

DIÆTISTEN



FOKUS

Fødevarebårne infektioner og forgiftninger



FaKD til Folkemødet på Bornholm

Hjernen skal med, når vaner skal ændres

Regionernes besparelser åbner et sort hul i det danske sundhedsvæsen



Op på hesten igen...



Kære medlemmer

Jeg håber, alle har nydt ferien og har fået ladet op til efteråret, der kommer. Forhåbentligt har I undgået diverse maveinfektioner og kun oplevet at tilføre gode sager til maverne.

I dette nummer er der fokus på infektioner og forgiftninger, der er et fokus, vi som professionsbachelorer i ernæring og sundhed ikke må glemme, når vi taler om ernæring. Det kan nemlig gå grusomt galt, hvis en i forvejen syg og svækket person smittes!

Næstformanden og jeg blev smittet på Folkemødet – dog ikke af forgiftning, men af den positive ånd, der herskede. Desværre endte vores forventninger og håb i juni i antiklimaks, da Region Midtjylland alligevel valgte at gennemføre sparekataloget trods de mange høringer, der var imod det. Vi troede ikke på, at de ville gøre det, og Region Midtjylland blev endda ikke den eneste region, der blev ramt, for der er desværre varslet flere nedskæringer på andre hospitaler også.

Det er meget frustrerende at opleve, at selvom dygtige sundhedsfaglige folk med viden inden for underernæring, overvægt og generel sundhed kan se pointen i at bruge os, så er vi fortsat faggruppen, der er "nice to have" og ikke "need to have".

Problemerne ift. underernæring, overvægt og livsstilssygdomme er jo langt fra løst (det bliver jo værre og værre), så jeg har meget svært ved at acceptere, at vores fag og håndværk ikke anerkendes mere! Især når vi endda også kan bevise, at vi kan spare samfundet for en masse penge - hvis vi da fik lov! Det er dog dejligt her i bladet at læse om diætistens arbejde med hjerterehabilitering. Det burde være organiseret sådan mange flere steder!

Efteråret står på møder med bl.a. Danske Regioner, og med en ny regering håber jeg på endnu en chance for at promovere vores fag til gavn for samfundet. Vi har nyuddannede og ledige, der står klar til at arbejde.

Statsminister Lars Løkke Rasmussen er kontaktet. Han vil jo have patienterne i centrum, nedbringe ventetiden på hospitalerne og flytte patienterne væk fra gangene. Han vil fokusere mere på forebyggelse og sundhedsfremme. Statsministeren har svaret venligt tilbage, at han grundet Danmarks mindretalsregering ønsker at samarbejde bredt både inden for og uden for Christiansborg. Han vil derfor sætte pris på at modtage inputs fra os til at løse de udfordringer, Danmark står overfor. Så der er altså håb forude!

Mette Pedersen
Formand

UDGIVER:

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Ulla Mortensen
redaktoer@diaetist.dk
Tlf. 20 67 72 31

ANSVARSHAVENDE

Mette Pedersen
mp@diaetist.dk

Deadlines næste udgivelse

Sidste frist for indlæg 15. august.
Sidste frist for annoncer 5. september.
Nr. 137 udkommer oktober 2015.

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

Promovista. Tlf. 86 51 86 86

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

SEKRETARIATSADRESSE

Foreningen af Kliniske Diætister
Sankt Annæ Plads 6
1250 København K
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 9-13.00

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

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, mrk.: "Diætisten"

Forsidefotos fra Bornholm:
Tak til Fotograf Berit Hvassum

INDHOLD

KORT NYT

FaKD til Folkemødet på Bornholm

ARTIKLER

Hjernen skal med, når vaner skal ændres

FOKUS

Fødevarebårne infektioner og madforgiftninger

Fødevarehygiejne og nødvendigheden af faglige kompetencer

Turister kommer hjem med livsfarlige infektioner

NCP-KLUMMEN

Ernæringsterapi. De 4 trin

FORSKNINGSKLUMMEN

Effekt af individuel ernæringsterapi til patienter samt tværsektoriel kommunikation om anbefalet ernæringsbehandling

MIN DIÆTISTDAG

VAGTSKIFTE PÅ BORGEN

ADVOKATEN

DET SKER I FaKD

KALENDER 15

5

6

12

16

20

23

24

27

28

30

32

33

35



SENESTE FORSKNING
**anbefaler et højere
proteinindtag for ældre >65 år¹**



RESOURCE[®]

Resource Protein med højt
proteinindhold bidrager til styrke
og genopbygning hos ældre.

