

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének továbbképzése*

„ Naprakész dietetika ”

Időpont: 2010. november 27. szombat

Helyszín: Szent László Kórház Díszterme (1097 Budapest, Gyáli út 5-7., 19. épület)

ELŐADÁSKIVONATOK

ELHÍZÁS MENEDZSMENT

Pados Gyula, Audikovszky Mária

Az elhízás kezelésének 5 pillére van: a diéta, az életmód változtatás, fizikai aktivitás, gyógyszeres kezelés és a műtét. Elsőrendű a diéta, melyben alapvetően elfogadott a kalóriabevitel csökkentése, mellyel heti 0,5 kg fogyás várható. Vitatott, hogy ezen belül milyen tápanyag-összetétel előnyös. 20 éve szorgalmazzák a zsírszegény, low-fat diétát, melyet sem a vizsgálatok, sem a lakossági táplálkozási változások nem bizonyítottak. Az USA-ban az infarktus „járvány” miatti zsírkorlátozás csak a koleszterin szintet csökkentette, de a zsír helyetti szénhidrát fogyasztás 1970 és 2000 között az elhízás drasztikus növekedéséhez (14,7-ről 30,6%-ra) vezetett.

Számos vizsgálat és metaanalízis bizonyította, hogy low-carb diétával legalább fél évig szignifikánsan, mintegy 4 kg-al többet lehet fogyni, mint azonos energiabevitel mellett low-fat étrenddel. Ugyanakkor 1 évnél tovább tartó diétás vizsgálatoknál a szignifikáns különbség eltűnt, inkább csak a kalóriabevitel határozta meg. A betegek compliance-a fél év után visszaesik, többségük már képtelen a magas GI-ű ételek korlátozására. A szénhidrátcsökkentést fehérjebevitel növelésével (CH 45%, fehérje 25%, zsír 30%) supplementálhatjuk, mely a legnagyobb telítettségérzést és spec. dinámiás hatást hozza. Remélhetőleg a következő USDA piramisban az újabb diétás trendek is kifejeződnek. Fontos az életmód (behaviour) terápia is, stimulus technikákkal. A fizikai aktivitás elengedhetetlen, elsősorban intenzív, ciklikus, anyagcserét fokozó gyakorlatokkal. A gyógyszerek közül a rimonabantot (Acomplia) depresszió és suicidumok, a sibutramint vérnyomás, pulzus emelő hatása miatt bevonták. Egyedül az orlistat (Xenical, „alli”) van forgalomban, mely a zsírok 25-30%-nak felszívódását gátolja. 40 kg/ m² feletti BMI esetében jön szóba gyomorszűkítő műtét.

Az alkalmazott farmakoterápia kivitelezése során a gyógyszerek hatását számos tényező – a beteg általános egészségi állapota, életkora, testsúlya, tápláltsága, alap- és társbetegsége(i), stb. - befolyásolhatja. Az elfogyasztott táplálék mennyisége, minősége, esetleges fűszerezettsége szintén módosíthatja a szervezetbe juttatott gyógyszer(ek) felszívódását, eloszlását, lebomlását, kiürülését, a kialakuló farmakoterápiás hatást. Ugyanakkor különböző módon és mértékben, az alkalmazott gyógyszerek is hatással lehetnek a táplálékok felszívódására és hasznosulására.

A gyógyszerek felszívódása egy komplex folyamat, amelyet azok fiziko-kémiai tulajdonságai mellett a páciensek élettani és biokémiai folyamatai jelentős mértékben megváltoztathatnak. Az elfogyasztott táplálék is befolyásolhatja a gyógyszerek sorsát, hatását a szervezetben és fordítva, a gyógyszerek is hatással lehetnek bizonyos táplálékok felszívódására, kiürülésére. A mindennapi gyakorlatban sokszor szembesülünk a gyógyszer – táplálék interakció lehetőségével. Nem véletlen, hogy ma már a legtöbb ország gyógyszerügyi hatósága (különösen a retard hatású készítmények esetén) megkívánja nemcsak a gyógyszer, hanem az élelmiszer – gyógyszer interakciók vizsgálatának elvégzését. Ezen ismeretek növekvő jelentőségét bizonyítja, hogy egyre gyakrabban válnak a gyógyszer-alkalmazási előíratok szerves vagy elengedhetetlen részévé.

Sajnálatos módon a mindennapi gyakorlatban a gyógyszer – táplálék interakciók kevésbé ismertek. A gyógyszer – táplálék interakciók feltárása esetén megfelelő diétát, adagolási rendet, vagy ha megoldható, az interakció szempontjából közömbös gyógyszert kell választanunk. Ezért az előadás az evidenciák alapján, de a teljesség igénye nélkül kívánja áttekinteni (a hallgatóság számára közelebb hozni) azokat a napi gyakorlatban nem elhanyagolható farmakokinetikai és farmakodinámiás változásokkal járó gyógyszer – táplálék interakciós lehetőségeket, amelyek végső soron a gyógyszerek és táplálékok klinikai felhasználását is befolyásolhatják. Ezen ismeretekkel felvértezve különösen a gyógyító teamben dolgozó dietetikus szakemberek aktívan tudnak hozzájárulni a betegek felvilágosításához, a hatékony gyógyszeres terápia kialakításához.

