Figur 1 viser ændringen i børnenes gennemsnitlige BMI. Der er gået 18-24 måneder fra 1. til 5. konsultation og 3-9 måneder mellem hver konsultation. BMI z-score ved 5. konsultation er 0,28 lavere end ved 1. konsultation (95% CI: 0,05 til 0,52; $p=0,02$). På individniveau ses, at 65% af børnene har samme eller lavere BMI z-score ved 5. konsultation. Mange familier har fået flyttet tiderne til opfølgende konsultationer i behandlerteamet, hvorfor der i praksis er gået 18-24 måneder inden de kom til 5. konsultation, i stedet for som planlagt 12 måneder.



Tabel 2 - Reduktion i BMI z-score

Konsultationer	2.	3.	4.	5.	Ændring
17 børn	0,10	0,19	0,23	0,28	0,28 (CI 95% 0,05 til 0,52) $p=0,02$
19 børn	0,11	0,15	0,18	-	0,18 (CI 95% -0,05 til 0,40) $p=0,12$
21 børn	0,09	0,13	-	-	0,13 (CI 95% -0,05 til 0,31) $p=0,14$

Tabel 2 viser ændringen i BMI z-score, målt i forhold til BMI z-score ved 1. konsultation. Inkluderes de børn, der kun har haft tre konsultationer ($n=2$) og fire konsultationer ($n=2$) i den samlede analyse, ses stadig en reduktion i BMI z-score, men der er ingen signifikans længere. Det er desværre ikke lykkedes at få disse fire børnefamilier ind til den årlige kontrol. Data er opgjort i januar/februar 2008.

Tabel 3 - Ændring i mængden af udvalgte levnedsmidler fra 1. til 5. konsultation

Levnedsmiddel	1. konsultation	5. konsultation	Ændring (95% CI)	p-værdi
Energiholdige drikkevarer (ml)	141	72	-69 (-25 til 164)	0,14
Frukt (g)	168	167	-1 (-50 til 52)	0,97
Grøntsager (g)	44	115	71 (-107 til -34)	<0,01
Mælkeprodukter (ml)	371	283	-88 (-39 til 216)	0,16
Rugbrød (g)	62	77	15 (-42 til 12)	0,26

Tabel 3 viser, hvor meget børnene spiser/drikker ved 1. og 5. konsultation af udvalgte levnedsmiddelgrupper. Den gennemsnitlige mængde pr. dag er beregnet i Dankost 3000 på baggrund af de tre dages prospektive kostregistreringer.

Ikke alle børnefamilier har fået udfyldt kostregistreringerne ved 1. eller 5. konsultation, hvorfor data for kosten er opgjort på baggrund af kostregistreringer fra 15 børn. Energiholdige drikkevarer dækker over juice, sodavand, slush ice samt energiholdig saftvand og ditto læskedrikke.

Der findes os bekendt ikke valide metoder til at måle børnenes bevægelse, men fysioterapeuten har på baggrund af familiernes udtalelser vurderet bevægelsen til at være øget igennem forløbet. Forældrene udtaler alle, at bevægelse er blevet lystbetonet, og at det har haft en afsmittende effekt på hele familien.

Diskussion

Selvom der måles et lille signifikant fald i BMI z-score, findes der ingen samtidsdata om danske børns vækst udvikling fra 3-5 år. Derfor kan det diskuteres, om det er reelle resultater, vi måler, eller kun ændringer. Dette skal ses i lyset af, at 65% af børnene i projektet har opnået et stabilt eller faldende BMI efter 18-24 måneders nonfarmakologisk intervention. Noget kunne således tyde på, at denne strukturerede og tværfaglige behandlingsmetode hjælper en stor del af børnene. Ved et enkelt barn fandt vi et fald i BMI ned til 50%-percentilen ud fra alderskorrigerede BMI-værdier.

Til trods for at ikke alle børnene spiste og bevægede sig i henhold til de officielle næringsstofanbefalinger (NNR) ved 5. konsultation, ændrede de fleste børn såvel mad- som bevægelsesvanerne i en mere hensigtsmæssig retning. Den største effekt sås på mængden af spiste grøntsager.

På gruppeniveau så vi at

- 66% spiste mere frugt
- 80% spiste flere grøntsager
- 60% drak mindre mælk
- 53% drak færre energiholdige drikkevarer
- 53% spiste mere rugbrød

Kostændringerne er forbundet med nogen usikkerhed, idet de er opgjort som det gennemsnitlige indtag over tre dage. En kendt fejlkilde ved kostregistreringer kan være, at der spises anderledes de dage, der kostregistreres, eller at der fejlrapporteres (underrapportering af visse fødeemner og overrapportering af andre).

De fleste familier fortæller, at de er overraskede over, hvor let det har været at få børnene til at spise grøntsager og frugt i løbet af dagen, samt at børnene nu selv øser maden op på tallerkenen. Det synes som om, de fleste af børnene har fået en glæde ved at spise mere frugt og grønt; måltiderne synes samtidig mindre konfliktyldte for familierne.

Om familierne formår at fastholde ændringen i vanerne over tid, vides ikke. Dette spørgsmål kan kun besvares ved at følge familierne fremover. Familierne har kun arbejdet med små ændringer ad gangen, hvilket synes at have haft en positiv effekt på familiens mad- og bevægelsesvaner. De fleste af familierne udtaler under konsultationen, at børnenes ændrede mad- og bevægelsesvaner har smittet af på hele familien, således at alle i familien spiser sundere og bevæger sig med større glæde. Dog drikker de fleste af børnene stadig for lidt mælk.

Den systemiske tilgang i projektet gør, at der ikke er fokuseret på det enkelte barns mad- og bevægelsesvaner men på familiens mad- og bevægelsesvaner; samtidig er der fokuseret på handlemuligheder frem for begrænsninger. Dermed synes det som om, flere af familierne er blevet mere bevidste om, at de voksne væl-

ger udbuddet af mad, herunder hvad der er i køkken- og køleskabet, og hvad der serveres til måltiderne, hvor børnene vælger, om de er sultne eller mætte, samt hvad de vil spise af dette udbud.

Det, at der ikke findes nogle valide metoder til at måle børns daglige aktivitetsniveau, giver en usikkerhed i relation til bevægelsesvanerne, og om de reelt er ændrede. Når vi alligevel tillader os at antyde en ændring, beror det alene på forældrenes udsagn samt fysioterapeutens faglige vurdering. Forældrene oplyser, at bevægelsen er blevet mere lystbetonet, hvilket indikerer en sandsynlighed for, at børnene fortsat vil bevæge sig senere i livet, idet en mere pligtstyret bevægelse kan forventes at medføre et reduceret aktivitetsniveau, når børnene bliver gamle nok til selv at bestemme.

Konklusion

Ernæringsenheden har udviklet og efterfølgende implementeret en behandlingsmetode, hvor behandlingen er nonfarmakologisk og nonkirurgisk, og som omfatter et struktureret tilbud omhandlende mad, bevægelse og familierapi ved klinisk diætist, fysioterapeut og familiekonsulent. Samlet synes der at være en tendens til, at denne behandlingsmodel hjælper omkring 65% af børn med overvægt. Det skal bemærkes, at denne metode ikke er dyrere end konventionel diætbehandling af overvægtige børn.

kechr@ringamt.dk

Referencer

- 1 Due P, Heitmann BL, and Sorensen TI. The obesity epidemic in Denmark. Ugeskr Laeger, 2006;168:129-32.
- 2 Richelsen B et al. Den danske fedmeepidemi - oplæg til en forebyggelsesindsats. 2003, Ernæringsrådet.
- 3 Ekholm O et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. 2006, Statens Institut for Folkesundhed: København.
- 4 Petersen TAG et al. Danske skolebørns BMI målt i perioden 1986/1987-1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972. Ugeskr Laeger 2002;164: 5006-5010.
- 5 Prævalens af overvægt og fedme blandt 3-årige i Aalborg kommune samt beskrivelse af risikofaktorer. Ugeskr Laeger 2008;170:452.
- 6 http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedstidblad/2005/farmakologisk_behandling_af_fedme.htm
- 7 Kirurgisk behandling af svær overvægt - en medicinsk teknologivurdering. 2007, Sundhedsstyrelsen.
- 8 Dansk selskab for almen medicin - 2006: opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn. 1. udgave, 1. oplag. DSAM.
- 9 <http://www.vest.rm.dk/patienter+og+p%c3%a5r%c3%b8rende/afdelinger/ern%c3%a6ringsenheden/om+os>
- 10 Michaelsen KM et al. Behandlingen af fedme hos børn - en vejledning for praktiserende læger. 2003. Nycomed Danmark A/S.
- 11 Elsass P: Sundhedspsykologi 2. udgave 8. oplag. Nordisk Forlag A/S. København 2002.
- 12 Epstein LH et al. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment of childhood obesity. Health psychology. 1994;13:373-383.
- 13 Peavy VR. Konstruktivisk vejledning 4. oplag. Rådet for uddannelses- og Erhvervsvejledning. 2002.
- 14 Illeris K. Læring 1. udgave 3. oplag. Roskilde universitetsforlag. 2001.
- 15 Burnait W et al. Child and Adolescent obesity - Causes and consequences, prevention and Management. 1. edition Cambridge University Press 2002; Part III: 241-345.
- 16 Brørup M et al. Den ny Psykologihåndbog 2. udgave 3. oplag Nordisk forlag A/S. København. 2001.
- 17 Marner T: Kom lad os snyde problemet. Hans Reitzels Forlag. 1994.
- 18 Tomm K: Interviewet som intervention III. del. Er hensigten at stille lineære, cirkulære, strategiske eller refleksive spørgsmål? Oversat af Marner T. Forum, vol 4. 1992.
- 19 Nowicka P et al. Low-intensity family therapy intervention i useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children. Int J Ped Obesity 2007;2:211-7.



Madordninger vinder frem i skoler og institutioner



To ud af tre skoler har en madordning. I landets vuggestuer er der i ni ud af ti mulighed for at købe mad til børnene, mens det hos børnehavebørnene kun er i én ud af ti børnehaver, børnene kan få et forældrebetalt måltid mad midt på dagen.

Det viser en undersøgelse, som Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender har fået udarbejdet af Fødevarerinstitutionen DTU. Rapporten kan findes på www.food.dtu.dk.

Hvem følger op, når din patient er blevet udskrevet?

Hos Simonsen & Weel sikrer kliniske diætister den optimale opfølgning, når din patient udskrives med sondeernæring eller ernæringsdrikke:

- Vi tilbyder gratis undervisning og vejledning
- Vi afhjælper komplikationer som diaré, obstipation og kvalme
- Vi tilbyder fast levering hver måned
- Vi giver mulighed for returnering af varer i op til to måneder
- Vi har en hotline udenfor normal åbningstid



Region Sjælland
Ditte Møller Nielsen
Mobil: 2171 0058
E-mail: dmn@sw.dk

Region Nord- og Midtjylland
Pia Overgaard Bjørn
Mobil: 2171 0083
E-mail: pib@sw.dk

Region Hovedstaden
Carina Lütken
Mobil: 2171 0074
E-mail: cal@sw.dk

Region Syddanmark
Heidi Kristiansen
Mobil: 2171 0098
E-mail: hek@sw.dk

Simonsen & Weel®

Vejlegårdsvej 59 - 2665 Vallensbæk Strand
Tlf.: 4655 7540 - Fax: 7025 5620

Etablering af ny enhed for overvægtige børn og unge

Den 1. januar 2008 blev "Enheden for overvægtige børn og unge" etableret på børneafdelingen, Holbæk Sygehus, på initiativ af børnelæge Jens-Christian Holm.



Kit Henningsen

Baggrunden for etableringen er, at svær overvægt er den største kroniske børnesygdom, uden samme koordinerede offentlige tilbud som til eksempelvis type 1-diabetes. Der er mange alvorlige og livstruende komplikationer til adipositas, fx. dyslipidæmi, hypertension, type 2-diabetes, metabolisk syndrom, non alkoholisk fedtleverssygdom

og mange flere. Derudover oplever mange af de overvægtige børn og unge en forringet livskvalitet, som blandt andet skyldes en hverdag med mobning og dårlig trivsel i skolen, samt at børnene har det svært med sig selv og deres overvægt.

Faggrupper

Enheden startede med at bestå af følgende faggrupper: børnelæge, sygeplejerske, klinisk diætist, psykolog, og socialrådgiver. Den store søgning af patienter til enheden har medført nye ansættelser af børnelæge, psykolog med speciale i overvægtige børn, klinisk diætist, sekretær og en bioanalytiker som kvalitetsmedarbejder. Desuden er der nu tilknyttet en MPH- og en ph.d.-studerende.

Siden forberedelserne til enhedens start i efteråret 2007, har der fra lægelig side været et højt ambitionsniveau, både hvad angår den tværfaglige behandling, dataindsamling, antal patienter, deltagelse i forskning og dokumentation af enhedens arbejde.

Vi har et tæt tværfagligt samarbejde om det enkelte barn og familie. Alle i enheden har kendskab til de øvrige faggruppers kompetencer, hvilket er en stor fordel i behandlingen af patienterne og i forhold til vores faglige udvikling.

Vi har alle en forhåndsviden om og interesse for behandlingen af overvægtige børn og/eller voksne fra fx deltagelse i forskning samt klinisk arbejde. Læge Jens-Christian Holms ph.d. fokuserede på overvægtige børn og unge, og psykolog Helle Grønbæk har ligeledes forsket i familiebehandling af børn med overvægt.

Mål

Målet er at være en funktionsenhed med højt fagligt niveau til diagnosticering, rådgivning og behandling af børn med overvægt, samt at nedbringe graden af overvægt og komplikationer hertil i Region Sjælland. Den dataindsamling, som finder sted, anvendes til at generere ny viden i behandlingen af overvægtige børn og unge. Forskningen forventes løbende at blive publiceret i anerkendte tidsskrifter og vil være medvirkende til, at enheden for overvægtige børn og unge udvikler sig til et Videns Center.

Derudover har enheden et mål om ikke at være fordømmende overfor børnene og familierne, hverken verbalt eller nonverbalt, og vi tager kraftigt afstand fra fænomenet behandlerresignation. Behandlerresignation vil sige den opgivende holdning til behandlingen af overvægt, som er meget udbredt i behandlerssystemet hos både læger, sygeplejersker og kliniske diætister.

Succeskriterier

- Vi lægger meget vægt på, at familierne kommer til de aftalte kontakter, og at vi dermed undgår drop-out. Baggrunden er, at kommer familierne ikke til vores aftaler, har vi ingen mulighed for at hjælpe det enkelte barn.
- Angående barnets vægt er målet i første omgang en vægtstabilisering.
- Derefter er målet for de ikke-udvoksede børn en stabilisering af BMI, hvilket på sigt, når barnet vokser i højden, betyder en positiv effekt på vægten.
- For de udvoksede børn er målet et langsomt, men stabilt vægttab. En stræben mod normalvægten når de bliver voksne. Dog kan der være andre succeskriterier for svært overvægtige børn, eksempelvis er det en succes for en 15-årig dreng på 130 kg, hvis han opnår en lavere vægt, også selv om han ikke når sin normalvægt.