1. Bauer J, et al. JAMDA 2013

For sundhedsfagligt personale

www.nestlehealthscience.dk

Nestlé kundeservice: 3546 0167



NestléHealthScience

"MAD TIL BØRN"

– opdateret efter nyeste retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen

Susan Rønholdt Vasegaard, chefrådgiver,
Landbrug & Fødevarer, srh@lf.dk

"Mad til børn" er Mejeriforeningens aktuelle forældrehåndbog om barnets ernæring fra 4 måneder til 6 år. Bogen er udviklet af klinisk diætist Anne Ravn sammen med tre erfarne sundhedsplejersker med socialt set vidt forskellige distrikter i by og land. Den formidles hovedsageligt af sundhedsplejerskerne og er en totalrenoveret efterfølger af adskillige versioner af "Barnemad".

Den nye 2. udgave af "Mad til børn" er for nylig helt opdateret efter Sundhedsstyrelsens nyeste retningslinjer, der kan læses i deres fulde omfang i "Ernæring til spædbørn og småbørn - en håndbog til sundhedspersonale". Det er 10 år siden, Sundhedsstyrelsen sidst justerede kostråd til småbørnsfamilier, så tiden var moden til at opdatere med de sidste 10 års akkumulerede forskningsviden. Der er især fire større ændringer i de velkendte anbefalinger for mad og drikke til de mindste børn:

MÆLK: Ingen komælk at drikke før 1 år. Syrnede produkter uden sukker kan dog så småt gives fra 9 måneders alderen, i starten højst ½ dl, stigende til 1 dl ved 1 års alderen. Skyr, ymer og andre særligt proteinrige produkter frarådes børn under 2 år.

JERTILSKUD: Ikke længere jertilskud til 6-12 måneders børn.

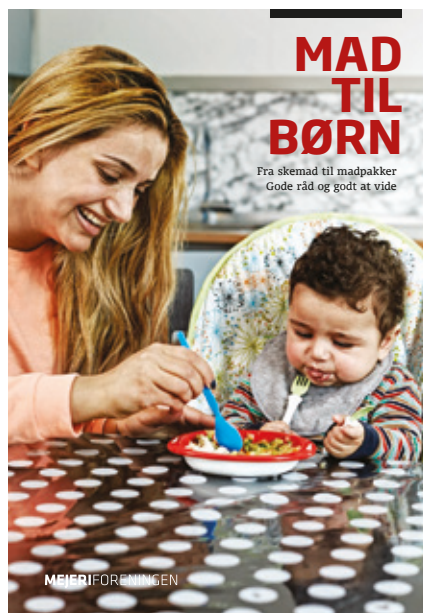
FISK: Ingen store rovfisk til børn under 3 år.

GLUTEN: Gerne glutenholdige kornprodukter i overgangskosten allerede fra 4-6 måneders alderen.

Mejeriforeningens "Mad til børn" følger alle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Føde-

varestyrelsen og er specielt tiltænkt forældre, der ikke plejer at søge trykt information, men måske googler sig frem ad hoc gennem myternes ynglesteder. Derfor er teksterne kortfattede, præcise og ledsaget af en aldersopdelt kalender til køleskabsdøren. Hele brochuren og en uddybet ordliste kan ses på mobilsitet www.madtilboern.dk. Mejeriforeningen håber, at denne lille bog og hjemmeside med sundhedsplejerskerne i ryggen kan være med til at dæmpe op for nogle af de misforståelser og bekymringer, som kliniske diætister ellers skal bruge tid på at rydde op i. Der er allerede distribueret 60.000, svarende til en fødselsårgang, det første år.

Materialet kan bestilles gratis på www.ernaeringsfokus.dk under "materialer". Hjemmesiden nås på www.madtilboern.dk



Ny app fra Akademikernes A-kasse styrker jobsøgningen

For at hjælpe ledige medlemmer til en inspirerende og effektiv proces, har Akademikernes A-kasse udviklet app'en *JobCoach* - en skræddersyet e-coach, der styrker jobsøgningen og skaber progression. App'en er et supplement til den rådgivning, ledige medlemmer i øvrigt tilbydes i Akademikernes A-kasse.