Az Életklinika egy hamarosan induló új prevenciós portál, egyelőre hat betegséggel a fókuszban. Ezek: a szív- és érrendszeri betegségek, a (2-es típusú) cukorbetegség illetve a metabolikus szindróma, az emlőrák, a prosztatatarák, a tüdőrák és a vastagbélrák. A betegségek számát a későbbiekben bővíteni tervezzük. Itt az emberek ismereteket szerezhetnek az egyes betegségek kialakulásáról és arról, hogy ők mit tehetnek a megelőzés érdekében. A középpontban egy rizikófelmérő kérdőív áll, amely alapján az egyes betegségek kis, közepes vagy nagy rizikóját állapíthatják meg a felhasználók. Az egyes rizikófaktorkok az okozott relatív rizikónövekedés alapján vannak súlyozva, az adatok a szakirodalomból származnak. A kérdőív alapján egy egészségterv generálódik, mely tartalmazza az egyén kockázati és védőtényezőit (rövid magyarázattal), valamint tanácsainkat a táplálkozásra, a mozgásra és a stresszkezelésre vonatkozóan. A tanácsadásban is a bizonyítékokon alapuló orvoslás alapelveit vesszük alapul, az adatok a Pubmed illetve a Cochrane adatbázisból származnak. A valószínűleg hasznos, de nem bizonyított intervenciókról is szót ejtünk. Az oldal a javasolt ételkészítési módszerekről, mozgás- és relaxációs gyakorlatokról helyenként videóval is kiegészített ismertetőt tartalmaz.

Aktualitások három téma köré csoportosítva.

1. Törvények, jogszabályok, rendeletek változásai
2. A Kamarai változások, a Dietetikai tagozatot érintő legfontosabb feladatok
3. A Dietetikai-humán táplálkozási Szakmai Kollégium

Hatályon kívül helyezett rendeletek, jogszabályok

Az egészségügyben dolgozók továbbképzésének szabályairól szóló miniszteri rendelet

15/210.(IV. 9.) EüM rendelet

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimum feltételekről szóló rendelet

48/2009. (XII. 29.) nem lépett érvénybe, 60/2003. (X. 20.) érvényben van.

3/2010. (I. 26.) EüM rendelet

A kamarai törvény változásának előzményei

Szakmai kamarák összefogása (MOK, MGYK, MESZK)

Közös állásfoglalás kialakítása, Törvényelőkészítő Bizottság létrehozása

A tervezett módosító indítványok

Kötelező kamarai tagság visszaállítása, új Alapszabály, új Etikai Kódex összeállítása, Egyetértési jogkör bővítése, véleményezési jogkör bizonyos fokú visszaállítása

Területi Etikai Bizottságok, és az Országos Etikai Bizottság működése, etikai eljárásrend kialakítása

Változások ütemezése

2011.januártól 1.-től kezdődően

A MESZK Dietetikai Tagozat munkái, feladatai

Továbbképzések szervezése, és formái, a bennük rejlő lehetőségek

Területi és országos szervezés, E- továbbképzés

Részvételünk az OTÁP programban

Dietetikusok, védőnők, körzeti közösségi ápolók

Dietetikai-humán táplálkozási Szakmai Kollégium

Befejezett és folyamatban lévő szakmai munkák, tervek

Háttér tanulmány, protokollok, fogalomtár

A kollégiumokat érintő változás

Az elhízás világszerte egyre növekvő népegészségügyi problémát jelent. A WHO a kövérséget a világ 10 legjelentősebb egészségügyi problémái közé sorolta. Míg 1995-ben 200 millió felnőtt volt túlsúlyos vagy kövér világszerte, 2000-re ez az arány mintegy 300 millióra nőtt. Az elhízás nemcsak a fejlett, hanem a fejlődő országokban is komoly egészségügyi problémát jelent, ott az elhízottak számát 115 millióra becsülik. Az Európai Régióban évente kb.1 millió haláleset háttérben közvetve vagy közvetlenül az elhízás áll. A túlsúly önálló kockázati tényezője számos krónikus megbetegedésnek (pl. magas vérnyomás, 2-es típusú cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegségek, depresszió), hatalmas terheket róva ezzel az egészségügyi ellátó rendszerre. Amennyiben a jelenlegi tendencia tovább folytatódik, akkor 2030-ra várhatóan 2,16 milliárd túlsúlyos és 1,12 milliárd elhízott felnőtt lesz a világon.