Metode

Til forundersøgelsen hos lægen laves en samlet plan, som definerer alle ændringspunkter for barnet og familien mod vægtstabilitet og evt. vægttab. Der tages hånd om alle aspekter af overvægten, således at familien selv får en forståelse for, hvor problemerne ligger, og ikke mindst at familien og barnet oplever, at deres problemstilling bliver taget alvorligt.

Planen formuleres i konkrete punkter, typisk 10-15, om hvordan barnet og familien kan ændre på deres vaner eksempelvis omkring mad, drikke, slik, indkøb, motion, søvn, PC/TV, mobning. Familierne tager de fleste punkter til sig og arbejder på lang sigt på at ændre deres vaner.

I forløbene hos klinisk diætist, sygeplejerske og psykolog fokuseres på færre punkter. Disse punkter er dem, som familien oplever som sværere at håndtere.

Ved forundersøgelsen tages også blodprøver for at vurdere kolesteroltal, leverparametre, stofskifte, blodglucose og HbA1c, og der foretages en DEXA-scanning til bestemmelse af fedtprocent, knogle- og muskelmasse. Efter 1-2 år gentages blodprøver og scanning, således at ændringerne kan dokumenteres.

Alle børn indgår i en protokol med faste rammer omkring forløbene hos børnelægen, diætisten, sygeplejersken og evt. forløb hos psykolog og socialrådgiver. Eksempelvis har børnene konsultationer hos børnelægen hver sjette måned.

Diætetisk tages udgangspunkt i "De 8 kostråd" fra Fødevarestyrelsen. Det er vigtigt at pointere, at vi ikke sætter børnene på en slankediæt, men vejleder i generel sund kost, som hele familien kan have gavn af.

Disse officielle kostbefalinger er ofte meget forskellige fra familiernes kostvaner, som typisk indeholder både mere fedt og sukker, og portionsstørrelserne er for store. Så ved at følge kostrådene bliver kosten væsentligt energireduceret og får en langt sundere energifordeling.

Det er vigtigt, at barnet og ikke mindst forældrene forstår det, da børnene ikke skal have særlig kost, mens familien fortsætter de usunde kostvaner.

Initialt optages en grundig kostanamnese. Vejledningen foregår ved hjælp af billedmateriale fra de "De 8 kostråd" og kostcirklen samt eventuelt materiale fra patientforeninger og organisationer. Fra gang til gang aftales med barnet og familien 2-3 diætetiske områder, de arbejder videre med. Områderne kan være nogle, som barnet selv nævner, eller som vi som kliniske diætister kan se vil have en stor, positiv effekt på barnets samlede energiindtag. Baggrunden for, at der kun arbejdes med få punkter ad gangen i forløbet hos den kliniske diætist, er, at både barn og familie skal føle, at de opnår succes og undgår nederlag i forhold til deres egen indsats. Det er vigtigt, at de punkter, vi aftaler, opleves som realistiske at gennemføre, derfor er barnet, afhængigt af alder, selv med til at formulere punkterne.

Patienterne ses af en klinisk diætist med 8-10 ugers interval, og ind imellem diætistaftalerne kan der aftales tid hos sygeplejersken udover de halvårige konsultationer hos lægen. Sygeplejerskens rolle er at være "all-round". Hun har blandt andet fokus på barnets hverdag, trivsel i skolen, mobning, fysisk aktivitet eller hvad der ellers "fylder" hos det enkelte barn.

Vores metode ved kontakt til familierne er at udvise empati, at skabe en positiv atmosfære ved kontakterne med familierne, eksempelvis roser vi barn og familie meget og skælder aldrig ud. Således bliver børnene trygge og parate til at indgå i en ændringsproces. Som noget nyt er vores psykolog og sygeplejerske ved at etablere gruppeforløb for overvægtige børn. Det vil skabe et "frirum" for det enkelte barn, hvor de kan snakke med andre overvægtige børn.

Planen er, at vi i enheden ser barnet hver 8-10. uge. Det aftales individuelt, så nogle ser vi oftere og med tiden, hvis/når barnet kommer ind i en god, stabil fase, kan besøgene blive med længere intervaller.



Spis, leg og ha' det godt

Sundhedsstyrelsen lancerede i begyndelsen af november 2008 en ny kampagne "En lettere barndom". Kampagnen sætter fokus på, hvordan forældre kan støtte deres barn i en sundere livsstil. Hjemmesiden 'En lettere barndom' giver ideer til sund mad og lege, som kan fremme fysisk aktivitet.

I forbindelse med lanceringen af kampagnen er hæftet 'Spis, leg og ha' det godt' udgivet. Hæftet er udarbejdet til at give forældre lyst og inspiration til at udforske nye mad og legemuligheder med deres barn.

Vi har påtaget os et behandlingsansvar, ligesom vi har for børn med fx svær astma eller type 1-diabetes. Tilbuddet i enheden for overvægtige børn og unge er ikke et projekt, som slutter om nogle år, men et blivende tilbud i sundhedssystemet. Vores plan er at følge børnene, til de bliver voksne.

Enhedens børn

Ultimo 2008 følges ca. 300 patienter. Overvægtige børn og unge i alderen 5-20 år kan henvises fra alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge i pædiatri, fra andre børneafdelinger samt internt fra børneafdelingen. Barnet kan henvises, når BMI er over 97%-percentilen eller et hastigt stigende BMI over to procentiler indenfor to år. Yngre børn henvises, hvis de allerede er svært overvægtige.

Manglende tilbud af samme art samt frit sygehusvalg betyder, at også børn og unge udenfor vores primære optageområde kommer til behandling. Således ses børn fra det meste af Sjælland og enkelte børn fra Fyn. Holbæk Børneafdeling har udeambulatorier på både Ringsted og Slagelse Sygehus. Patienter indkaldes til et af de tre ambulatorier.

Børn og unge tilbydes kontrol i enheden for overvægtige børn og unge hele barndommen, da svær overvægt er en kronisk sygdom, hvor betydelig sygelighed og dødelighed bliver betydelig, hvis der ikke sættes ind.

Resultater

Resultater fra enheden for overvægtige børn og unge forventes at blive publiceret i løbet af foråret 2009. Det er vi selvfølgelig spændte på og meget optimistiske, da vi dagligt oplever store og små fremskridt med børnene.

Medio september 2008 havde vi ca. 150 børn, der var set mindst to gange over et halvt år, og som var vækststabile eller havde opnået et væggtab. Endvidere er det værd at bemærke, at vi har mindre end 10% drop-outs mod 50-80% drop-outs ved lignende studier i litteraturen.

ksee@regionsjaelland.dk

cndh@regionssjaelland.dk

Reference

Official journal of the American academy of pediatrics. December 2007;120(supplement4):s163-s288.



Landbrugsraadet støtter sunde partnerskaber med 900.000 kroner

Børnene på madskolerne skal lære om fuldkorn, og studerende kan komme på SU-venlig kogeskole. For femte år i træk har Landbrugsraadet uddelt starthjælps-kapital til sundhedsfremmende projekter. Landbrugsraadet ønsker at tage et medansvar for danskernes sundhed, og derfor har rådet netop uddelt i alt 900.000 kroner i starthjælp til 10 forskellige projekter. Alle projekter har til formål at fremme et sundere liv i befolkningen og er partnerskaber mellem flere aktører som eksempelvis myndigheder, brancheorganisationer, virksomheder eller idrætsforeninger.

- Vi støtter gode idéer, der kan holde danskerne sunde og raske. Udbuddet af tomme kalorier er i dag enormt, og vi vil gerne medvirke til, at forbrugere får en sundere livsstil, siger Bent Juul Sørensen, der er formand for Landbrugsraadets Udvalg for Fødevarer, Kost og Ernæring, der uddeler starthjælpspuljen.

Puljen er blevet uddelt hvert år siden 2005 og er åben for alle ansøgere. I år har udvalget valgt at sætte fokus på ernæringsindsatsen til grupper med særlige ernæringsmæssige behov.

- Børn og unge har vi et særligt ansvar overfor, og partnerskaberne vil medvirke til, at de på sigt vil møde sundere mad i daginstitutioner og skoler. Fødevearehvervet vil gerne sikre, at vi ikke får engelske tilstande i skolerne med pømmes frites i skolebuden. Danske børn skal være sunde og stærke, så de kan tilegne sig viden, siger Bent Juul Sørensen.

To af de støttede projekter, der retter sig mod børns ernæring, er partnerskabet bestående af 123 Skolemad, Kolding Kommune, Agrova Food, Arla Foods, Lantmännen, Unibake, Danish Crown, Royal Greenland og Food, Tulip Company har eksempelvis fået 120.000 kroner til at udvikle smagfulde måltidsløsninger til daginstitutioner.

Viffos har sammen med en lang række partnere som Gladsaxe Kommune, Fødevestyrelsen og FOA fået 120.000 kroner til at udvikle kurser for det køkken- og pædagogfaglige personale i institutioner og køkkener, der fremstiller mad til daginstitutioner.

Yderligere oplysninger: Fødevearepolitisk konsulent Karin Fisker, Landbrugsraadet, tlf. 33 39 40 85, e-mail: kaf@landbrug.dk

Nyhed!

**2 nye medlemmer
i Fresubin® DRINK familien!**

Fresubin®

2 kcal

DRINK

Fresubin®

2 kcal fibre

DRINK

**Fuldgyldige ernæringsdrikke med
meget højt indhold af energi og protein**

- Højeste kombinationsværdier på markedet
- 400 kcal/1680 KJ og 20 g protein pr. flaske
- Velsmagende med god konsistens
- 7 smagsvarianter



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

www.fresenius-kabi.dk
Telefon 33 18 16 00

Hvad laver en børnediætist?

"Diætisten" har bedt mig give bladets læsere et indblik i mit arbejde som børnediætist. Jeg vil her prøve at redegøre for nogle af de mange funktioner, som det spændende og udfordrende arbejde medfører.

Dorthe Wiuf Nielsen



Mad er centralt i behandlingen af børn

I mit sidste ansættelsessted, som nu har været Rigshospitalet i de sidste 15 år, har jeg været heldig at arbejde primært med børn med mange forskellige typer af sygdomme. Det skal ikke forstås sådan, at det er decideret sjovt at arbejde med syge børn, men det er en

berigelse at arbejde med børn, der skønt svær og til tider rigtig svær og alvorlig sygdom alligevel har en helt fantastisk evne til at komme flot igennem et længerevarende sygdomsforløb. Det er svært, i hvert fald på de små børn, at fornemme en stærk psykisk overbygning til deres sygdom. Selv med dropstativ med medicin og måske ernæring kommer nogle af dem løbende eller kørende på cykel ned ad hospitalsgangen smilende og glade. Det er også en stor glæde at opleve, at man kan hjælpe barnet til en bedre ernæring og dermed vækst; noget mange forældre også er meget interesserede i og derfor meget lydhøre overfor, og som de ønsker at indgå i en dialog omkring. På en børneafdeling er ernæring en meget central del af hele behandlingen. Det at barnet får mad og noget at spise er et fælles omdrejningspunkt og en god og naturlig indgangsvinkel til kontakten til det øvrige, tværfaglige sundhedspersonale som læger og sygeplejersker, men også ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, socialrådgivere m.m.

Syv diætister sammen

Pædiatrisk Ernæringsenhed på Rigshospitalet er i dag en stor enhed. Vi er syv kliniske diætister, heraf en ledende kliniske diætist. Det betyder, at vi har travlt, men vi har samtidig også en enestående chance for at sparre med hinanden og drøfte forskellige, ernæringsmæssige problematikker, ligesom vi afholder journalclubs, hvor vi diskuterer en vedkommende, videnskabelig artikel.

Vi er tilknyttet alle børneafdelinger og børneambulatorier og har

også en funktion på de voksenafdelinger, som også kan have børn indlagt. Det være sig intensivafsnit, neuromedicinsk afdeling, brandsår, transplantationsafdelinger, øjenafdeling m.m. Vores arbejde spænder vidt, ikke mindst som følge af de mange forskellige sygdomsspecialer, som findes på Rigshospitalet. I tilknytning til det mere patientrelaterede arbejde er der også arbejdet med at holde sig á jour med diverse modermælkserstatninger, børneenergisdrikke, børnesondeernæring, intravenøs ernæring til børn, anbefalinger for børnekost og vitamin- og mineraltilskud, uddannelse af kliniske diætiststuderende med meget mere. I tilknytning til vores enhed har vi også et 'mælkekøkken', hvor der bliver fremstillet diverse mælkeblandinger. Det er mælk til de børn, der ikke kan få modermælk. Det betyder, at vi også kan komme tæt på, hvordan disse mælkeblandinger er at blande etc., hvilket ikke mindst også kan være meget nyttigt i vejledningssituationen, hvor man skal videregive information til fx et udenlandsk forældrepar, der har svært ved dansk, og hvor der deltager tolk i samtalen.

Væksthormon hjælper på appetitten

Mit patientrelaterede arbejde omhandler fx endokrinologisk syge børn og børn med sjældne handicaps. Jeg kan fx få et barn henvist ambulant, som er født small for gestational age (SGA) i 27. uge med en fødselsvægt på 730 gram m.h.p. opernæring og for bestemmelse af knoglemineraliseringen og kropssammensætningen, herunder muskelmasse og kropsfedtindhold før opstart med væksthormon. Til brug for bestemmelse af de antropometriske målinger benyttes bl.a. en DXA-scanner. Det er meget karakteristisk at se, hvordan ikke mindst kropsfedtprocenten ændrer sig under væksthormonbehandling hos denne patientgruppe - fra at have ligget højt til at komme ned i lave niveauer. Væksthormon hjælper ofte positivt på børnenes appetit, så sammen med en mere energitæt kost bedres væksten som regel betydeligt. Børnene får også flere muskler under behandlingen.

Prader Willi Syndrom

På Rigshospitalet er vi meget opmærksomme på helt små og nye børn med Prader Willi Syndrom.

