

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Farmakologisk ernæring

*Visse patienter har gavn af næringsstoffer i farmakologiske doser.
Status for arginin, RNA, n-3 fedtsyrer, glutamin, ornithin, cystein og antioxidanter*

Tirsdag d. 19. marts 2002 kl 19.00-21.00

Konferencerum 1 (ved personalekantin), Rigshospitalet

Program:

Nye næringsstoffer på vej: ornithin, cystein og antioxidanter

Ovl. Jens Kondrup, Ernæringsenheden, Rigshospitalet (15 min)

Perioperativ oral/enteral immunonutrition

Ovl. Lone Susanne Jensen, Kir afd L, Århus Kommunehospital (30 min)

Pause (15 min)

Enteral immunonutrition til patienter på intensiv afdeling

Ovl. Kurt Espersen, Intensiv terapi Afsnit, Rigshospitalet (30 min)

Parenteral immunonutrition hos patienter i intensiv terapi

Afdl. Kurt Jacobsen, Intensiv terapi Afsnit, Svendborg Sygehus (30 min)

Alle er velkomne. Tilmelding ikke nødvendig

Nu virker det igen

I nyhedsbrevet oktober 2001 omtaltes en undersøgelse af Woodcock *et al.* *Nutrition 2001; 17:1-12*, som viste, at enteral ernæring ikke havde fordele frem for parenteral ernæring, i et meget heterogent patientmateriale. I november 2001 udkom et italiensk multicenter studie (Bozetti *et al.* *Lancet 2001; 358:1487-92*) af 317 underernærede (>10% vægttab i løbet af de sidste 6 måneder) kræftpatienter som gennemgik større gastrokirurgi. Patienterne blev randomiseret til postoperativ parenteral eller enteral ernæring i 8 dage (1,4 g AA/protein og 112 kJ/kg per dag). I den enterale gruppe var der signifikant færre komplikationer. Dette omfattede 41% færre infektiøse komplikationer (pneumoni, sårinfektioner o.a.) og 27% færre ikke-infektiøse infektioner (en samlebøtte med respiratorbehandling, multiorgan-svigt, blødning, anastomoseleaka o.m.a.). Forskellen i forekomsten af komplikationer optrådte fra 5. postoperative dag. Den re-

ducerede forekomst af komplikationer var ledsaget af en signifikant reduktion af indlæggelsestiden fra 15.0 døgn i den parenterale gruppe til 13.4 døgn i den enterale gruppe. Forfatterne mener ikke, at enteral ernæring er bedre, blot fordi man undgår bivirkninger til parenteral ernæring, idet der foreligger flere positive undersøgelser med parenteral ernæring hos disse patienter. Resultaterne er i overensstemmelse med Moore's meta-analyse af gastrokirurgiske patienter (*Ann Surg 1992; 216:172-93*), som dengang medførte et afgørende gennembrud for den enterale ernæring. Den nye italienske undersøgelse glimrer ved sin størrelse og stramme design, i forhold til de små løst designede studier, der indgik i meta-analysen. I forhold til Woodcock's undersøgelse er den italienske undersøgelse ca. 5 x større og drejer sig om et langt mere homogent patientmateriale, hvorfor en effekt af forskellen i ernæringsform har lettere ved at slå igennem. Så nu virker det igen overbevisende, at

enteral ernæring er bedre hos patienter, hvor der er valgmulighed.

Måltidets hus ⇔ sygehus

Den 24. januar holdt sygeplejerskerne i DSKE møde i Odense om den besværlige ernæringsterapi.