A hazai felnőtt lakosságra vonatkozó prevalenciákat elsősorban a 3 nagy táplálkozási vizsgálat adataiból ismerjük. Az Első Magyarországi Reprezentatív Táplálkozási Vizsgálat antropometriai mérései 1985 és 1988 között történtek. A reprezentatív lakossági mintából 16 641 személy (7 042 férfi, 9 599 nő) adatai kerültek értékelésre. A BMI meghatározáshoz a testmagasság és testtömeg mérése történt. A második táplálkozási vizsgálat során a testtömeg és testmagasság mérés 1992-1994 között zajlott (2 559 fő, 1 173 férfi és 1 386 nő) az ország 11 megyéjében. A vizsgálat nem volt reprezentatív. A harmadik országos táplálkozási vizsgálat a 2003. évi Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) keretében történt. A táplálkozási és a testtömeg, testmagasság adatfelvétel (1 556 férfi, 2 077 nő) 2003. novemberben és decemberben történt (nem mért adatok!). A három országos táplálkozási vizsgálat eltérő módszerekkel meghatározott antropometriai adatai értékelhetők az alkalmazott módszer ismeretében, de nem összehasonlíthatók.

Az Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP2009) célja volt, hogy nemzetközi módszertani ajánlásokat követve, képzett egészségügyi személyzet bevonásával méréseken alapulva határozza meg a felnőtt magyar lakosság körében a túlsúly, az elhízás és az alultápláltság előfordulását. Az OTÁP2009-ben egységes kalibrált mérőeszközökkel testsúly, testmagasság és derékkörfogat mérés történt. A felmérést az OÉTI vezette, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara szervezte az adatgyűjtést. A felmérésben 3356, 18. életévét betöltött személy került kiválasztásra az ország 120 településéről. Összesen 1166 személynél történt testsúly, testmagasság és derékkörfogat mérés. A válaszadók csoportja a felnőtt magyar lakosságot kor és nem szerint reprezentálja.

Az eredmények alapján a felnőtt magyar lakosság közel kétharmada túlsúlyos vagy elhízott, így számos betegség tekintetében fokozott kockázatú csoportba tartozik. Minden negyedik férfi és közel minden harmadik nő elhízott. A 65 év feletti korosztályában minden második nő, míg a férfiak 41%-a elhízott. A felnőtt nők kétharmada, míg a férfiak fele számít hasi elhízottnak. Az elhízás területén társadalmi egyenlőtlenségek érhetők tetten. Nőknél minden vizsgált korosztályban az alapfokú végzettségűeknél magasabb a túlsúly/elhízás, valamint a hasi elhízás gyakorisága, mint a közép vagy felsőfokú végzettségűeknél. Férfiaknál a társadalmi egyenlőtlenségek kevésbé kifejezettek, mint nőknél. Az elmúlt 20 év alatt a fiatal (19-34 éves) felnőtt korosztályban férfiaknál megkétszereződött, míg a nőknél valamelyest emelkedett az elhízottak aránya. Összefoglalásként elmondható, hogy a túlsúly és elhízás aránya a felnőttek körében rendkívül magas. Nőknél az iskolázottság mentén meglévő egyenlőtlenségek befolyásolják a prevalenciát, a magasabb iskolai végzettség csökkenti az elhízás esélyét.

Bevezetés: A 2009. évi adatok szerint, Magyarországon a közel 34700 bölcsődés kisgyermek jár bölcsődébe. Az ő bölcsődei étkeztetésükre vonatkozó, aktuális adatok nem állnak rendelkezésre. 2010. májusában több országos szervezet, intézetek az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, (OGYEI), Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet (SZMI), Országos Élelmezés és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) és az MDOSZ közösen terveztek egy felmérést az aktuális bölcsődei közétkeztetés feltérképezésére.

Anyag és módszer: A vizsgált mintába a hazai bölcsődék 10%-a, a bölcsődei férőhelyek 15%-a és 4771 gyermekre a (0-3 éves korosztály 8-10 %-a) vonatkozó adat került be. A felmérés alapját a bölcsődevezetők, az élelmezésvezetők és a bölcsődei gondozónők kérdőíves kikérdezése jelentette. A próba felméréseket követően a dietetikus, élelmezésvezető végzettségű kérdezőbiztosok vették fel a kérdőívek segítségével az adatokat. A kérdések a bölcsődék általános adatain kívül elsősorban a bölcsődei étkeztetés, közétkeztetés minőségi, mennyiségi mutatóira, valamint a gondozónők egészségmagatartására, és a bölcsődék egészségnevelési gyakorlatára vonatkoztak. A statisztikai elemzéseket az OGYEI végezte, az SPSS 17 és Microsoft Office Excel 2003 szoftver használatával.