Prader Willi Syndrom er en medfødt tilstand, hvor der hos næsten alle kan påvises et defekt kromosom 15. I barneårene er det særligt vigtigt at sikre sig, at børnene med Prader Willi Syndrom får en

optimal Prader Willi-kost. Neonatologer og børnelæger er i dag generelt blevet bedre til at opfange og diagnosticere disse børn tidligt, og det har åbnet for en helt ny og tidlig behandlingsindsats til denne patientgruppe. Vi ser således ikke mange af disse børn med livstruende overvægt og fedme og med lav sluthøjde længe, idet såvel forældre som institutionspersonale tidligt lærer kostprincipperne at kende og handler derefter. I dag starter man på Rigshospitalet og sikkert også på andre hospitaler som Skejby og Odense væksthormon til denne patientgruppe allerede i spædbaralderen, og det har betydet, at børnene tidligere kan sidde selv, holde hovedet og i øvrigt er betydeligt bedre motorisk. Det er meget positivt i det hele taget for deres udvikling, og jeg tror, resultaterne er meget lovende, men det er som sagt et meget nyt behandlingstilbud, så det er svært allerede nu at sige noget helt sikkert. Skønt nyfødte børn med Prader Willi Syndrom behøver sondeernæring, er flere af dem alligevel holdt på en nedre grænse energimæssigt for at undgå unødigt store fedtdepoter.

Deltager i stuegang

Jeg er også tilknyttet Børnekirurgisk Klinik, hvor jeg møder mange børn med mange forskellige medfødte misdannelser i spiserør, tarme, lever/galdeveje, nyre/urinveje med videre. Arbejdet på afdelingen har afstedkommet, at jeg så vidt muligt dagligt deltager i afdelingens stuegang omkring patienterne, hvor børnenes behandling drøftes. Afdelingen, og her tænker jeg på både sygeplejersker og læger, er på mange måder allerede godt selvhjulpne, når det gælder ernæring og igangsættelse af såvel sondeernæring som intravenøs ernæring, men jeg oplever alligevel, at jeg er med til at bryde nogle myter og tabuer omkring mad og ernæring og kan komme med mit bud på en optimal ernæring til de syge børn på afdelingen.

Gennem undervisning har jeg arbejdet med at styrke afdelingen, så de kan påtage sig opgaven at ernæringssscreene. Det er ikke helt oppe at køre endnu, men vi er længere nu, fx med arbejdet med elektroniske vækstkurver i børnenes journaler, ligesom det er nøjere dokumenteret, hvad det er for mad, der er ordineret til det enkelte barn. Det at have opdaterede vækstkurver, såvel højde for alder og vægt for højde er jo en meget central del i arbejdet med børn for hele tiden at sikre sig optimal ernæring i forhold til børnenes vækst under sygdom.

Refleksionsteam

Gennem min så godt som daglige gang på afdelingen, er jeg blevet et endnu mere kendt ansigt, ikke mindst blandt de hele tiden nyttilkomne nyansatte sygeplejersker. Det betyder, at de bruger mig meget i det daglige arbejde med børnenes ernæring – lige fra mindre råd og oplysninger til beregningsopgaver af energi- og proteinbehov, fastsættelse af typer af moderermælkserstatning, sondeernæring, intravenøs ernæring el. lign. og individuelle vejledninger med børn og familier.

En gang månedligt mødes afdelingens sygeplejersker med psykolog, socialrådgiver og pædagog og tager en tilfældig case/situation/emne og drøfter. Her deltager jeg også, og det har været nogle lærerige refleksionstimer. Det har været dejligt at opleve, at mange af de andre fagpersoner kan have nogle oplevelser, der minder om eller er identiske med mine og dermed opleve en følelse af samhørighed med det øvrige behandlerteam. Det giver desuden et godt grundlag for, at vi sammen kan lægge en fælles strategi for, hvordan arbejdet med en familie kan være.

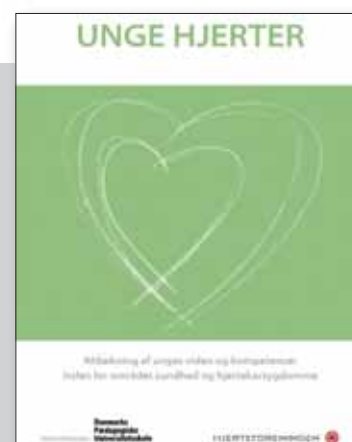
dorthe.wiuf.nielsen@rh.regionh.dk



Forebyggelsesrapport fra Hjerteforeningen

Forebyggelsesrapporten fra Hjerteforeningen bygger på flere undersøgelser af børn og unges livsstil og indeholder bl.a. konkrete forslag til, hvordan man forebygger hjertesygdomme hos danskerne, heriblandt børn og unge.

Rapporten fokuserer på, hvordan skolerne kan forbedre forskellige sundhedsområder - fx ved at fastlægge undervisning i sundhed på skemaet, tilbyde gratis frugt og mere idræt. Rapporten kan downloades på www.dpu.dk/Everest/Publications/Nyheder/2008/20081217135826/CurrentVersion/UngeHjertes.pdf





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 fibrenes kolesterol-sænkende 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: 51,95 kr., 450 g: 104,95 kr., 1000 g: 202,95 kr.

www.husk.dk

Kostens betydning for den unge kræftpatient – set fra diætistens perspektiv

I forbindelse med projektet "unge med kræft" blev jeg inspireret til at undersøge, hvorvidt vi på Onkologisk afdeling tager tilstrækkelig hånd om den ernæringsmæssige del af behandlingen for den unge/unge voksne kræftpatient (15-40 år).



Line Dam Bülow

Området er ikke velbeskrevet i den litteratur, der henvender sig til professionelle. Det viste en PubMedsøgning, jeg foretog i projektets opstartsfasen. Jeg søgte på ordene "Enteral Nutrition", "Neoplasms", "Adolescent" samt "Adults" og fandt ingen relevante artikler, der kunne bidrage til at belyse diskussionen i nærværende artikel. Meget

af den eksisterende litteratur består af personlige beretninger fra nuværende og tidligere patienter og pårørende. Disse beretninger udgør en vigtig kilde, hvis man som professionel vil have indblik i, hvilke erfaringer og tanker alle patienter med kræft gør sig om mad. I denne artikel vil jeg inddrage eksempler fra sådanne kilder, skrevet af unge.

Jeg har valgt at skrive ud fra en empirisk tilgang, hvor mine egne erfaringer samt input fra andre fagspecialister danner den overordnede ramme for artiklen.

Baggrund

Mad og drikke er helt elementært for individets eksistens (1). Det er ofte genstand for meget debat, og noget alle har en mening om. Mad og måltider har en stor kulturel og social betydning (2). Måltidet er som regel noget, vi forbinder med nydelse, æstetik og glæde. Sanserne har behov for at blive stimuleret, uanset om appetitten er god eller nedsat.

Generelt set har der på de danske hospitaler de seneste år været et voksende fokus på kostens betydning for patienterne. På Århus Sygehus er en arbejdsgruppe i øjeblikket i gang med at belyse kostens betydning og de fremtidige visioner på området i forhold til bl.a. patienttilfredshed, ernæringsbehov, spisemiljøer og måltidets sociale aspekter. Det viser sig, at maden trods stor patienttilfredshed ikke bliver spist. I fremtiden skal der derfor arbejdes med at

skabe hyggelige rammer og en god atmosfære omkring måltiderne i forsøget på at mindske risikoen for underernæring. En interessant pointe, som arbejdsgruppen fremhæver, er, at der er brug for forskellige løsninger på, hvorledes den fremtidige bespisning skal være afhængig af patientklientel (3). Interessant ikke mindst set i forhold til unge, der er opdraget til at stille krav og forvente tilbud, der passer lige præcist til dem (4).

På kræftområdet viser opgørelser fra en longitudinal spørgeskemaundersøgelse på seks kræftafdelinger i Danmark i 2001, hvor mere end 1000 kræftpatienter besvarede spørgsmål vedrørende kost, kræft og vægttab, at kosten har stor betydning for de fleste kræftpatienter. I undersøgelsen fandt man blandt andet, at en meget stor del af patienterne mente, at en forebyggende kost, som er fedtfattig og indeholder mange grøntsager og fibre, er de kostråd, den kræftsyge bør efterleve. I undersøgelsen blev det også påvist, at godt halvdelen af de adspurgte patienter havde søgt information om kost andre steder end på sygehuset, blandt andet hos Kræftens Bekæmpelse, hos familie og pårørende. Ca. hver fjerde havde opsøgt råd og information hos en alternativ behandler. Desuden udtrykte en del patienter behov for mere og bedre rådgivning på sygehuset (5).

Det er min erfaring, at flere patienter opsøger alternative behandlere eller har fundet en særlig kostplan eller et vitamintilskud, som er "egnet" til kræftpatienter. Her er det vigtigt at være kritisk. Det gælder om at hjælpe patienterne og vejlede/guide dem igennem junglen af gode og til tider meget dyre råd. Det alternative marked er meget uoverskueligt, og ofte anbefales kure eller kosttilskud på baggrund af en eller få enkeltstående solstrålehistorier. På den anden side er det vigtigt at støtte patienterne i at vælge en given kost ud fra egen motivation, ideologi og ressourcer, så længe den er sundhedsmæssigt forsvarlig.

Kost helbreder ikke kræft, men ved at spise og drikke sufficient, sikres kroppen de bedste betingelser for at modstå behandling og bivirkninger, hvilket har afgørende betydning for patienternes velbefindende og dermed også for deres livskvalitet (6).

For kræftpatienter generelt er et utilsigtet vægttab alvorligt, og det betyder, at den magre og fiberrige kost for en tid ikke er den mest

velegnede. Fra som rask overvejende at lade appetitten bestemme mængder og valg af mad, får maden en anden betydning hos den kræftsye. Den har blandt andet betydning for, hvorvidt behandlingen kan fuldføres som planlagt. Ikke alle kræftpatienter taber i vægt, og for dem gælder, at vedligeholdelse af vægt gør dem bedre rustet til at stå imod behandling og bivirkninger. Her er de sunde kostråd fra Fødevarestyrelsen relevante at anbefale (7).

For den kræftsye med nedsat appetit og evt. vægttab til følge, er det nødvendigt at få klarlagt årsager til vægttabet og iværksat den nødvendige ernæringsterapi. Her kan vejledning og/eller supervision fra en diætist være yderst relevant som en del af det tværfaglige behandler-team.

På trods af det øgede fokus på madens betydning hos syge mennesker appellerer maden på sygehusene ikke i tilstrækkelig grad til de unge kræftpatienter. Mange forbinder mad og måltider med sygehus og behandling, og derfor har de ofte nedsat appetit under indlæggelsen. En del af forklaringen er selvfølgelig, at behandling med kemoterapi og stråleterapi ikke ligefrem indbyder til at spise og drikke, men tværtimod giver bivirkninger, der afstedkommer træthed, kvalme, madlede, smagsforandringer, diarré og obstipation (8). Disse bivirkninger/gener vanskeliggør i høj grad mulighederne for at sikre et sufficient næringsindtag, og kostindtaget risikerer derfor at blive sparsomt og utilstrækkeligt. Desuden kan psykologiske faktorer relateret til sygdom og behandling ligeledes påvirke appetit og kostindtag.

Unge og kost

Mange kræftpatienter og pårørende ønsker selv at kunne gøre noget med henblik på at give kroppen de bedste betingelser for at klare sygdom og behandling, og her er kosten en oplagt mulighed. For mange pårørende til kræftsye er det at komme med mad, en vigtig måde at vise omsorg på og kan udtrykke deres måde at tage del i behandlingen.

Det er nok én af forklaringerne på, at maden udefra til tider vinder de unges gunst, når familie og venner møder op med mad fra byen. Dette beskriver de unge også som et af højdepunkterne, når vennerne kommer med for eksempel kinesisk mad. Mange helt unge vil gerne have pizzaen, præcis som den fra det lokale pizzeria samt burger og pommes frites fra den lokale grillbar, så her kan end ikke vores ekstra tilbud konkurrere med take-away.

Mad er mere end bare en fysiologisk nødvendighed og beskrives ifølge Damkær og Damkær i Hølge-Hazelton således (4):

“Sociologisk set består maden af en uendelig mængde af forskellige måder at spise på og forskellige måder at tilberede føden på,

for eksempel hjemmets måltider, skolekantin, madpakken hjemmefra, fastfood på McDonald's eller i cafeteriaet i en idrætshal. Kort sagt har maden en række betydninger, der rækker langt ud over det rent funktionelle i ernæringen, altså den rent biologiske stillelse af sult. For unge er maden af særlig vigtighed. Fra barndommens mere eller mindre lykkelige spisevaner sammen med forældrene, er føden nu et centralt felt, fordi de unges spisevaner er frigjort fra forældrenes krav og normer”.

I forhold til de helt unge kræftpatienter har forældre og venner en særlig rolle, som efter min erfaring giver mulighed for at “trække den syge ud af patientrollen” og genopleve gode madoplevelser fra hverdagen før sygdommen. Det være sig i hjemmet, ude i byen, evt. på restaurant eller medbragt mad, som spises på sygehuset.

Når man ser på, hvad de unge selv fortæller om den mad, de tilbydes på hospitalerne, skriver for eksempel en ung fyr med leukæmi i sin blog på nettet, at han ved synet og lugten af maden på hospitalet bliver mindet om en tidligere behandlingsperiode med kemoterapi, og straks får kvalme og er tæt ved at kaste op. For ham smager maden ens og kedelig. Han savner spændende menuer og foreslår en mexicansk eller indisk uge på menukortet. (9)

En anden ung mand med modernærkekræft beskriver, at han før sin kræftdiagnose ikke gjorde sig mange tanker om sund kost og motion. Men efter han blev kræftsyt, har bevidstheden omkring kosten medført, at han nøje overvejer, hvad han skal spise. Han skriver blandt andet:

“Min mest iøjnefaldende indsats for at holde kræften væk er min mad. Jeg er blevet meget bevidst om den mad, jeg spiser, og jeg er overbevidst om, at det har stor betydning for min sundhed og min modstandskraft. Jeg tænker anderledes på maden nu, end jeg gjorde før: det er ikke længere lyst og nydelse, som bestemmer, hvad jeg spiser, men hvad (jeg tror), der er sundt og gavnligt. Det er blevet en glæde for mig at spise sundt og styrkende. Men det har været noget af en jungle at finde ud af, hvad der er godt at spise, og hvad der ikke er godt at spise” (10).

På baggrund af de mange beretninger og personlige historier omkring maden og dens betydning, har jeg fundet det interessant at se nærmere på vores egen praksis på onkologisk afdeling.

Er ernæringsindsatsen til unge i vores afdeling god nok ?

For at danne mig et indtryk af ernæringsindsatsen har jeg med hjælp fra sygepleje- og lægejournaler, indsamlet informationer om ernæringscreening og vægt/vægttab på unge kræftpatienter mellem 15-40 år.

Det har i dén forbindelse ikke været muligt at indsamle kvalitative data om de unge kræftpatienter i relation til kosten. Samtidig har hver enkelt af de unge patienter præferencer for og imod mad og drikke, som det ikke har været muligt at hente informationer om.