Ruth Nyholm, Bispebjerg Hospital, gennemgik den trinvise forbedring af patienternes kostindtag i løbet af flere projektperioder. Først indførtes Anbefalingernes Sygehuskost, hvorefter det kunne konstateres, at kun 27% af patienterne fik mindstemålet for proteinbehovet dækket. Så blev der undervist i den målrettede ernæringsindsats efter alle kunstens regler inkl. ansvarsplacering, hvorefter 40% fik mindstemålet for protein dækket. Så indførtes protein og energiberigelse af Sygehuskosten, hvorefter 70% fik mindstemålet for protein dækket. Så indførtes en person (SOSA), som ud fra centralkøkkenets "halvfabrikata" kunne fremstille og servere et måltid for patienten nogenlunde efter patientens eget ønske, hvorefter 85% fik mind-

stemålet for protein dækket. Individualiseret omsorg, tid, og mad der passer til patienten, er vejen frem, ifølge Ruth Nyholm: så er ernæringsterapi ikke besværligt.

Jan Krag Jacobsen, Måltidets Hus, Fødevarerdirektoratet, sagde: I får ikke noget "kost" i patienterne, før I laver kosten om til et måltid, ligegyldigt hvor god kosten er. Omvendt, hvis I laver et godt måltid, er det ikke helt så afgørende, hvordan kosten er. Måltidet omfatter, udover kosten, alle de underbevidste ritualer, smagspræferencer m.v., dvs. madkultur, som er en unik del af hvert menneskes identitet. Det stikker så dybt, at mennesker i en hungersnødssituation næsten hellere vil dø af sult end begynde at spise noget, der ikke hører til kulturen, selv om der i omgivelserne er f.eks. biller og andet, der andre steder i verden anses for delikatesser. I skal ikke tro, at en person med "dårlige kostvaner" er ligeglad med sin kost. Folk med "dårlige kostvaner" har som alle andre en meget bestemt opfattelse af, hvad der er god og dårlig mad. Hvad der umiddelbart smager godt eller dårligt afhænger af, hvad personen fra modermælken og barndommen er påvirket til at opfatte som godt eller dårligt. F.eks. kan voksne japanere i meget sammensatte smagsundersøgelser bedst genkende smagen af ingredienser, de fik i barndommen. Pattedyrers smagspræferencer er bl.a. styret af, hvad de fik som "bismag" i

modermælken fra den ammende mors måltider. Modsat er nysgerigheden efter at smage noget nyt, der indeholder en kerne af noget kendt, en direkte appetitvækker. Ritualer omkring måltidet er afgørende for, om et fremmed menneske opfattes som hørende til ens egen kultur: fra brug af kniv og gaffel og borddækning til spørgsmålet om hunde er spiselige. En nyetableret kontakt befæstes gennem måltider (patienterne stoler måske mere på vores omsorg, hvis vi sørger godt for deres måltider). Alle disse elementer i den enkelte patients madkultur må aflæses, når vi kommer med "kosten", så det bliver til et måltid. Utilstrækkeligt kostindtag er ikke kun et spørgsmål om dårlig appetit pga. sygdommen - vi kan sagtens selv ødelægge appetitten ved at trampe rundt i patientens måltidskultur.

Edvin Grinderslev, psykolog ved Center for alternativ samfundsanalyse, havde som udviklingschef i et amt stået for omlægningen fra central udportionering til cook-chill på alle amtets sygehuse. Der blev nedsat arbejdsgrupper på hvert sygehus. Kun i et par tilfælde sad der repræsentanter fra sygehusledelse og afdelingsledere - i modsætning til f.eks. IT udvalgene, hvor der var mange ping'er. Det videre forløb overraskede ved, at patienterne hurtigt blev frataget deres nye mulighed for selv at vælge ved buffet'en -

det gamle system levede videre i det nye - "det var nemmest". Blandt personalet var omlægningen "et projekt", som man f.eks. kunne skrive artikel til et fagblad om. Derudover var de nye driftsmæssige aspekter, som ansvarsfordeling, det centrale for personalet, mens de nye muligheder for patienterne inkl. personalets nærvær i forbindelse med måltidet, var mindre i fokus.

Kalender:

Diætistdag 06.03.02

UPS konference 23.05.02 10:00-17:00. Resultater fra projekt Underernæring på Sygehuse. Tilmeldingsblanket vedlagt dette nyhedsbrev.

Årsmøde i DSKE 24.05.02 10:00-18:00. Tema: Årsager til Kancer-kaheksi. Rigshospitalet. Tilmeldingsblanket vedlagt dette nyhedsbrev.