Eredmények: A bölcsődék közel fele naponta háromszor, egyharmaduk kétszer biztosít friss zöldséget, gyümölcsöt a gyermekek számára. Az étkezéseken kívüli folyadékfogyasztás leggyakrabban csapvíz, cukrozott tea, Leggyakrabban a főzelék, ill. az édesség jelenik meg az étlapon. Az étkeztetés mennyiségével és minőségével a bölcsődevezetők az élelmezésvezetők és a gondozónők is elégedettek voltak. Az étlaptervezésben dietetikus 20 %-ban vesz részt. (A választ adó élelmezésvezetők 18,2%-a dietetikus végzettséggel rendelkezik.). A felmérés idejében, a felmért bölcsődékbe beiratott gyermekek 2,4%-nak van valamilyen - orvos által igazolt - ételallergiája, 0,8%-nak polialergiája. A szülők étel/ital hozzájárulása az étkeztetéshez jelentős. A gondozónők egészségmagatartását jellemző adat, hogy 37%-uk túlsúlyos, 19 %-uk elhízott, a gyermekek elé kerülő ételeket 6%-uk rendszeresen utóízesíti (cukrozza, sózza). A továbbképzésekre a bölcsődevezetők és az élelmezésvezetők szerint is szükség lenne, ehhez képest az elmúlt 5 évben a megkérdezett gondozónők 70%-a, a bölcsődevezetők több mint a fele (54%), az élelmezésvezetők közel ötöde (18,6%) egyáltalán nem vett részt táplálkozással, életmóddal kapcsolatos továbbképzésen.

Összefoglalás: Ahol helyben főznek, ott jellemzően van elegendő mennyiségben zöldség és gyümölcs, körültekintőbben történik az étlaptervezés és a főzés. Ahol saját kézből van az élelmezés ott rugalmasabb a rendszer és a gondozónők is elégedettebbek az élelmezéssel. A kiszervezett élelmezések esetében nem minden esetben biztosítják az életkor specifikus étrendet. A fenntartó oldaláról nincs megfelelő kontroll. Igen nagy eltérés van az élelmezési normákban. Szükség lenne minimumnormára. Kevés helyen megoldott a helyben történő diétás étkeztetés és a külön, diétás élelmezési norma. A bölcsődevezetők és a bölcsődei dolgozók nagyon jó szándékúak, többségében nagy tapasztalattal bírnak. Az élelmezésvezetők szakmai képzettsége, jártassága nagyon különböző. Az esetleges problémák elsősorban a korszerű ismeret-, továbbképzés, ill. pénzügyi adódnak.

A nemzetközi szakmai irányelveket figyelembe véve az utóbbi években átütő változást mutatott a veleszületett, örökletes anyagcsere betegségek differenciál diagnózisa, és a 2007. októberétől Magyarországon is bevezetett kiterjesztett tömegszűrés, mely keretében immáron az eddigi 4 helyett, 26 betegség kerül meghatározásra, az élet első napjaiban. Ennek a megújított rendeletnek köszönhetően ma már a súlyos szomato-mentális retardáció elkerülhető, valamint a sokszor exitussal járó kórképek kezelése megoldott, speciális dietoterápiával.

A diagnózis felállítása után, azonnal megkezdjük a betegség specifikus dietoterápiát, melynek legismertebb formája az aminosacidopáthiák esetében alkalmazott fehérjeszegény étrend, mely legismertebb formája a PKU diéta. Ugyanakkor meg kell ismerkednünk a jávorfazörp betegséggel, a homocistinúriával, stb. és ennek specialitásaival. Ezen betegségek kezelésének alapja az életkornak, és aktuális állapotnak megfelelő normál fehérjebevitel, de ennek 2/3-a speciális szintetikus tápszerkészítményekkel történik, mely nem tartalmazza az érintett aminosavat, valamint 1/3-a természetes fehérje, mely főleg zöldség, és gyümölcsalapú étrendet jelent.

A különböző zsírsav-oxidációs zavarok esetében (scad, lscad) pedig a zsírok közötti minőségi válogatás lesz a diéta alapja, a rendszeres 3 óránkénti étkezések mellett, és a folyamatos szénhidrát biztosításával.

Új kezelési lehetőség a terápiaerezisztens epilepsziák kezelésében a ketogén diéta, mely speciális módon meghatározza a bevihető alapvetően zsírdús táplálék, a fehérjék és szénhidrátok összességnek az arányát. Ennek a szigorú 4:1 (4 rész zsír, és 1 rész a fehérjék és szénhidrátok összessége) vagy 3:1 arálynak az alkalmazása lehetővé teszi a rohamszám csökkentését, vagy teljes rohammentességet.

Ugyanakkor a csecsemőtáplálási ajánlások is módosultak, legkiemeltebb módon a glutén bevezetésével, melynek legoptimálisabb időszaka, a 4-6 hónapos kor, amikor még aktív az anyatejes táplálás, így érhető el a legjobb védelem.

Összefoglalva, az egészséges csecsemő megfelelő táplálása meghatározza a későbbi életminőséget, és a betegségekre való hajlamot, így vitális jelentőségű a szakemberek megfelelő tájékoztatása. Mindemellett ma már arra is adott a lehetőség, ha veleszületett anyagcsere betegséggel születik a csecsemő, a speciális gondozóközpontokban beállított dietoterápiája teljes életet biztosít számára.