Jeg udvalgte et enkelt senge- og behandlingsafsnit og så på data fra 15 patienter, der havde været gennem et behandlingsforløb i perioden 2006-2008. Mine iagttagelser kan derfor ikke bruges som et generelt udtryk for den samlede ernæringsmæssige indsats på onkologisk afdeling, men kan sige noget om, hvorvidt der er fokus på kosten til den unge/unge voksne med kræft i det pågældende sengeafsnit.

Det generelle indtryk var, ud fra de 15 lægejournaler, at de ikke var særligt fyldestgørende hvad angik vægt og stillingtagen til en eventuel ernæringsindsats.

Desværre var det end ikke ved den første indlæggelsessamtale en fast procedure at notere patientens vægt og højde i lægejournalen. I knapt halvdelen af de gennemlæste journaler var vægten ikke blevet noteret, til trods for at flere af patienterne faktisk havde haft et vægttab!

Jeg måtte derfor primært hente mine data fra sygeplejejournalen, som overordnet set indeholdt mange flere informationer om ernæring. Efter gennemlæsning af journalerne tegnede der sig tre grupper:

Unge med særligt ernæringsmæssige behov grundet vægttab

Her har både læger og plejepersonale haft fokus på ernæring og behovet for vejledning fra diætisten, så snart de unge får problemer med at spise og drikke sufficient og begynder at tabe i vægt. Vægten følges adækvat i behandlingsforløbet, dvs. ugentligt og/eller ved hver indlæggelse.

Eksempel:

En enkelt af de unge fik brug for ernæringssonde, men viste siden hen at det alligevel var muligt at spise og drikke selv. Her var en lille peptalk fra diætisten den rigtige medicin. Nu er han tilbage ved sin udgangsvægt, selvom han endnu ikke har afsluttet sine behandlinger, og det må siges at være rigtig godt gået.

Det er vigtigt at fastslå, at diætistens involvering på ingen måde fritager plejepersonalet for at monitorere på ernæringsindsatsen. Samarbejde er nøgleordet til at sikre en kompetent og professionel ernæringsindsats.

Unge hvor plejepersonalet har ydet tilstrækkelig indsats

Mere end halvdelen af journalerne kunne placeres i denne gruppe.

Den ernæringsmæssige indsats er i orden, og der har været et tilstrækkeligt fokus til at hindre store vægttab. Enkelte patienter har tabt få kilo, men det er der taget hånd om fra plejepersonalets side, og dermed har der ikke været grund til at inddrage diætisten. Blandt andet er der tilbudt energi- og proteinrige drikke/milkshakes samt udleveret kalorietabel, så de unge selv har kunnet holde regnskab med kalorieindtaget. Det ser også ud til at flere i gruppen kun har været i afdelingen i forbindelse med behandling, og formodentlig har tålt behandlingen uden de store bivirkninger. Flere af de unge voksne var kun indlagt et døgn.

Eksempel:

En yngre kvinde gennemgik i 2006 et behandlingsforløb, hvor der ved hver behandling blev registreret vægt, og hun blev risikovurderet. Ved første behandling vejede hun 74 kg, og hun sluttede sidste behandling på 73 kg. I hendes forløb var der kun behov for lidt rådgivning om mad og appetit i relation til de bivirkninger, behandlingen gav.

Ernæringscreening og opfølgning, herunder vejning ved hvert fremmøde/hver indlæggelse i afdelingen, har givet et hurtigt overblik og vist, at den nødvendige indsats er iværksat. Det bekræfter også, at et samlet ernæringscreenings- og monitoreringsark som det, vi har udarbejdet, er et godt og fyldestgørende værktøj, der medvirker til at sikre den ernæringsmæssige indsats.

Unge hvor den ernæringsmæssige indsats er mangelfuld og utilstrækkelig

Eksempel:

Hos denne unge pige led både læge- og sygeplejejournal af mangel på informationer om ernæringsstilstand og vægttab. Hun blev ernæringscreenet formodentlig ved første behandling, og en enkelt gang mere i behandlingsforløbet, men af en eller anden grund er der ikke blevet registreret yderligere, og den ernæringsmæssige indsats er derfor ikke gennemført tilfredsstillende.

Her er der plads til forbedringer. Heldigvis er kun ganske få patienter havnet i denne kedelige gruppe, hvor indsatsen er utilstrækkelig. En enkelt patient er ikke blevet ernæringscreenet ved behandlingsstart, men ellers er alle de resterende 14 i min lille undersøgelse blevet ernæringscreenet, og det må siges at være tilfredsstillende. Det er indsatsen omkring den fortløbende ernæringscreening og monitorering, der ikke er god nok. Jeg kan selvfølgelig ikke se, om det blot er en forglemmelse, at vægt og evt. handleplan ikke er dokumenteret på ernæringscreeningsarket, og om hvorvidt der blev iværksat tiltag. Men de manglende data viser, at dokumentation af den ernæringsmæssige indsats er nødvendig for at sikre en kvalificeret, målrettet og individuel behandling.

Ny bog

Den Unge med Kræft - et praksisforskningsprojekt i Onkologisk Afdeling D. Bogen er afslutningen på et tre-årigt tværfagligt forløb og bygger på 16 artikler skrevet af blandt andre diætist Line Bülow - med udgangspunkt i behandlingen af yngre mennesker fra 15 til 40 år. Bogen udkom oktober 2008, og pdf-filen kan frit downloades fra www.sundhed.dk



På baggrund af denne lille undersøgelse vil jeg svare følgende på spørgsmålet:

Er ernæringsindsatsen til unge i vores afdeling god nok? Ja,

overordnet set er det bestemt en tilfredsstillende indsats, der er ydet på det sengeafsnit, jeg har haft med i min undersøgelse. Det er blevet mere synligt, hvor der er behov for at optimere indsatsen. Og i min egenskab af diætist vil jeg kunne supervisere plejepersonalet og hjælpe dem til, at indsatsen bliver endnu bedre. Umiddelbart er det ikke til at sige, hvorvidt disse resultater adskiller sig fra øvrige kræftpatienter, men der er ingen tvivl om, at der i fremtiden fortsat vil være fokus på ernæringens betydning, og at kravene fra patienter og pårørende kun vil blive større. Det leder mig så hen til spørgsmålet, som kunne være interessant at se nærmere på, nemlig om den tendens jeg har set i denne lille undersøgelse også gælder for resten af senge- og behandlingsafsnittene i onkologisk afdeling?

Perspektivering

Diætistens rolle i behandlingen af den unge kræftpatient adskiller sig ikke væsentligt fra behandlingen af øvrige kræftpatienter, hvilket flere af mine diætistkolleger rundt om i landet har kunnet bekræfte. Det ser måske alligevel ud som om at plejepersonalet, der tager sig af de unge patienter, er mere opmærksomme på at sikre stabil vægt og i deres omsorg for patienterne. Det betyder også, at inddragelse af diætist og evt. behov for ernæringssonde hurtigere bliver iværksat. Diætistens involvering og ekspertise kan medvirke til at få lagt en ernæringsplan tidligt i behandlingsforløbet og dermed hindre store vægttab.

Der findes ingen guidelines eller anden videnskabelig dokumentation, der specifikt sætter krav eller rammer for den ernæringsmæssige behandling af unge kræftpatienter. Men overordnet set skal alle kræftpatienter sikres kvalificerede og professionelle råd og vejledning omkring kostens betydning under behandling. Samtidig vil akkreditering af den ernæringsmæssige del af behandlingen betyde, at der sættes nogle faste rammer og krav, som skal sikre et grundlag for at kvalificere indsatsen.

Vigtigt er det, at den af Sundhedsstyrelsen anbefalede vejledning vedr. identifikation af patienter i ernæringsmæssig risiko følges (11). Det vil så være op til de enkelte afdelinger at finde frem til en passende organisering af hvem, der skal varetage de opgaver, der er forbundet med screening, udarbejdelse af ernæringshandlingsplan samt evaluere og kvalitetsvurdere på den ernæringsmæssige indsats.

Et ønske til fremtiden synes bestemt at kunne være at få eget produktionskøkken med tilhørende restaurant på onkologisk afdeling. Herved kommer tilbud, servering og bestilling tæt på patienterne og deres behov.

Tak til min vejleder/projektleder Bibi Hølge-Hazelton for hjælp og støtte i mit projektforsløb og ved udarbejdelsen af min artikel.

linebulo@rm.dk

Referencer

- 1 Astrup A, Dyerberg J, Stender S. Menneskets ernæring. Munksgaard Danmark; 2. udgave 2006.
- 2 Damkjær M, Damkjær S. Kroppsbilleder. I: Perspektiver på Ungdom og Krop. Hølge-Hazelton B. (red.). Roskilde Universitetsforlag 2003.
- 3 Jyllandsposten. Artikel om maden på Århus Universitetshospital 2008. <http://eavis.jp.dk/index.php?alias=DK-JP&s=1097&p=24782> (besøgt d. 2/6 2008).
- 4 Hølge-Hazelton B. Ungdom, kost og diabetes. Norsk senter for barneforskning, Barn 2003; nr. 2-3: 67-88.
- 5 Kondrup J. Nutrition and cancer. Spørgeskemaundersøgelse blandt flere end 1000 kræftpatienter om kost og vægttab. Fresenius Kabi; august 2006.
- 6 Hesselv I. Klinisk ernæring. Kapitel 14: Hesselv I, Ernæring til kræftpatienten. Munksgaard Danmark; 4. udgave 2004.
- 7 <http://www.altomkost.dk/Testdigselv/kostkompasset/forside.htm> (besøgt d. 28/5 2008).
- 8 Esbensen Appel B. (red.) Mennesker med kræft. Sygepleje i et tværfagligt perspektiv. Munksgaard; 2002.
- 9 <http://www.blogomkraeft.dk/emne/kost> (besøgt d. 28/5 2008).
- 10 <http://www.blogomkraeft.dk/emne/kost> (besøgt d. 28/5 2008).
- 11 Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen; 2003.

Maks ½ liter sodavand eller saft om ugen

Danske børn får alt for mange tomme kalorier fra sodavand og saft. Derfor lancerede Fødevestyrelsen, medio januar, i samarbejde med Sundhedsstyrelsen kampagnen "Maks. ½ liter sodavand eller saft om ugen" for at få børn og unge til at drikke mindre sødt.

Tjek kampagnehjemmesiden - www.maksenhalvliter.dk

Unge forbrug af sodavand og saft er fire gange for stort

Unge får det meste sukker fra sodavand, saft, kage, slik, chokolade og is (1). Genstandsgrænsen på maks. ½ liter sodavand og saft er beregnet ud fra, hvor meget sukker der i alt er plads til i en sund kost, hvis maden vel og mærke ellers er sund, og unge får rørt sig minimum 60 minutter dagligt. Derfor er råderummet reelt endnu mindre for mange børn og unge (2).

Ca. hver 6. teenager har problemer med syreskader, men også børn i de yngste klasser kommer til tandlægen med ødelagt tandemalje efter især søde drikke (3).

Børn, der drikker mange søde drikke, har en øget risiko for at blive overvægtige. Sukkersødede drikke giver ikke samme mæthed som faste kulhydrater fra fx rugbrød eller kartofler, der er derfor en større risiko for at overspise (1). Får børn en liter sukkersødet sodavand eller saft om ugen, kan det føre til en uønsket vægtstigning på op til 13 kg om året.

Børn, der får mere end 10% af deres energi fra sukker, spiser generelt også mere usundt. De drikker mindre mælk og spiser



mindre frugt, grønt, rugbrød, havregryn og fisk – og får dermed ikke alle de nødvendige næringsstoffer kroppen har brug for for at kunne vokse optimalt (1).

Selv om børn og unge rører sig meget, kan de ikke bare drikke løs af sodavand, saft og lignende. Kroppen har brug for mange vigtige vitaminer og mineraler for at vokse og udvikle sig optimalt.

De 8 kostråd er hverdagens huskeråd til en sund balance mellem mad og fysisk aktivitet. Test evt. kost- og motionsvaner på kampagnesitet og se også tips til sunde drikkevaner i hverdagen.



Konkurrencer med præmier til familier, skoleklasser og bedsteforældre

Skoleklasser kan deltage i en sukker-quiz og vinde en klassetur til en sund hyggefestival på Eksperimentarium den 15. maj, hvor hjerneforsker Peter Lund Madsen vil holde foredrag om "Hjernen og madvanerne – hvorfor har vi altid lyst til det usunde?" Der bliver udstillingsboder med sund hyggeguf og meget mere. Familier kan vinde et ophold i DGI-byen. Og bedsteforældre kan vinde et bedsteforældre/barnebarn årskort til Eksperimentarium.

Sødevarer er tomme Fødevarer

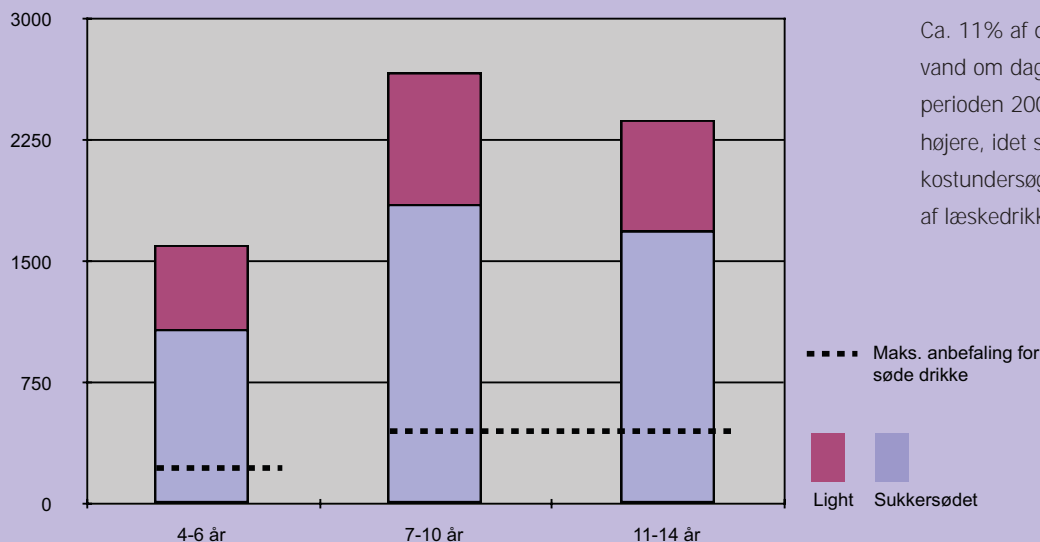
Så lidt sødt er der plads til på en uge!

For de 11-15 årige

Maks. ½ liter sodavand eller saft om ugen - www.maksenhalvliter.dk



Børn og unges indtag af søde drikke på en uge



Kilde: Danskernes kostvaner 1995-2006, DTU Fødevareinstituttet, 2008 (1).