9th World Congress on Clinical Nutrition. 24.06.-26.06.02. London. www.wmin.ac.uk

24th ESPEN Congress. 31.08-04.09.02. Glasgow. www.espen.org

Møde i DSKE 24.09.02. Enteral ernæring *versus* parenteral ernæring. Odense. Yderligere detaljer i senere nyhedsbrev.

Møde i DSKE 19.11.02. Ældres ernæring før, under, efter sygehusophold. Århus. Yderligere detaljer i senere nyhedsbrev.

Næste nyhedsbrev:

Medio Marts. Indlæg sendes til formanden.

Skemaer til ernæringsterapi mv. kan downloades fra Magical Desk via *DSKE's* hjemmeside: <http://www.dske.dk/>

Formand:
Jens Kondrup
Overlæge, dr. med.
Ernæringsenheden-5601
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 35 45 25 59
kondrup@rh.dk

Næstformand:
Ib Hessov
Overlæge, dr. med.
Kirurgisk afd L
Århus Amtssygehus
Tage Hansensgade 2
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 75 03
ib.hessov@dadlnet.dk

Sekretær:
Henrik Højgaard Rasmussen
Overlæge
Medicinsk afd. M
Ålborg Sygehus Syd
Hobrovej 18-22
9100 Aalborg
Tlf.: 99322511
h.h.r@mail1.stofanet.dk

Kasserer:
Mette Borre
Klinisk diætist
Medicinsk afd V
Århus Kommunehospital
Nørrebrogade 44
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 28 15
akh.grp02s.mb1@aaa.dk

Bestyrelsen i øvrigt:

Overlæge Thomas Almdal, Endokrin afd, KAS Herlev.
thal@herlevhosp.kbhamt.dk

Overlæge Jan Eriksen, Med afd, Herning Centralsygehus
jeriksen@dadlnet.dk

Overlæge Ole Hamberg, Hillerød Centralsygehus
hamberg@dadlnet.dk

Sygeplejerske Hanne Kristensen, Sygeplejeskolen Ålborg
hk@sraa.nja.dk

Sygeplejerske Lene Bech, Apopleksiafsnit, KKH Hvidovre.
lene.lillevang.bech@hh.hosp.dk

Klinisk diætist Lisbeth Jensen, RAS Køge.
rklje@ra.dk

Formand:
Jens Kondrup
Overlæge, dr. med.
Ernæringsenheden-5601
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 35 45 25 59
Fax: 35 45 22 13
kondrup@rh.dk

Næstformand:
Ib Hessov
Overlæge, dr.med.
Kirurgisk afd L
Århus Amtssygehus
Tage Hansensgade 2
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 75 03
Fax: 89 49 75 49
ib.hessov@dadlnet.dk

Sekretær:
Henrik Højgaard Rasmussen
Overlæge
Medicinsk afd. M
Ålborg Sygehus Syd
Hobrovej 18-22
9100 Aalborg
Tlf.: 99322511
h.h.r@mail1.stofanet.dk

Kasserer:
Mette Borre
Klinisk diætist
Medicinsk afd V
Århus Kommunehospital
Nørrebrogade 44
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 28 15
Fax: 89 49 28 20
akh.grp02s.mb1@aaa.dk

Bestyrelsen i øvrigt:

Overlæge Thomas Almdal, Endokrin afd, KAS Herlev.
thal@herlevhosp.kbhamt.dk
Overlæge Jan Eriksen, Med afd, Herning Centralsygehus
jeriksen@dadlnet.dk
afdelingslæge Ole Hamberg, KAS Glostrup
hamberg@dadlnet.dk

Sygeplejerske Hanne Kristensen, Sygeplejeskolen Ålborg
hk@sraa.nja.dk
Sygeplejerske Lene Bech, Apopleksiafsnit, KKH Hvidovre.
lene.lillevang.bech@hh.hosp.dk
Klinisk diætist Lisbeth Jensen, RAS Køge.
rklje@ra.dk