A felismeretlen gesztációs diabétesz (GDM) mind a magzat, mind az anya egészségét potenciálisan veszélyeztető állapot 2005-ben a MDT pályázati támogatásával országos szűrővizsgálatot kezdtek. A szűrést a WHO módszere alapján végzik (75 g-os OGTT a terhesség 24-28. hete között). 3 centrum szolgáltatott értékelhető adatokat, melyek egyike a debreceni Kenézy Gyula Kórház volt. Tapasztalataimat ebben a centrumban szereztem.

A Kenézy Kórházban jelentkező GDM-es kismamák első megjelenésekor a dietetikus megismerteti őket a várandós nők számára követendő táplálkozási szabályokkal. Természetesen kimaradnak étrendjükből a vércukorszintet gyorsan emelő finomított szénhidrátok és azok felhasználásával készült élelmiszerek. Az esetek többségében ez a megszorítás elegendő. Amennyiben a kismama BMI-je $>30\text{kg/m}^2$, vagy a kontroll során emelkedett a vércukorszintje (ppvc: $>6,7\text{mmol/l}$), további korlátozás válik szükségessé (25 kcal/ttkg/nap).

A centrumban 2008-ban 107, 2009-be 73 beteget gondoztak. A kismamák testtömeg-növekedése a terhesség alatt átlagosan 6,9 kg és 7 kg, HbA_{1c} értékük 5,4% és 4,9% volt. A gyermekek születési testtömeg-átlaga: 3368 g és 3050 g)

A MDT szakmai irányelvei szerint az első trimeszterben minimálisan napi 140 gramm szénhidrát, 1500 kcal energiabevitel, a GDM-es terhesek gyakori túlsúlyára tekintettel akár 12 kcal/ttkg-ig terjedő megszorítás is szükséges lehet. A második trimesztertől kezdve az energiaszükséglet napi 250–300 kcal-val nő.

Véleményem szerint a centrumban elért eredmények a program szükségességét és a módszer sikerességét bizonyítják.

Fontos szerep hárul a dietetikusokra a daganatos betegek ellátásában. A betegség és a kezelés különböző fázisaihoz kimunkált egyéni étrendek jelentősen tudnak hozzájárulni a terápia eredményességéhez, a kezelés mellékhatásainak csökkentéséhez. Így az életminőség javítása mellett a gyógyulás esélyeinek növeléséhez. A betegség mindegyik fázisában jelentkeznek azonos feladatok, mint a tápláltsági állapot rögzítése, nyomon követése, valamint a kockázati tényezők számbavétele, és a betegség aktuális szakaszához illeszkedő étkezések menedzselése. Szándékosan használjuk ezt a szót, mert számos szempontot kell egyidejűleg figyelembe venni, amikor a betegek étkezését tervezzük. Legfontosabb feladat a helyzetnek megfelelő energia bevitel biztosítása, és a tápanyag összetétel optimalizálása. Ezek mellett azonban az étkezések számát, az étkek konzisztenciáját, de még illatát, és az étkezések körülményeit is figyelembe kell venni. Az étkezés minőségi kívánalmai mellett, a legfontosabb cél az optimális testtömeg elérése és fenntartása. Az általánosan érvényes elveket az egyéni élethelyzeteknek megfelelően kell módosítani, a betegség, vagy a kezelés elvárásai illetve a mellékhatások okán, a panaszok, tünetek szerint. Tovább kell árnyalni a táplálkozási ajánlást és gyakorlatot néhány sajátos dietetikai igényű szerv-rendszer daganatos megbetegedése esetén. Folyamatos érdemi kommunikációt kell kialakítani magával a beteggel, és a kezelést irányító orvossal.

Érdemes lenne megfontolni, hogy a szakmánk alakítsa ki a daganatos betegek kezeléséhez illeszkedő dietetikai irányelveket.

A tápszerek világában szinte napról napra felfedezhetőek újdonások. Nem meglepő, hisz a tápszerpiac egy folyamatosan, dinamikusan fejlődő piaci szegmens, melynek szereplői fokozott hangsúlyt fektetnek az igények folyamatos monitorozására, valamint a kereslet-kínált összehangolására. Az elmúlt években jelentős változás volt érzékelhető az összetételben, az elérhetőségben (beszerezhetőségben), és a használatukra javaslatot tevők körében.

Összetétel vonatkozásában az újdonások nem merülnek ki abban, hogy egyre növekszik a betegség specifikusan kifejlesztett tápszerek köre, hanem a régebben forgalomban lévő tápszerek összetétele is folyamatosan változik, a legfrissebb nemzetközi ajánlásoknak megfelelően.

A tápszerek elérhetőségében is érzékelhető a változás. Régen, amikor a tápszer még gyógyszernek minősült, a betegek a kórházban vagy gyógyszerárban csak receptre kaphattak tápszert. Ma már ez a két csatorna is kibővült, a tápszerek egy része megvásárolható élelmiszerüzletben, illetve megrendelhető interneten keresztül (bizonyos esetekben ingyenes házhozszállítással). Ha már ennyire szabadkezet kaptak a vásárlók, még inkább fokozódik a jelentősége annak, hogy kitől kapnak javaslatot az adekvát tápszer kiválasztásához.