Ca. 11% af danske børn drak 330 ml sodavand om dagen og derover, undersøgt i perioden 2003/06. Realistisk er dette tal nok højere, idet sodavand underrapporteres i kostundersøgelserne. Siden 1985 er salget af læskedrikke nemlig steget med 50% (1).

Gode råd for at undgå syreskader

- Sluk tørsten i vand
- Drik vand, mælk, kaffe og te mellem måltiderne
- Spar på sodavand, saft og juice – drik dem ikke hver dag og kun til måltider
- Hav den syrlige drik i munden så kort tid som muligt
- Drik med sugerør – så får du ikke skyllet syren rundt inde i munden
- Smådrik ikke sodavand og saft i mange små slurke i løbet af dagen – det er rent syrebad for tænderne
- Skyl munden med vand, efter du har drukket sodavand – det neutraliserer syren
- Børst aldrig tænder, lige efter du har drukket læskedrikke. Skyl i stedet munden med vand og børst tænderne på et senere tidspunkt.

MLIL@fvst.dk

Referencer

- 1 Danskernes kostvaner 1995-2006, DTU Fødevareinstituttet, 2008.
- 2 Forslag til retningslinjer for sund kost i skoler og institutioner, Danmarks Fødevareforskning, 2005.
- 3 Den kommunale tandpleje - http://www.denkommunaleandpleje.dk/?action=tander_sundhed&faglig_tekst=47#

Fakta om kampagnen

"Drik maks. ½ liter sodavand eller saft om ugen"

Kampagnesitet www.maksenhalvliter.dk er målrettet forældre, unge på 10-14 år og undervisere. Her kan både unge, forældre og undervisere finde fup og fakta om sodavand og saft, deltage i konkurrencer m.m.

Forældre og bedsteforældre kan bl.a.

- deltage i en sukker-quiz om at vinde en tur for familien til DGI-byen, med overnatning på et af DGI-byens hoteller for en familie på 4 personer inkl. morgenmad og adgang til Vandkulturhuset, en times bowling og sund spa-menu i Vestauranten
- teste familiens sundhed med det interaktive kostkompas
- få svar på spørgsmål om sodavand og saft i en brevkasse, hvor Fødevarestyrelsens ernæringseksperter sidder klar til at svare
- sende elektroniske postkort til deres børns bedsteforældre med flere med en opfordring til at skrue ned på sukkerhyggen "Vis kærlighed – sig nej til sukker"
- bedsteforældre kan vinde oplevelseshygge - et bedsteforældre/barnebarn årskort til Experimentarium.

Unge kan bl.a.

- deltage i en sukker-quiz og vinde en klasetur til en sund hyggefestival, på Experimentarium den 15. maj, hvor bl.a. hjerneforsker Peter Lund Madsen vil holde foredrag om "Hjernen og madvanerne – hvorfor har vi altid lyst til det usunde?" og der bliver udstillingsboder med sund hygge m.m
- sende deres egne gakkede 'alle børnene sukkerhistorier' og læse andres
- se en underholdende flashfilm om, hvad der sker, når du smider en tand i et glas cola
- finde postkort de kan sende til vennerne – 'stik en sukkergris' - og meget mere.

Undervisere kan bl.a.

- få klasserne til at dyste om en klasetur til Experimentarium
- bruge hjemmesiden "Madklassen", hvor Max og Monju lærer børnene om sunde madvaner
- bruge undervisningsmaterialet om de 8 kostråd, teste elevernes sukkerforbrug med sukkerspionen eller mad og motionsvaner med kostkompasset og meget mere.

Fakta om råderum til "tomme kalorier"

Genstandsgrænsen på maks. ½ liter sodavand og saft har Fødevareinstituttet beregnet ud fra, hvor meget sukker der i alt er plads til i en sund kost, hvis maden vel og mærke ellers er sund, og unge får rørt sig minimum 60 minutter dagligt. Derfor er råderummet reelt endnu mindre for mange børn og unge.

Råderummet omfatter nydelsesmidler, som hovedsageligt indeholder 'tomme kalorier' fra fedt og sukker og stort set ingen vitaminer og mineraler. Basisfødevarer som fx yoghurt med frugt, brød, morgenmadsprodukter, ketchup mv. indeholder tilsat sukker, og er

ikke medtaget i råderummet, fordi de også bidrager med næringsstoffer.

Se baggrunden for beregningerne i rapporten "Forslag til retningslinjer for sund kost i skoler og institutioner", Danmarks Fødevareforskning, 2005.

www.dfvf.dk/Files/Filer/Ern%E6ring/Kostanbefalinger/ForslagRetningslinjerKostSkolerInstitutioner.pdf

Fakta om sukker

- Børn og unge drikker fire gange så meget sukkersødet sodavand og saft som anbefalet.
- Salget af læskedrikke er steget med 50% siden 1985.
- Seks ud af 10 børn og unge får alt for meget sukker.
- Børn og unge får 80% af deres sukkerforbrug fra slik, chokolade, kager, sodavand og saft.
- Børn der drikker og spiser meget sødt – spiser generelt usundere.
- Sukkersødede drikke kan føre til uønsket vægtstigning, fordi de ikke mætter lige så meget som faste kulhydrater, fx kartofler og rugbrød.
- Børn, der drikker meget sodavand, drikker mindre mælk – det kan få betydning for, hvor stærke deres knogler bliver.

Unge forbrug af sodavand og saft er fire gange for stort

Selv om de unges sodavandsforbrug er fire gange for højt, er der sket et fald siden 2000/02, hvor de drak fem gange mere end anbefalet. En del af faldet skyldes at forbruget af light er steget, jf. (1).

Seks ud 10 børn og unge får alt for meget sukker

Børn og unges samlede sukkerforbrug er ifølge kostundersøgelsen faldet. I 2003/06 fik børn og unge 12% af deres energi fra sukker i modsætning til 14% i 1995 og 13% i 2000/02. Anbefalingen er, at maks. 10% af madens energi bør komme fra sukker.

Sodavand, saft, slik, chokolade og kager står for 80% af børn og unges sukkerforbrug. Slik, chokolade, kager mv. bidrager med 46% og sodavand, saft mv. med 35% (1).

Børn, der drikker og spiser meget sødt, spiser generelt usundere

Børn og unge der får mere end 10% af deres energi fra sukker, spiser generelt mere usundt end de børn og unge, der får mindre sukker. De spiser mindre frugt og grønt, mælk, rugbrød, havregryn og fisk. De får derfor færre af de næringsstoffer kroppen har brug for at kunne vokse og udvikle sig optimalt.

Søde drikke tager pladsen fra den sunde mad

Børn og unge har et ekstra stort behov for vitaminer og mineraler, der tilgodeser vækst, funktion og udvikling, fx dannes en stor del af skelettet i puberteten. Sund mad med tilstrækkelige næringsstoffer, vitaminer og mineraler i barndommen og puberteten har stor betydning for den langsigtede sundhed.

Vægt

Der er en positiv sammenhæng mellem sodavandsforbruget og stigende energiindtag og kropsvægt. Sukkersødet drikkevarer giver ikke samme mæthed som faste kulhydrater fra fx rugbrød eller kartofler. Et stort forbrug af sukkersødede drikkevarer er derfor ofte forbundet med vægtøgning.

Fejlnæring

Børn, der drikker meget sodavand, drikker mindre mælk. Mælk er den største kilde til kalk i vores mad. Kalk er særlig vigtig for børn og unge for, at de kan opbygge stærke knogler, der kan holde hele livet.

Arvelige forhold, D-vitamin, fysisk aktivitet og vægt har også betydning for den mængde knoglemasse, man opbygger som ung.

Reference

1 Danskernes kostvaner 1995-2006 – Status og udvikling med fokus på frugt og grønt samt sukker, DTU Fødevarerinstitutionen, september 2008.

Plads til tomme kalorier i løbet af en uge for børn

	3-6 år	7-10 år	11-15 år
Sodavand og saft	¼ liter	½ liter	½ liter
Blandet slik	20 gram	45 gram	75 gram
Chokolade	10 gram	25 gram	35 gram
Is	45 gram	80 gram	80 gram
Popcorn	8 gram	20 gram	20 gram
Kage	20 gram	40 gram	50 gram
Råderum i alt om ugen	2.100 kJ	4.200 kJ	4.900 kJ

Illustration af råderum til forskellige aldersgrupper kan ses på

www.altomkost.dk/NR/rdonlyres/BF58B9E6-F3CA-4537-9CBA-2B376444FE0E/0/Kostraad4sukker.ppt

Fakta om overvægt

- Op mod hvert femte barn er overvægtigt (2003-tal) (1).
- Op mod hvert femte barn bevæger sig for lidt. Kun to ud af tre børn lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om at være fysisk aktive i mindst 60 minutter om dagen (2).
- 70 procent af dem, der er overvægtige som unge, bliver det også som voksne (3).
- Overvægtige børn angiver selv, at det største problem ved deres overvægt er, at de er ekstra udsatte for drilleri og mobning (4).
- Svært overvægtige børn og unge (5-18 år) angives at have samme livskvalitet som kræftsyge børn (5).

Op mod hvert femte barn er overvægtig

Overvægt er et stigende problem blandt danske børn, som det også er for voksne, og der er ingen tvivl om, at udviklingen af overvægt især er gået hurtigt i de seneste 10 år. Hovedparten af de voksne som i dag er fede var ikke fede som børn, men det billede vil ændre sig i fremtiden.

Tendensen er den samme i nabolande som Sverige, Norge og Tyskland. I Syd og Østeuropa er fedmeforekomsten blandt børn højere end i Nordeuropa, og i USA bliver de fede børn endnu federe. Til alt held halter Danmark fortsat efter USA, men hvis der ikke snart gøres en aktiv indsats, vil der også komme mange flere meget fede børn herhjemme.

Op mod hvert femte barn rør sig for lidt

Årsagen til, at børn og unge bliver overvægtige er, at de spiser for mange kalorier og får rørt sig for lidt. Og noget tyder på, at det først og fremmest er motionen det kniber med, da børns energiindtag ikke ser ud til at være steget. Det er ikke længere en selvfølge, at alle børn får rørt sig nok. Efter 12-års alderen begynder børn i stigende grad at vælge sportsaktiviteter fra.

Mobning og lavt selvværd

Børnene føler selv, at det største problem ved deres overvægt er, at de er ekstra udsatte for drilleri og mobning. Overvægtige børn er også hæmmede i leg og sportsudøvelse. Det fører ofte til lavt selvværd og lav status blandt kammerater. Derfor er det vigtigt, at sunde mad- og motionsvaner grundlægges allerede i barndommen, så fedmen kan forebygges. I den sammenhæng bør man som forældre være klar over sin rolle som forbillede.

Referencer

- 1 Richelsen B, Er det en fedmeepidemi? Ugeskr Læger, 2005;167:145.
- 2 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2006, Sundhedsstyrelsen, 2008.
- 3 Reilly J, Obesity in childhood and adolescence: Evidence based clinical and public health perspectives, Post grad Med J 2006;82:317-324
- 4 Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge – oplæg til strategi, Motions- og Ernæringsrådet, 2007.
- 5 Schwimmer JB et al. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents, JAMA 2003.

Klog betragtning fra Anna, 8 år:

Ældreomsorg er noget, de gamle må vænne sig til, hvad enten de kan lide det eller ej.

Børns mellemmåltider må i fokus

I december 2008 forsvarede jeg en ph.d.-afhandling med titlen "Børns mad, mellemmåltider og hovedmåltider – i et folkesundhedsperspektiv". Afhandlingen er et bidrag til viden om, hvordan man kan fremme sunde kostvaner, og afhandlingens studier belyser på forskellig vis sammenhænge mellem ernæringsmæssig kvalitet af kosten og måltider henholdsvis måltidsmønstre.



Ida Husby

Mange børn er sultne uden for hovedmåltiderne, og 20-30% af energien i dagskosten kommer fra mad spist uden for hovedmåltiderne (1-3). Mellemmåltider er karakteriseret ved bl.a. at have højt indhold af sukker. Børn, der får megen energi fra mellemmåltiderne, har også høje sukkerindtag i den samlede dagskost – usunde mellem-

lemmåltider bliver således ikke kompenseret med sunde hovedmåltider. I både kvantitative og kvalitative undersøgelser om børns kost- og måltidsvaner ses, at børn i skolealderen får et eller flere mellemmåltider om eftermiddagen, også selvom de har spist frokost.

Hovedmåltider og mellemmåltider – også et spørgsmål om social indlejring

Hovedmåltider er i sociologisk forstand karakteriseret ved at være strukturerede (4). Der er regler for, hvordan maden i måltidet er komponeret – om der er kød, grøntsager, stivelse og fx sovs. Der er regler for, om mad og drikke er kold eller varm, sur, sød eller salt. Samtidig er der regler for de sociale relationer omkring måltidet – hvem deltager, hvem bidrager med hvad, og er det fx tilladt at læse avis eller have andre alternative aktiviteter. Mellemmåltider er ikke på samme måde strukturerede. Man tager et æble, en chokoladebar eller et glas mælk – på farten, alene, ved computeren. Mad og drikke kan være sød og sød, kold og kold, der er ikke så mange regler for, hvordan måltidet er komponeret. Nogle mellemmåltider er dog også indlejret i sociale relationer (5). Man samles om morgenkaffe med brød en gang om ugen på mange arbejdspladser, nogle drikker eftermiddagste med lidt sødt eller mødes til drinks med snacks. Strukturerede måltider er stabile og

Ida Husby har siden 1986, hvor hun blev ansat i den daværende Levnedsmiddelstyrelse, arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme med forskellige perspektiver og på forskellige niveauer – politisk administrativt, i praksis og ved forskning. Ida Husby har været projektleder på en række nationale ernæringskampagner, fx Let sovsen, Jensen, stået for at etablere Sundhedsstyrelsens indsats på ernæringsområdet i 1990-erne, arbejdet med at fremme kvaliteten af måltider i regi af Fødevareministeriet (Måltidets Hus), arbejdet med regulering i Fødevarestyrelsen, designet forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter i Kræftens Bekæmpelse samt været konsulent for regionale og kommunale projekter.

I december 2008 forsvarede Ida Husby sin ph.d.-afhandling omhandlerende børns mad og måltider i et folkesundhedsperspektiv (Forskerskolen i Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet).

svære at ændre, mens maden i ustrukturerede måltider lettere kan ændres og skiftes ud med andre typer levnedsmidler.