A dietetikus szemszögéből nézve napjainkban, a tápszerek javaslatának kompetencia szintje pozitív irányba változik. Hisz addig, amíg a tápszerek zöme vényköteles volt, a dietetikus megehetette javaslatát a tápszerhasználatra vonatkozóan, de az orvos bármikor felülbírálhatta, hisz a felírás, a végső döntés meghozatala az orvos kezében volt. Ez az „alá-fölé” rendeltség viszonya kezd egyre inkább megszűnni. Egyrészt azzal, hogy a tápszerek ma már recept nélkül is megvásárolhatóak, másrészt egyre több olyan tápszer kerül forgalomba, mely az úgynevezett „nem támogatott” kategóriába kerül, azaz nem szükséges a tápszert receptre felírni.

A dietetikus egyre több tápszerrel kapcsolatosan önállóan (orvostól függetlenül) is meghozhatja a döntést, hogy melyik tápszert kinek javasolja. A nagyobb lehetőség, azonban nagyobb felelősséggel is jár! Hisz nehezebb naprakész tudással rendelkezni az indikációk, kontraindikációk, és a pontos összetétel területén, ha folyamatosan változik a régiék összetétele, és szinte hónapról-hónapra növekszik az újak kínálat. A prezentációm meghallgatását követően a jelenlevők átlátják majd a jelenleg forgalomban lévő tápszerek közötti hasonlóságot és különbséget, illetve útmutatást kapnak arra vonatkozóan, hogy hol tudják fellelni azokat a kommunikációs csatornákat, melyek segítik majd őket abban, hogy a tápszerek területén is naprakész tudással rendelkezzenek.

Krónikus vesebetegségről akkor beszélünk, amikor a veseműködése fokozatosan megszűnik, és folyamatosan ez az állapot 3hónapig fennáll.

A KVE 5. szakasza a „végállapotú veseelégtelenség” ekkor a beteget csak vesepótló eljárással lehet életbe tartani: dialízissel vagy transzplantációval.

Magyarországon 6050 dializált és kb.3500 transzplantált beteg él, számuk évente 6-8% nő.

A HD és PD kezelt betegek szövődménye a renalis osteodystrophia (ROD)-csontanyagcsere zavar- a tünetei sokrétűek; a csontok elvékonyodnak, törékennyé válnak, kötőszöveti kalcifikációk jellemzik, azonban a legfontosabb az erek meszesedése, ami fokozza a cardiovascularis halálozást.

A ROD egyik kiinduló tényezője a magas szérumszintű foszforszint. *A foszforszintet diétával, dialízissel és foszfátkötőkkel alkalmazva tarthatjuk a megfelelő szinten.*

S hogy a 3 módszer hatásosabb legyen Németországban kialakítottak egy programot, amit a „magyarosítás” után az elmúlt 4 évben már a magyar dialízis állomásokon is alkalmazzák.

A PEP (*Phosphat-Egység-Program*) alapja a FE (*Foszfor-Egység*).

A FE nem független a tápanyagtáblázatban használt foszfortartalomtól; az 51-100mg között 1FE, 101-200 mg pedig 2FE és így tovább.

A betegek oktatócsomagot kapnak, ami segíti az élelmiszerek, ételek FE tartalmának megtanulását és a sevelamer alapú foszfátkötő (Renagel, Renvela) mennyiségét a táplálék FE tartalmához igazítjuk.

A PEP –pel figyelemmel kísérhetjük a beteg fehérjebevitelét is, *10-12 FE felel meg 70-80g fehérjének.*

A PEP célja a szövődmények elkerülése mellett, a dializált beteg életminőségének javítása.

TÉNYEK A MARGARINRÓL

Dr. Somogyi László, Corvinus Egyetem Élelmiszertudományi Karának egyetemi docense

A margarin sokoldalúan felhasználható élelmiszer, és éppen ezért gyártástechnológiájának ismerete feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a termék táplálkozásban betöltött szerepéről tárgyyszerű képet lehessen kapni.

A margarin finoman diszpergált ivóvíznek egy folytonos zsírfázisban elosztatott rendszere, emulziója. A technológia feladata ennek az emulzióknak a létrehozása és stabilizálása. Ezt az alapanyagok gondos kiválasztásán túl azok felmelegítése, fokozatos keverése és programozott hűtése révén valósítja meg, miközben stabilizáló anyagokat is felhasznál. Ez a műveletsor kizárólag fizikai módszereken alapul és nem változtatja meg az anyagok összetételbeli, kémiai tulajdonságait.

Lényeges hangsúlyozni, hogy az olajok részleges hidrogénezéssel való keményítése nem része a technológiának. Részlegesen hidrogénezett olajokat, mint alapanyagokat a piacmeghatározó margaringyártók már nem használják. Ismeretes ugyanis a hidrogénezés során keletkező transz monoén zsírsavak kedvezőtlen élettani hatása és bár egységes EU rendelet nincs még a transz zsírsavak deklarációjára, vagy szintjére vonatkozóan, az említett ok miatt a gyártók általában tartózkodnak a rizikófaktort jelentő hidrogénezett zsírok felhasználásától.