Forskelle i måltider hos børn med sundere og mindre sunde kostvaner

Mad er bærere af forskellige betydninger. I studier om børn og unges mad ses eksempelvis, at mad kan være en metafor for omsorg, at sund mad opleves som forældrenes og de voksnes ansvar, mens mindre sund mad forbindes med autonomi og det at være sammen med jævnaldrende. I et studie om mad i idrætten fandt Sylow således, at tallerknen med pomfritter udgjorde centrum for et socialt fællesskab, hvor alle kunne spise med (6). I et kvalitativt studie interviewede jeg to grupper børn med henholdsvis sundere og mindre sunde kostvaner (7). Alle børnene var glade for og talte om slik, chips og sodavand. Børn med sundere kostvaner beskrev, hvordan måltider og særligt mellemmåltider var indlejret i sociale sammenhænge, og hvordan usunde levnedsmidler som slik og sodavand forudsatte et socialt fællesskab og en særlig anledning. Mens børn med mindre sunde kostvaner beskrev, hvordan de spiste alene og fik slik og sodavand uden særlige anledninger. Alle børnene kunne berette om kontrol og regler omkring mad og måltider, og uafhængigt af om de havde

deltaget i udviklingen af disse regler, accepterede børnene fra begge grupper deres families regler. Forældre og andre voksne har således en betydelig rolle i at etablere sunde rammer for mad og måltider.

I den praktiske indsats med at fremme sunde kostvaner er det vigtigt at inddrage viden om kostvaner samt sociokulturel viden om, hvordan folk forstår deres praksis og hvilke betydninger, de tillægger deres mad og måltider. I relation til at fremme børns sunde kostvaner vil det være oplagt også at fokusere på mellem-måltider. For at skabe robuste og sunde kostvaner, som børnene kan tage med videre i livet, vil det være centralt også at inddrage de sociale relationer. Ved at etablere mellem-måltider fx et måltid om eftermiddagen, som er indlejret i sociale relationer og med særlige betydninger, vurderes det, at indtag af usunde levnedsmidler som slik og sodavand kan holdes på et lavere niveau, og

den ernæringsmæssige kvalitet af kosten vil forbedres. Der etableres mere robuste kostvaner. Tiltag, som finder sted i skoler, institutioner eller på andre arenaer, må bygge på en organisationsanalyse af den pågældende arena og søge at integrere sundhedsfremmende og forebyggende tiltag i arenaens hverdag (8). Udvikling af tiltag kan med fordel baseres på planlægningsmodeller, der tager udgangspunkt i både teori og evidens (9,10).

ldahusby.frb@gmail.com



Referencer

- 1 Fagt S, Christensen T, Groth M, Billoft-Jensen A, Matthiesen J, Trolle E. Børn og unges måltidsvaner 2000-2004. 2007. Fødevareinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet.
- 2 Summerbell CD, Moody RC, Shanks J, Stock MJ, Geissler C. Sources of energy from meals versus snacks in 220 people in four age groups. *Eur J Clin Nutr* 1995;49:33-41.
- 3 Samuelson G. Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe. An overview of current studies in the Nordic countries. *Eur J Clin Nutr* 2000, 54 Suppl 1: S21-S28.
- 4 Douglas M, Nicod M. Taking the biscuit: the structure of British meals. *New Society* 1974, 744-7.
- 5 Douglas M. Deciphering a Meal. In *Implicit meanings. Essays in anthropology*. London: Routledge & Kegan Paul;1975:249-275.
- 6 Sylow M. Slik og pomfritter i tredje halvleg. En sociokulturel analyse af unge, mad og sportshaller. *Nord Nytt Ungdomskultur* 2005, 92/93:151-167.
- 7 Husby I, Heitmann BL, O'Doherty Jensen K. Meals and Snacks from the Child's Perspective. *The Contribution of Qualitative Methods to the Development of Dietary Interventions*. *Public Health Nutr*. online 2008.
- 8 Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, MacHardy L, Young I, Witney E. 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promot Int* 2001,16:339-353.
- 9 Green LW, Kreuter MW: *Health Program Planning. An educational and ecological approach.*, 4th edn. New York. McGraw-Hill; 2005.
- 10 Bartholomew L, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. *Planning Health Promotion Programs: Intervention Mapping*. McGraw-Hill; 2006.

Doktor Skrump – en hjemmeside der kan hjælpe overvægtige børn

Hjemmesiden Doktor Skrump er blevet opdateret med nyt diskussionsforum, nye muligheder for et individuelt forløb for barnet, ny lettere login og nyt evalueringssystem.

Det er svært af få overvægtige børn til at tabe sig og få sundere vaner. Vi har udviklet en interaktiv hjemmeside, der er et værktøj, der kan hjælpe behandlere med at få overvægtige børn til at tabe sig. Den bærende idé er, at hjemmesiden kan hjælpe med at identificere en række daglige mål mht. kost og motion, som passer til barnets behov. Doktor Skrump henvender sig primært til sundhedsplejersker, praktiserende læger, diætister, pædagoger og er beregnet til børn i alderen 10-15 år.

Vi tror ikke, at børn ved at logge sig ind på en hjemmeside kan tabe sig. Der skal meget mere til. Der skal være en behandler, der følger barnet tæt og arbejder med barnets og forældrenes motivation. I det arbejde tror vi, at hjemmesiden kan hjælpe behandleren med at give barnet en meget konkret handlingsplan. Derfor er hjemmesiden konstrueret sådan, at det kun er en behandler, der kan give adgang. Og systemet fungerer kun, hvis behandleren med jævne mellemrum vejer barnet.

Hvis du vil have en detaljeret beskrivelse af systemet, kan du gå ind på www.doktorskrump.dk og gå videre ind på "Hvem er Dr. Skrump?" og "Hvad kan man på Dr. Skrump's hjemmeside?". Umiddelbart efter, at man har registreret sig som behandler, kan man oprette børn i systemet



og udlevere brugernavn og password. Første gang et barn logger sig på, skal det udfylde en detaljeret sundhedsprofil med oplysninger om barnets nuværende kost og motionsvaner. Ud fra disse oplysninger foreslår systemet en liste af opgaver, som barnet selv kan vælge imellem. Der skal vælges 4-5 daglige opgaver, som barnet har lyst til at gennemføre. Barnet kan nu også, helt efter eget valg, formulere en opgave. Herefter udskriver Doktor Skrump en huskeseddel. Huskesedlen indeholder også gode råd til, hvordan opgaverne kan gennemføres og en liste med spørgsmål til barnet og forældrene, der er relateret til de valgte opgaver: Hvem køber frugt og grønsager? Hvad vil du lave i stedet for at se fjernsyn?

Har du spurgt dine forældre, om de vil gå en tur? Desuden udskrives en checkliste, hvor barnet dagligt noterer, hvordan det er gået med opgaverne. Efter en uge logger barnet sig på igen og taster ind, hvordan det er gået. Barnet kan vælge at fortsætte med de samme

HVEM ER DR. SKRUMP

Velkommen til Doktor Skrump

Doktor Skrump er en hjemmeside, som henvender sig til overvægtige børn i alderen 10-15 år samt behandlere, som skal hjælpe børnene med at tabe sig.

Hjemmesiden giver læger, sundhedsplejersker og andre behandlere en udvidet mulighed for at hjælpe børn med svære overvægtsproblemer. Der er tale om en slags interaktiv behandling, hvor barnet bliver inddraget i beslutninger, som vedrører ændringer af kost- og motionsvaner. De eneste forudsætninger for at benytte siden er, at en behandler samarbejder med barnet, og at både barnet og behandleren har adgang til en computer med internetopkobling og printer.

Motivation er en forudsætning for at tabe sig

Det er svært for overvægtige børn at tabe sig. De fleste børn taber dog typisk et sted mellem 9 og 10 kg, når de opholder sig på et Julemærkehjem. Men når børnene befinder sig i deres eget miljø, er det meget sværere. Det er ikke nok at informere barnet og familien om, at de skal spise fornuftigt og dyrke meget motion. Der skal mere til.

Børn kan selvfølgelig ikke tabe sig ved at logge ind på en hjemmeside. Det er nødvendigt, at de bliver fulgt tæt af en behandler, som kan arbejde med både børnenes og forældrenes motivation, og som kan give meget konkrete råd, som tager udgangspunkt i det enkelte barns situation.

Derfor er hjemmesiden konstrueret sådan, at barnet kun kan få adgang til hjemmesiden af en behandler. Og systemet fungerer kun, hvis behandleren med jævne mellemrum ser barnet og taster barnets vægt ind på hjemmesiden.

Sådan logger du på første gang

Første gang du skal logge dig på som behandler, skal du gå ind på www.doktorskrump.dk. Under punktet "opret profil" bliver du bedt om at besvare en række spørgsmål. Grunden til, at vi skal have disse oplysninger er at vi senere vil kontakte udvalgte behandlere for at spørge om deres erfaringer med systemet, med det formål at videreudvikle systemet.

Sådan opretter du en ny patient

Når du har tastet dine oplysninger ind, kan du begynde dit første patientforløb. Det gør du under punktet opret patient.

Det er lettest at oprette en ny patient, når du er sammen med patienten. Så kan

opgaver eller vælge nogle nye. Derefter udskrives igen en huskeseddel til den følgende uge. Et typisk forløb vil vare seks måneder.

Behandlerens opgave er at aftale regelmæssige kontrolmøder, fx hver 14. dag eller hver måned. Det er behandleren, der skal veje og måle barnet og taste det ind i systemet, der genererer en vægtkurve og beregner det gennemsnitlige vægttab siden starten. Behandleren bør også diskutere, hvordan det er gået med opgaverne, og om der er behov for at vælge nye opgaver.

Nu har Doktor Skrump også et interaktivt forum, hvor børnene kan kommunikere med hinanden. Systemet indeholder en opslagstavle, hvor vi kan kommunikere med børnene, give råd og bede børnene indsende gode råd og erfaringer, der kan videregives. Desuden er der links til andre hjemmesider, der henvender sig til overvægtige børn. Doktor Skrump sender også e-mails til børnene med påmindelser. På hjemmesiden er børnene anonyme og det er kun behandleren, der kender barnets identitet.

Udviklingen af hjemmesiden Doktor Skrump er finansieret af TopDanmark Fonden, og den aktuelle opdatering af en bevilling fra Sundhedsstyrelsen. Udover forfatterne har Finn Salomonsen deltaget i udviklingen af hjemmesiden.

hellegr@hotmail.com

Fra hjemmesiden



"Fra pizza til popcorn"

Kogebog til børn og unge, der vil spise sundt

Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland, har udgivet en kogebog til børn og unge, der vil spise sundt. Kogebogen er lavet sammen med fire børn (12-13 år) med diabetes type 1. Der er taget udgangspunkt i børnenes livretter, så de opfylder de officielle anbefalinger for ernæringsrigtig mad, og så smager de selvfølgelig godt. Bogen kan bruges af børn og unge med diabetes type 1, hyperkolesterolemie og adipositas og andre, der "bare" skal spise sundere.

"Fra pizza til popcorn" kan bestilles hos:

Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest, Lægårdvej 12, 7500 Holstebro, ernæringsenheden@ringamt.dk eller tlf. 99 12 58 93.

Den koster 98 kr. (porto og forsendelse er med i prisen).



Anmeldelse af "Doktor Skrump"

Hjemmesiden www.doktorskrump.dk er tænkt som et værktøj, der kan hjælpe kliniske diætister med at få overvægtige børn og unge til at tabe sig. Men det er især et værktøj, som det overvægtige barn og deres familier og vel mest den unge kan have glæde af i arbejdet med vægttab og den fortsatte fastholdelse af motivation, interesse og glæde ved kost- og motionstilpasninger med vægttab for øje.

Dorthe Wiuf Nielsen



Hjemmesiden blev udarbejdet i forbindelse med det tværfaglige og tværinstitutionelle projekt "Tilbud til overvægtige børn og deres familier" i Københavns Kommune, et projekt, der siden blev implementeret i Københavns Kommune som "Kids Plus", og et tilbud, der efter nogle år, desværre er blevet lukket i kommunen.

Siden bærer desværre allerede ved login'et præg af, at den er tænkt til praktiserende læger og sundhedsplejersker, men den er nu fin brugbar også for kliniske diætister.

Hjemmesiden indeholder en liste af opgaver, som barnet/den unge kan vælge imellem. Det er aftaler om kost og motion, som barnet/den unge selv vælger. Det minder om en "aftalebog". Der udskrives også en checkliste, som barnet/den unge skal udfylde med tanke på, hvordan det går med at udføre de valgte opgaver/aftaler. Efter en uge skal barnet/den unge logge sig på igen og indtaste, hvordan det er gået, hvorefter "Doktor Skrump" giver point. Herefter er det tænkt, at barnet/den unge skal vælge nye aftaler eller arbejde videre med nogle af de samme og tidligere valgte opgaver afhængigt af, hvordan det er gået, og hvad barnet/den unge selv har lyst til.

Det vil være mest hensigtsmæssigt, såfremt barnet sideløbende ses og følges hos klinisk diætist, hvor der følges op på barnets vægttab, herunder indplotning af ny vægt og højdemål, så barnet/den unge og familien kan se vægtforløbet grafisk.

Det optimale udbytte af hjemmesiden er således, også for behandleren, at man har en computer til rådighed i sit vejledningslokale, hvor man ser barnet og familien. Det er mit indtryk,

at nogle børn/unge ikke mindst i starten kan blive vældigt nysgerrige overfor at bruge hjemmesiden, men jeg har desværre set, at børnene også hurtigt mister interessen, ligesom ved brugen af "aftalebøger", løbende registreringer af deres mad- og drikkeindtag og lign., hvor de selv skal være aktive og gøre en indsats ved fx at sætte klistermærker eller Smileys i.

Doktor Skrump kan være et godt redskab for kliniske diætister i deres arbejde med overvægtige børn og deres familier på lige fod med andre hjælpemidler så som spil, gode brochurer eller computerprogrammer som kostberegningsprogrammer som "Dankost 3000" eller "Master Data Diætistsystem", hvor man fx kan vise, hvad der sker med barnets kost, hvis man udskifter én madvare med en anden - vist med dækningscirkler eller trekkanter. Det er mit indtryk gennem mit arbejde med målgruppen, at der kan være brug for mange forskellige hjælpemidler, ikke mindst til variation, idet børnene og familierne kan være svære at fastholde i det lange seje træk, som behandlingen ofte strækker sig over, for at børnenes vægttab bliver vedvarende. De gennemgår ofte "adfærdsændringsspiralen" flere gange, og der skal arbejdes med beslutninger for og imod kost- og motionsændringer. Så er det godt at have forskellige hjælpemidler og redskaber at ty til og medgive børn og familier i vejledningssituationen.



En pædagogisk håndsrækning til det sunde familieliv – hjemmesiden GnaskeHelten.dk

Mange forældre ønsker faktisk, at deres børn skal leve sundt. Nogle forældre magter ikke at forstå de mange informationer om det sunde liv, mens andre er meget vidende. Men det er slet ikke så nemt at være moderne forældre med selvstændige børn. Af afmagt og misforstået kærlighed får mange børn derfor lov til at leve usundt – og have det dårligt. Den personlige vejledning af en diætist kan på ingen måde erstattes af en hjemmeside, men det er mit håb, at GnaskeHelten.dk kan inddrages som en hjælp til at lege læring og lyst til det sunde liv ind i børnene. Mit mål med hjemmesiden har været at bruge min faglige baggrund til at give forældre et pædagogisk redskab til hverdagens arbejde med at give børnene de bedste opvækstvilkår.



Anna Marie Thusgaard Pedersen



Hjemmesiden www.GnaskeHelten.dk er en gratis pædagogisk håndsrækning til de forældre, som gerne vil, men har svært ved at gennemføre kostomlægninger for hele familien. Hjemmesiden er målrettet børn i alderen 4–12 år.

En familie vil selvfølgelig få størst udbytte af det nye sunde fokus, hvis

de samtidig får vejledning af en diætist.

Hjemmesiden er udviklet af mig og gennemgået af klinisk diætist Birthe Grønfeldt og læge Mikkel Thusgaard for at sikre, at det faglige er i orden, og at alle råd stemmer overens med Sundhedsstyrelsens og fødevarestyrelsens anbefalinger. Ligeledes har Birthe Grønfeldt og Mikkel Thusgaard bidraget med artikler til forældrene inden for hvert deres fagområde.

Som lærer møder jeg mange usunde børn med kærlige forældre. Hovedparten af forældrene er frustrerede over, at deres barn spiser for lidt, for meget, forkert. Måltiderne er gået i hårdknude, og mange forældre har enten givet op eller kæmper stadig en nytteløs magtkamp. Den faglige viden om det sunde liv kan være meget vanskelig at forstå, hvis man ikke er uddannet inden for dette område. Derfor er det godt at kombinere diætistens person-

lige vejledning med hjemmesidens interaktive web, der giver familien bevidsthed om "Og hvordan var vi så sunde lige i dag?".

Børn i dag er selvstændige, og måltidet er et perfekt tidspunkt til at udøve denne selvstændighed, for det giver virkelig en respons hos de ellers så rummelige, moderne forældre. GnaskeHelten.dk er en slags lynafleder for de mange konflikter rundt omkring i hjemmene. Med hjemmesiden behøver forældre ikke længere formane eller lokke mad i modvillige børn – for Den sunde Fe tryller og gør hele familien klogere på det sunde liv. Bagefter laver GnaskeHelten krumspring, der gør både børn og forældre bevidste om deres egen sundhed.

På hjemmesiden GnaskeHelten.dk bliver teorien om det sunde liv præsenteret levende af Den sunde Fe på humoristisk og magisk vis. Det er gjort meget enkelt, så børn nemmere forstår, hvorfor det er så vigtigt at leve sundt.

Teorien om mad som energi præsenteres som en brændeovn i maven. Og brændeovnen trylles frem i GnaskeHeltens mave, så børnene kan se med egne øjne, hvad der sker, når han drikker sodavand eller spiser en gulerod. Teorien om nødvendigheden af en

varieret kost præsenteres som et puslespil. Feen tryller, så børnene kan se knoglerne i GnaskeHeltens arm eller hans hjerte, der banker. På samme vis fortæller feen også om nødvendigheden af motion og søvn nok – og ikke mindst om kampen mod den indre sukkertrøld.

Det banebrydende ved GnaskeHelten.dk er imidlertid den interaktive del. Her kan det enkelte barn hver aften taste ind og få GnaskeHeltens respons på, hvor sund barnet har været.

Til brændeovnen skal barnet fx klikke på, hvad han eller hun har fået at spise til morgenmad. Hvis barnet ikke har spist morgenmad, trasker GnaskeHelten træt hen ad skærmen med dynen trækkende efter sig. Har barnet spist meget sukkerholdig morgenmad, ryster GnaskeHelten først, men bliver så træt hurtigt igen. Har barnet derimod spist sund og fiberholdig morgenmad med frugt til, kommer GnaskeHelten glad ind med en stor tøjtiger, slår en kolbøtte og rejser sig jublende med armene i vejret. Ovenstående virker måske banalt, når man læser det. Men for et barn bliver det tydeligt, at morgenmaden har betydning for, hvordan man har det. Forældre og børn har ligeledes noget at tale om, der har direkte tilknytning til barnets dag. Flere familier har meldt tilbage, at deres børn pludselig er mere interesserede i morgenmaden – "for i aften skal GnaskeHelten lave noget sejt!".

Sukkerslangen er en af de andre interaktive dele i GnaskeHelten.dk. Det store problem for danske børn er jo ikke, at de spiser sukker – men derimod hvor stor mængden er. Børnene skal i løbet af ugen sætte kryds på sukkerslangen, hver gang de har spist noget usundt. Hermed har de mulighed for at holde styr på sukkerindta-

get. Flere familier, der har brugt GnaskeHelten.dk, har meldt tilbage, at deres børn er blevet meget bevidste om at gemme nogle krydser til weekenden. Både mængden af sukker og plageri er faldet i disse familier. Nogle familier har også meldt tilbage, at det hvide brød med syltetøj og pålægschokolade om eftermiddagen nu er skiftet ud med groft brød og frugt. En lille, men væsentlig forandring – som børnene har været med til at bestemme og udføre. For de vil jo ikke "spilde" nogle krydser på sukkerslangen.

Puslespillet skal hver dag samles for at skærpe opmærksomheden omkring varieret kost. Børnene klikker ind, hvilke slags grøntsager, frugt, kød, sunde fedtstoffer m.m. de har fået. Det udløser x antal brikker til dagens puslespil. Når puslespillet er lagt, hopper GnaskeHelten op og roser barnet. Denne umiddelbare respons, børnene kender fra computerspil, kobler børnene til deres dagligdag – og det virker. Ligeledes gemmer computeren oplysningerne om grøntsagerne – så det enkelte barn løbende kan følge med i, om gulerødderne eller den røde peber fører... og hvor mange slags grøntsager, barnet har spist.

En forælder har skrevet følgende om sine erfaringer:

"Udgangspunktet for at gå i gang med GnaskeHelten har været vores ældste datter på syv år, som er den mest kræsne af vores tre børn. Vi syntes, det var frustrerende, at hun på forhånd altid valgte aftensmaden fra, hvis den havde den mindste smule grøntsags-farve.



Erfagruppe for diætister med interesse for børn med overvægt

Vi har vurderet, at rammeplanen bør revideres, da der er kommet mange nye studier og ny viden til, siden den sidst blev revideret. Desuden vil vi gerne arbejde på generel optimering af diætbehandlingen af familier med børn med overvægt og få en faglig sparring i det daglige arbejde.

Vi glæder os til at høre fra interesserede.

Kenneth Christiansen
Klinisk diætist, kok og stud. pæd.
Ernæringsenheden
Regionshospital Holstebro
kechr@ringamt.dk

Ellis Tauber-Lassen, klinisk diætist
Diætistklinikken i Lyngby
ellis@et-l.dk

Dét, der har virket godt på vores datter, er filmsekvenserne, hvor Den sunde Fe fortæller om vigtigheden af søvn, motion og variation i kosten. Hun blev så grebet af historierne, at hun viste dem til alle dem, der kom på besøg! Og selv om det nu er et stykke tid siden, vi har set dem, citerer hun ofte sukkertrolden og Den sunde Fe på vej hjem fra skole. Der er ingen tvivl om, at det er

humoren i historien, der har medvirket til at budskabet er gået ind hos hende. Via historierne har hun og vi fået et fælles sprog til at tale om de forskellige elementer for et sundere liv."

De første aftner tager det ca. en halv time for familien at lære at bruge GnaskeHelten.dk – men derefter tager det kun 5-10 min hver aften før sengetid at have øget opmærksomhed på det sunde familieliv.



Det er gratis at tilmelde sig hjemmesiden. Såfremt der er spørgsmål eller kommentarer, er man altid velkommen til at kontakte undertegnede på info@gnaskehelten.dk.

Venligst
Anna Marie Thusgaard Pedersen

info@gnaskehelten.dk



Danskerne spiser mere frugt og grønt, men børn får stadig for lidt

Danskerne spiser mere frugt og grønt

Danskerne er begyndt at spise mere frugt og grønt fra 1995 til perioden 2003-2006. Blandt børn i alderen 4-10 år er indtaget steget fra 280 til 353 gram om dagen. Samtidig er andelen af børn, der spiser de anbefalede 300-500 gram eller mere om dagen, steget fra 10% til 33%.

De 11-75 åriges indtag af frugt og grønt er også steget fra 279 til 398 gram om dagen i samme periode. Her er andelen, som spiser de anbefalede 600 gram eller mere om dagen, steget fra 3% til 16%.

Indtaget af grøntsager er dog ikke steget yderligere blandt både børn og voksne i perioden 2000-2002 til 2003-2006. I samme periode er indtaget af frugt faldet lidt blandt de 4-10 årige, mens det er steget lidt blandt de 11-75 årige.

Men mange får stadig for lidt frugt og grønt

"Det er positivt, at både børn og voksne spiser mere frugt og grønt end tidligere, og det bliver spændende at følge udviklingen. Ikke mindst fordi langt de fleste fortsat får for lidt frugt og grønt", siger kostvaneforsker Sisse Fagt fra DTU Fødevarerinstittet.

Det er især de unge 11-24 årige, der ikke får nok frugt og grønt. Værst står det til blandt de 15-18 årige, hvor kun 5% spiser den anbefalede mængde eller mere. Desuden spiser mænd generelt væsentligt mindre frugt og grønt end kvinder.

Æblekinder og kondisko – en forældreguide til sunde og glade børn!

En forældreguide til sunde og glade børn! Hvordan i al verden kan jeg finde på at skrive en bog som denne? Og hvorfor udsætte forældre... og mig selv for denne udfordring?

Berit Elkjær



Jeg har gennem en del år modtaget mange forældre og børn til kost- og motionsvejledning i min praksis. Jeg har ofte siddet tilbage med fornemmelsen af, at jeg ønskede at give familien en større bunke viden og inspiration med hjem. Det drejer sig om et barn! Tænk at få lov til at bane vejen for en ny og skøn livsstil for et barn. At give et

barn hjælp til et sundere og glattere liv. For Søren da - det er sagen! Hvem af os diætister har ikke mærket, hvor vanskeligt og grænseoverskridende det kan være at hjælpe en voksen. Men for et barn ligger verden åben. Barnet tror på, at tingenes tilstand kan ændres. Og får vi de implicerede voksne til at spille med, er det let at ændre vanerne og livsstilen for et barn. Jeg mener, det er en gave for os behandlere at få børn i behandling. For al del må det ikke mislykkes. Det er et stort ansvar. Derfor skal alle familier i min praksis have tilbudt bogen "Æblekinder og kondisko". Bogen er skrevet som en uddybende guide til et sundere liv. Jeg kan ikke få sagt alt og motiveret nok i den relativt korte tid familien er hos mig. Men i bogen "Æblekinder og kondisko" får jeg forklaret og motiveret. Det har jeg det godt med. Det håber jeg også, at du som kollega kan have glæde af og sidst men ikke mindst forældre til gruppen af børn fra ét-års-alderen til puberteten.

I dag er forældre stokforvirrede omkring sunde livsvaner. Er brød sundt? Er sojamelk sundere end almindelig mælk? Er sukker et giftstof? Hvad med sødemidler? Jeg er sikker på, du selv kan fortsætte. Vi sidder og lytter hver dag og sjældent har det været værre end netop i denne tid. Samtidig er der mange forældre, der ikke magter at få deres børn til at spise det sunde. Ej heller kan de få fyldt børnenes hverdag med skæg, leg og bevægelse. Børnene lander tungt foran skærmen... og bliver der. Jeg ønsker med bogen at hjælpe forældre ud af forvirringen, samt motivere til små nemme ændringer af hverdagen. Bogen er opbygget i letlæste



kapitler, som næsten alle afsluttes med en summering i konkrete råd, der kan anvendes i den fortravlede hverdag.

Knokleri

At skrive en bog er et kæmpearbejde. Det var det i hvert fald for mig. Jeg skrev en hel del af bogen først og sendte manus ud til en række forlag. Nogle takkede pænt nej. "Kernesundbøgerne" havde dækket markedet, eller man var bange for, at målgruppen var de socialt dårligt stillede, og at de derfor ikke ville købe bogen. Men flere forlag ville gerne udgive bogen, og det gav mig mulighed for at vælge og vrage – dejligt! Politikens forlag gav mig en god kontrakt, og jeg slog til. Et konkurrerende forlag advarede mig imod et forlag, der samtidig udgav bestsellerbøgerne "Kernesund". "Pas på du ikke får mundkurv på", blev der sagt.

En klog betragtning fra Pernille, 7 år:

På hospitalet er der fyldt op med gamle mennesker. De er stuvet sammen. De har ofte brækket leddene eller vredet halsen om på lårene.

Jeg gjorde forlaget klart, at jeg ville have lov at sige, hvad jeg havde lyst til i min markedsføring af bogen. Det har jeg absolut fået lov til, men jeg har også fornemmet, at forlaget ikke har kunnet markedsføre mig som et bedre alternativ til "Kernesund", for bøgerne kommer jo fra det samme forlag.

At skrive og få udgivet en bog er "blod, sved og tårer". Man skal ikke gøre det for pengenes skyld, men fordi man vil det og føler, man har noget på hjerte. Det tager mere tid, end jeg i mit værste mareridt havde drømt om. Den ene tidskrævende proces afløser den anden. Markedsføringen tager tid, og man stiller op til fjernsyn, radio og mængder af diverse interviews uden en krone i løn. Journalister skriver mere eller mindre flatterende, og til tider går det så stærkt, så man bagefter må erkende, at en fejl smuttede ind. Det gavner ikke mit perfektionistiske diætisthjerter, men træder man frem i skoene, må man acceptere, at man kan blive trådt over tæerne.

Det er dog skønt at stå med sit produkt i hånden – færdigt og fint. Jeg synes, det er blevet en flot og god bog. Dejligt har det også været med skønne diætistkolleger, der har givet både ros og opmuntring - tak!