A táplálkozástudományi és dietetikai szempontokat messzemenően figyelembe vevő termékformulálás viszont hatékony eszköz a korszerű gyártástechnológiában. Így lehetséges az esszenciális zsírsavak kedvező arányú bevitelének, a növényi szterinek, vitaminoknak, probiotikus anyagoknak fogyasztásának elősegítése, amelyekre szerencsés módon már ipari példák is vannak.

DIETETIKAI DIAGNÓZIS

Armbruszt Simon

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

A Nutrition Care Process (NCP) az Amerikai Dietetikusok Szövetsége által létrehozott minőségbiztosítási rendszer, amely a dietoterápiás eljárás során elsősorban a klinikai dietetikusok tevékenységének koordinálásához és az általuk összegyűjtött adatok, illetve általuk elvégzett munka értékeléséhez nyújt segítséget, egyúttal új alapokra helyezve a dietetikusok működését és helyzetüket az egészségügyi ellátásban. Az NCP amellet, hogy egységesített terminológiákat és definíciókat alkalmaz, bizonyítékokon alapuló dietetikai eszközökkel is segíti a dietetikusokat, továbbá megköveteli tőlük az azonos terminológiák használata mellett magas szintű dietetikai dokumentáció vezetését is.

A módszer lényeges eleme a dietetikus önálló dietetikai diagnózisának felállítása. Ez a dietetikai diagnózis (már elnevezésében is) radikálisan eltér az orvosi diagnózistól, hiszen csak a megváltozott táplálékbevitellel, a nem megfelelő táplálkozási ismeretekkel, vagy a nem megfelelő és a táplálkozást aktívan befolyásoló környezeti tényezőkkel és attitűddel áll összefüggésben, nem pedig az orvosi team által leírt kórképpel.

Egy ilyen komplex dietetikai keretrendszer bevezetése hosszabb távon hozzájárulhat a dietetikai ellátás elismerésének növeléséhez, a dietetikusi munka költséghatékonyságának dokumentálásához, a szakma harmonizációjához, és ami a legfontosabb: a betegek ellátásának és a népegészség javulásához.

A MÉDIA ÉS A DIETETIKUS – AVAGY A JÓ MÉDIASZEREPLŐ TITKA

Marsiczki Tímea

PR tanácsadó – Avantgarde Group

Miért kell a médiának a dietetikus? Miért éri meg a dietetikusnak a médiaszereplés? Hogyan működik a hazai média? Mi az a hír és hírérték? Milyen interjúhelyzetbe kerülhetünk? Hogyan ápoljunk újságírói kapcsolatokat és miért? Milyen felkérést vállaljunk el és melyet ne? Hogyan készüljünk fel az interjúra? Hogyan legyünk magabiztosak? Hogyan legyünk hitelesek? Miként érjük el, hogy az emberek meghallgassanak? Hogyan tegyük érdekessé magunkat? Hogyan mondjuk, hogy érdekelje is őket, amit üzeni szeretnénk nekik? Mennyi információt tud befogadni egyszerre egy TV néző vagy egy rádióhallgató? Mit tegyünk és mit ne tegyünk egy interjú során? Hogyan lehetünk szimpatikusak a TV képernyőn? Miért lesz a 15 perces felvett anyagból 20 másodperc? Miért a lényegtelen dolgot játszották be? Hogyan érjük el, hogy a szerintünk lényeges dolog hangozzon el? Hogyan irányítsuk a riportert? Milyen riportertípusokkal találkozhatunk? Mitől lesz jó egy interjú? Milyen jogaink vannak? Mikor kérhetünk helyreigazítást? Mitől leszünk egyáltalán jó médiaszereplők? Előadásomban a fenti kérdésekre keresem a válaszokat úgy, hogy minden dietetikus szakembernek, aki médiaszereplésre vállalkozik, gyakorlati tanácsokkal tudjak szolgálni.

KÖZÉTKEZTETÉSI AKTUALITÁSOK

Varga Anita, Kovács Viktória Anna, Zentai Andrea, Bakacs Márta, Martos Éva
Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet

A közétkeztetés feladata az ellátottak egészségi állapotának, élettani energia- és tápanyagigényének megfelelő összetételű és jellegű, étkezési időben történő táplálékhoz való juttatása.

Hogy mennyire sikerül a fentieket megvalósítani a hazai óvodai és iskolai hálózatban, választ kapunk az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal valamint az ÁNTSZ regionális és kistérségi intézetei által végzett Iskolai Táplálkozás-egészségügyi környezetfelmérésből és az Országos Óvodai Táplálkozás-egészségügyi felmérésből.