Det kan diskuteres

Jeg har bygget min bog på dokumenteret viden, og den er gennemlæst og kommenteret af kompetente personer. Alligevel vil der altid være en del, der kan diskuteres. Jeg har foretaget nogle valg. Fx at opskrifterne ikke nødvendigvis alle skal under 30E%, men til gengæld er de fyldt med gode sunde fedtstoffer. Det er kosten som en helhed, der skal under 30E% og ikke de enkelte måltider. Bogen er ikke en slankebog, men en sundhedsbog. Jeg har i henhold til den nye store kræftrapport "Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective" fra American Institute for Cancer Research" ændret min sædvanlige vejledning omkring sundt pålæg. Jeg har tidligere haft en tendens til at erklære alt kødpålæg for sundt pålæg, når blot fedtindholdet kom under 10 g fedt/100 g. Ifølge kræftrapporten bør forarbejdet

røget, saltet eller konserveret kødpålæg undgås som dagligt pålæg, da det er evidens, at det øger risici for tarmkræft. Der røg altså den daglige spegepølse eller den røgede filet i mange børns madpakker. Dette blot eksempler på nogle af de mange valg, man må foretage, når man skriver en bog om mad og motion.

Salgstal

For nylig hørte jeg odds'ene for, at en bog bliver en sællert. Forfatteren skal ikke have en faglig velfunderet uddannelse, og bogen skal være spækket med løfter om "guld og grønne skove". Da jeg er klinisk diætist og fysioterapeut og udtaler mig om kost og motion uden at love evig ungdom, ja, så skulle mine chancer for at skrive en sællert være begrænsede. Men bogen sælger dog tilsyneladende godt uden dog at nærme sig noget, der minder om "Kernesund" eller andre "popsundhedsbøgers" salgstal. Folk ønsker og håber, at miraklet lever i den næste bog. Mystiske teorier blandet med poppede løfter om evig sundhed er tilsyneladende vejen til en topsællert, men den vej ønsker jeg ikke at gå. Positive, veldokumenterede sundhedsbudskaber i en skøn indpakning er min vej – den er jeg glad for at gå! Derfor "Æblekinder og kondisko – en forældreguide til sunde og glade børn". Håber du har den på hylden! Ellers koster den 249 kr.!

fredensborgsundhedscenter@mail.dk

Berit Elkjær er mor til to, en erfaren foredragsholder og skribent for flere tidsskrifter. Arbejder med kost- og motionsvejledning og er bl.a. med i projektet "Fitkids" støttet af Sundhedsstyrelsen.

Resultatet af lønforhandlingerne i kommunerne i 2008

En væsentlig del af arbejdet i sekretariatet i 2008 var at bistå medlemmer ved lønforhandlinger med landets kommuner.

Efter kommunalreformen overtager kommunerne visse opgaver, der før har ligget i amterne og regionerne. Og i den forbindelse oprettes også stillinger til kliniske diætister i kommunerne.

Der er endnu ikke indgået landsdækkende overenskomst for kliniske diætister ansat i kommunerne. Forhandlingerne i 2008 har derfor været ført med de enkelte kommuner. Det har til gengæld givet os et godt kendskab til de enkelte nye stillinger og til de tiltag, som kommunerne har taget for at løfte de nye opgaver.

Kommunerne er fuldt bevidste om, at kliniske diætister er en del af det sundhedsfaglige personale, og at lønnen skal afspejle dette. Sædvanligvis er forhandlingerne endt med en model, hvor grundlønnen lægges på løntrin 8 eller svarende til DKK 27.000 pr. måned. Herudover aftales individuelt et kvalifikationstillæg, der afspejler anciennitet, specialer og andet. Desuden aftales typisk et funktionstillæg, bl.a. i stillinger, hvor der fx indgår ansvar for mere

selvstændig planlægning og tilrettelæggelse. Disse vilkår reduceres på vanlig vis forholdsmæssigt ved deltidsstillinger. Pensionsbidrag ydes sædvanligvis med 12,8%, hvor kommunen betaler to tredjedele, og den sidste tredjedel trækkes i lønnen.

I enkelte tilfælde har kommuner foreslået en aflønning af kliniske diætister svarende til den løn, der følger af den kommunale køkkenoverenskomst. FaKD er ikke part i denne overenskomst. Og køkkenoverenskomsten omfatter ikke kliniske diætister eller andet autoriseret sundhedsfagligt personale. Diætiststillingerne i kommunerne er jo også netop oprettet for, at borgerne får tilbud om klinisk diætvejledning. Sekretariatet har i et par tilfælde i 2008 frarådet medlemmer at sige ja til tilbud om ansættelse i kommuner, hvor lønnen har været på et uacceptabelt lavt niveau.

Generelt tegner der sig et billede af, at lønniveauet, som er forhandlet i kommunerne i 2008, er væsentligt bedre end det, der gælder i regionerne. Og dialogen med kommunerne har i de fleste tilfælde været god og konstruktiv. Vi ser frem til et fortsat godt og forhåbentligt udbygget samarbejde med kommunerne i de kommende år.



Medicin på nettet

62 pct. af den medicin, der sælges på internettet, er forfalsket og farlig. 96 pct. af online-apotekerne drives af bedragere (www.eaasm.eu). Forfalsket medicin kan indeholde forkerte lægemiddelstoffer, stofferne kan være tilsat i en forkert mængde, eller pillerne kan være fyldt med tungmetaller og pesticider.

Køber man sin medicin på et online-apotek, der er tilknyttet et reelt fysisk apotek, er man sikker på at få den rigtige medicin. Danmark har to online-apoteker, som er tilknyttet fysiske apoteker: Apoteket.dk og Nemmedicin.dk.

Læs mere om forfalsket medicin på www.netdoktor.dk/medicin/forfalsketmedicin.htm

Referat af FaKDs årsmøde januar 2009

Foreningen af Kliniske Diætister afholdt årsmøde i Århus den 8. januar 2009. Det var et godt årsmøde og et godt sammensat program. Materialet kan findes på foreningens hjemmeside. Hovedemnet var en debat mellem Tove Larsen, formand for Kommunernes Landsforenings Sundhedsudvalg og Aleksander Aagaard, næstformand for Danske Regioners Sundhedsudvalg.

Tove Larsens indlæg

Kliniske diætister er en ny faggruppe i kommunerne i takt med kommunernes nye ansvarsområder. De er oftest ansat i "sundhedscentre". 18 kommuner har fået puljefølge til opstart, og en del andre kommuner har selv finansieret de nye tiltag. Sundhedscentrene skal stå for holdundervisning og rådgivning af de lette, kronisk syge som type 2-diabetikere, hjertepatienter, KOL-patienter og småtspisende ældre borgere. Tove Larsen lægger selv stor vægt på, at forebyggelse skal starte hos børnene, bl.a. med udarbejdelse af kostpolitikker.

Konklusionen var, at der er mange ideer og intentioner, men økonomien er en barriere. Der er ingen penge til den patientrettede forebyggelse i kommunerne.

Alexander Aagaards indlæg

Ser følgende forudsætninger eller nærmere udfordringer:

- Ny struktur
- Givne fysiske rammer
- Personalemangel i sundhedsvæsenet, så budgettet belastes af udgifter til vikarer.

Ideer til løsninger:

- Borgerne skal opdrages til sund levevis
- De unge skal gøres interesserede i sundhedssektoren m.h.p. uddannelse her.
- "Opgaveglidning" eller "flytning" foreslået, hvormed menes, at de forskellige faggrupper skal kunne støtte og til dels overlape hinandens arbejde.

Indtryk fra den efterfølgende debat

Politikerne blev gjort opmærksomme på, at der flere steder opstår et tomrum imellem region og kommune. Flere steder i landet er både personale og patienter blevet fyret/svigtet i regionsregi, men kommunerne er ikke klar eller har ikke økonomi til at tage over. Politikerne erkendte, at her ligger en kæmpe kommunikationsopgave og ser det som et stort problem.

Det blev foreslået, at der stilles krav i kommunen om, at det skal være kliniske diætister, der ansættes i kommunalt regi frem for "sundheds-apostle" af forskellig slags. Der opfordres til at fortælle om os selv overalt og dermed udbrede kendskabet til vores faggruppe.

Desuden diskussion om de kompetencer der går tabt, hvis en klinisk diætist bliver fyret og evt. tager et "ikke-diætist"-job. Forslag om at ansætte flere diætister de steder, hvor der er stor mangel på sygeplejersker. Da fysioterapeuterne flyttedes til kommunerne, var der ikke specifikke penge, der fulgte med. Men da fysioterapien indgår i en given behandlingsplan, skal denne plan opfyldes. Måske der fremover skal indføres "diætbehandling" i behandlingsplanen, der hvor det er nødvendigt.

Alt i alt en meget spændende debat med lovninng på at medtænke diætisterne som faggruppe i det kommunale arbejde.

Indlæg ved Eva Winther

Gennemgang af hvad der foregår overordnet omkring referenceprogrammer, kliniske retningslinjer m.v. indenfor sundhedsvæsenet.

Kommentarer

Målet har været at udarbejde referenceprogrammer for hvert område/sygdom.

Et referenceprogram er kendetegnet ved, at hele forløbet er beskrevet – tværfagligt og tværsektorielt. Efter 7-8 års arbejde var der i alt lavet 10 referenceprogrammer. Deraf blev konklusionen, at det tager for lang tid og kræver for mange ressourcer. Sundhedsstyrelsen arbejder i stedet på at skabe et "lavere niveau" af retningslinier, og referenceprogrammerne aflives.

Nu arbejdes der på at igangsætte arbejdet med "kliniske retningslinier", som primært er monofaglige og er synonyme med rammeplaner og faglige retningslinier.

Der er også udarbejdet "forløbsprogrammer", som er mere overordnede end "kliniske retningslinier". Der tages udgangspunkt i de forløbsprogrammer, der er fra Sundhedsstyrelsen.

Det bliver fremover "digital sundhed", som danner rammen om digitaliseringen af det danske sundhedsvæsen - se www.sdsd.dk.

Vi skal være opmærksomme på "Map of medicine", som oversættes og kan anvendes til udvikling af nationale danske kliniske retningslinjer. De danske retningslinier vil kunne ses som et Danish view. Det kræver desværre adgangskode for at gå ind i systemet. Terminologien er vigtig ved oversættelse, således at det oversættes til at give den rette forståelse. Det er en langvarig proces, når det først skal oversættes og rettes til.

AGREE er et instrument, der kan anvendes i proceduren i Center for kliniske retningslinjer (www.kliniskretningslinjer.dk/). Hensigten med agree-instrumentet er at opstille en ramme for bedømmelse af kvaliteten af kliniske vejledninger og referenceprogrammer for klinisk praksis.

FaKDs bestyrelse arbejder allerede med udarbejdelse af kliniske retningslinier ud fra de her nævnte rammer.

Indlæg ved advokat Henrik Karl Nielsen

Foreningens sekretariatsleder fremlagde nogle af de opgaver, han har været involveret i de sidste år på lønområdet. Det har især været ansættelser af kliniske diætister i de 16 kommuner, der har været forhandlinger omkring. Der har også været behov for hjælp til de enkelte sygehuse og praksis.

Sekretariatet lægger op til, at medlemmer henvender sig i forbindelse med bl.a. lønforhandlinger og opfordrer desuden også til, at man giver en tilbagemelding vedr. afklaring af løn, når den er færdigforhandlet.

Ernæringsbehovet hos kritisk syge

To sygeplejersker, Helle Svenningsen og Kirsten Kaptain fra intensivafdelingen på Århus Sygehus, har udarbejdet en lettilgængelig elektronisk beregnings-metode til udregning af energibehov samt næringsstoffordeling. Det har betydet, at alle på afdelingen tager del i det og kan håndtere det. Der udregnes hurtigere en given patients ernæringsbehov, og der laves enkle kostberegninger.

Der var ikke klinisk diætist tilknyttet deres afdeling, men de har haft hjælp af diætist ved udarbejdelse. Et spændende arbejde, der har haft fokus på at gøre det nemt og dermed sikre, at patienterne faktisk får den nødvendige ernæring.

Møde- og kongreskalender 2009

24. februar:

Øresund Food Network – Winter School 2008-09: Pre- and probiotics;
kl. 13 – 16, Arne Jacobsens Alle 15-17, 2300 København S (www.oresundfood.org)

27. februar:

Efteruddannelsesdag for sygeplejersker og kliniske diætister - "Små ting kan få stor betydning for lysten til at spise" - se program på www.dske/kalender.

4.- 6. marts:

Wageningen Nutritionel Sciences Forum 2009: Too Much – Too Little,
Burgers Zoo, Arnhem, The Netherlands (www.humannutrition40.nl)

10. marts:

Øresund Food Network – Winter School 2008-09: Summery of previous meetings and preparation of application for relevant funds. Kl. 13 – 16, Arne Jacobsens Alle 15-17, 2300 København S (www.oresundfood.org)

12. marts:

Børn og unges proteinbehov. Arrangør Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) og Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS). Kl. 16-18.30 på Det Biomedicinske Fakultet, Københavns Universitet (tidligere KVL) (www.dske.dk)

24.- 27. marts:

EASO Bjørntorp Symposium: Differential roles of the various adipose compartments in obesity, Prag (www.easo.org)

26.- 27. marts:

Første Nordiske Konferanse om Spise- og Ernæringsvansker hos Barn. Oslo. Program og tilmelding på www.rikshospitalet.no/spise.

24. april:

Årsmøde i i Århus i Dansk selskab for Klinisk Ernæring. Se program på www.dske.dk/kalender.

5.- 9. maj:

17th European Congress on Obesity: Prevention of Weight (re)gain, Amsterdam (www.diogenes-eu.org) (www.easo.org/eco2009)

3.- 5. juni:

3rd Joint Trans-Atlantic Fisheries Technology Conference: Technology for Healthy and Safe Seafood, København, Moltkes Palace

17.- 20. juni:

2009 Annual Conference of the ISBNPA (The International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity), Lissabon, Portugal, (www.isbnpa2009.fmh.utl.pt)

5.-9. juli:

The 19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Paris, Frankrig (www.gerontologyparis2009.com/site/view8b.php?id=75)

29. august - 1. september:

ESPEN-kongres, Wien, Østrig (www.espen.org)



BESTYRELSESUDVALG

Redaktionsudvalg: Anne Marie Beck

Forretningsudvalg: Formand Ginny Rhodes

PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

Hjemmesideudvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

Medlemsudvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, Margit Oien Nielsen, May-Britt Riggelsen

Fagligt udvalg: Kirsten Petersen, Dorthe Wiuf Nielsen

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic

Association: Sekretær Helle Skandorff Vestergård.

Temaet i næste nummer af Diætisten er diætisters samarbejde med industrien.



RESOURCE® Komplett Næring 1.5

Øger livskraften
hos den småtspisende



- Hjælper småtspisende med at genopbygge styrken og genfinde livskraften
- To flasker om dagen giver et ekstra tilskud på 600 kcal og 22,4 g protein
- Letdrikkelig – tynd konsistens
- Rigtig god smag – seks omhyggeligt udvalgte smagsvarianter
- Bredt anvendelsesområde
- Læs mere på www.nestlenutrition.dk
- Ring til Healthcare Nutrition på tlf. 35 46 01 67 hvis du har spørgsmål.



Enhancing the quality of life