Az elvégzett vizsgálatokból kitűnik, hogy a gyermekek részére nyújtott étkeztetésben jelen vannak azok a táplálkozás-egészségügyi kockázati tényezők, amelyek a későbbi krónikus megbetegedések kialakulását segítik elő (magas só, hozzáadott cukor, lekvár, száraztésztafélék, hús- és húskészítmények, főző- és sütőzsiradék, alacsony tej- és tejtermék, tojás, borsó, zöldség, gyümölcs és szárazhüvelyes).

Összefoglalva a jelen közétkeztetési gyakorlat önmagában komoly táplálkozási kockázatot hordoz, melynek megoldását egy önálló közétkeztetési rendelet megalkotása jelenti. A korszerű étkeztetés kialakítása érdekében a következőket javasoljuk:

- A jelenleg érvényben lévő, egészséges gyermekek energia- és tápanyagszükségletének felülvizsgálatát, figyelembe véve ennek szoros összefüggését a gyermekkori elhízás, cukorbetegség, stb. kialakulásával.
- A jelenlegi tudományos ismereteink szerint korszerű táplálkozási ajánlások kidolgozását.
- A jogi szabályozás áttekintését és a korcsoportonkénti előírt energia beviteli értékek, illetve élelmiszer felhasználási útmutató kötelezővé tételét.
- Az étkeztetés finanszírozásának felülvizsgálatát, és az élelmezésre szánt keretek megfelelő módon történő felhasználását.
- Megfelelő nyersanyag válogatást, korszerű ételkészítési technológiák bevezetését, szükséges élelmiszerek beszerzésének javítását, támogatását.
- A közétkeztetésben csak olyan élelmiszer nyers- és alapanyagok legyenek felhasználhatók, melyek pontos összetétele ismert.
- Folyamatos rendszeres oktatást, továbbképzést az élelmezésvezetők, üzemi -, illetve óvodai és iskolai dolgozók részére, továbbá a szülők megfelelő tájékoztatását.
- Az étkeztetési tevékenység rendszeres ellenőrzését.
- Az ÁNTSZ táplálkozás-egészségügyi ellenőrzés feltételrendszerének biztosítását, ill. szankcionálásának lehetővé tételét.

Problémafelvetés:

A válság beleszól az emberek életében, főként a munkán keresztül. Azok az egészségügyi dolgozók, akik elvesztik a munkahelyüket, vagy a megtartásáért össze kell fogniuk, erőteljesen a vállalkozás irányába fordulva próbálnak talpon maradni. Egy vállalkozás beindítása és működtetése komoly és rugalmas hozzáállást, kitartást igénylő feladat. Alapja maga a szaktudás, de jó kommunikációs készségre, szakmai és jogi, alapvető könyvelési ismeretekre egyaránt szükség van. Az utat mindenkinek magának kell kitalálni, de azért van segítség, melyet vagy nem vesznek igénybe, vagy nem is tudnak róla. Személyes tapasztalatom, hogy sokan azért elbuknak, mert nincsenek tisztába a vállalkozáshoz szükséges emberei és tárgyi tényezők fontosságával! Gyakori, hogy az egészségügyi vállalkozást indító szakemberek megfelelő körültekintés nélkül vágnak bele ebbe az embert próbáló feladatba.

Lezárásként:

A vállalkozásba kezdő egészségügyi dolgozók számára elengedhetetlen a megfelelő kérdések tisztázása, hogy felmérhessék, valójában hogyan oldják meg a vállalkozás kialakítását. Óriási a jelentőséggel bír a tájékozódás, naprakész információk beszerzése. Így az állami szerveknél (ÁNTSZ, APEH), szakembereknél (könyvelő, jogász), tapasztalt kollégáknál, szakmai szervezeteknél, és szerveződésekénél (mint vállalkozó dietetikusok, gyógytornászok) való célirányos informálódás. Előadásommal ehhez kívánok magam is segítséget nyújtani.

Hasznos címek/linkek:

A www.jogpont.hu-n találkozhattok egy új kezdeményezéssel, mely egyéni vállalkozóknak, kis-, és középvállalkozások részére nyújt ingyenes jogsegély szolgáltatást a munkavilágát érintő problémáik megoldásához!

GAZDASÁGI TANÁCSADÁS A MESZK-NÉL, BUDAPESTEN:

Ügyfélfogadási idő: minden hétfőn 15.00 – 16.00 között.

Levelezési cím: Dr. Berendi Péter, gazdasági,vállalkozási tanácsadó MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.

VÁLLALKOZÁSI JOGI TANÁCSADÁS A MESZK-NÉL, BUDAPESTEN:

Ügyfélfogadási idő: minden szerdán 13.00 – 15.00 között.

Levelezési cím: Dr. Szalay András, jogász , MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.

E-mail cím: meszk@meszk.hu

Ügyfélfogadás helye: 1082 Budapest, Üllői út 82. (MESZK Országos Szervezet Irodája)

Időpont egyeztetés: 06-1-323-2070-es telefonszámon lehetséges Csordás Éva ügyintézőnél (az érvényes MESZK tagsági igazolvány szám megadásával).