Med udgangspunkt i en række spørgsmål, der indkredser, hvor den jobsøgende med fordel kan øge indsatsen, giver JobCoach dagligt gode råd til, hvordan man kan gribe jobsøgningen an. Der sættes i både tekst, videoer og podcasts bl.a. fokus på, hvordan man kan strukturere sin uge, researche på virksomheder, være mobil i sin jobsøgning, og hvordan man opbygger et godt cv.

JobCoachens anden del tilbyder brugeren en kort personprofil-indikation, så den jobsøgende bliver skarp på sine personlige styrker og udviklingsområder.

App'en kan hentes i App Store eller Google Play



Årets Folkemøde på Bornholm var velbesøgt med anslået over 100.000 besøgende

Foreningen af kliniske diætister (FaKD) deltog aktivt og var repræsenteret af formanden Mette Pedersen, næstformand Helle Christensen og foreningens advokat Henrik Karl Nielsen. Her får du uddrag fra deres arbejde og oplevelser på Folkemødet.

Folkemødet var en stor oplevelse. Der var en fantastisk stemning og ånd, trods meget udvidet tilstedeværelse af politi. Solen skinnede over Allinge, og folk gik afslappede rundt i t-shirts og sandaler, uanset position.

Folk var imødekommende og smilende, og alle havde noget, de brændte for.

Der var mange spændende oplæg, men desværre umuligt at høre dem alle. Folkemøde app'en gjorde det overskueligt. Vi lavede os en dagsorden for hver dag, for hvem vi skulle i kontakt med og hvilken debat, vi skulle ind og deltage i. Vi delte os ofte op, så vi kunne deltage i så meget relevant som muligt. Med vores navneskilte og de blå poloer med vores FaKD logo og skriften "Næring gir liv" som

rygmærke, blev vi spottet både opfordret og uopfordret.

Vi havde vores vision og mission tæt for øje og gik efter emner som børn, overvægt, underernæring, stillinger i kommunerne, regionerne og forebyggelse samt tilskudsordnings muligheder.

"Det giver aldrig bivirkninger at gå til klinisk diætist"

Det budskab kom fra FaKDs formand, Mette Pedersen, på Folkemødets første dag, da Praktiserende Lægers Organisation & Dansk Selskab for Almen Medicin havde inviteret til paneldebat om emnet "Skal vi alle sammen have en diagnose?"

De praktiserende læger ser positivt på et samarbejde med FaKD.

Meldingen tilbage var klar. Hvis den praktiserende læge vurderer, at det er diæten, der er patientens problem, og det problem kan løses af en klinisk diætist; så tror de praktiserende lægers formand ikke, at en læge vil sige nej til en henvisningsmulighed.

Det er vigtig opbakning. Vi venter stadig på svar fra sundhedsministeren på det brev, vi sendte d. 6. maj 2015 om ændring i sundheds-



Daværende Sundhedsminister Nick Hækkerup, Mette Pedersen og Helle Christensen mødtes på Folkemødet.

loven, så der kan komme mulighed for offentligt tilskud til klinisk diætist. Det vil gavne patienterne. Og vi er glade for dagens opbakning fra PLO's formand. Ordstyreren konkluderede sørme, at det var i folkemødets ånd, at der opstår sød musik mellem organisationer.

På Folkemødets første dag udnyttede FaKDs repræsentanter muligheden for at opsøge politikere fra regioner og Folketinget for at følge op på forslaget i Region Midtjylland om voldsomme nedskæringer inden for ernæringsområdet.

"Hvis der er noget som helst principielt i en sag, bliver den liggende til den nye minister"

Den besked kom fra sundhedsminister Nick Hækkerup på Folkemødets anden dag. Vi traf ham ved et arrangement i "Meningsministeriet", hvor vi havde lejlighed til at minde ministeren om, at vi d. 6. maj 2015 har skrevet til ham med et forslag. Forslaget er i al sin enkelthed, at Sundhedsministeriet nu bruger den mulighed, der allerede er i Sundhedsloven, for at der gives tilskud til behandling ved klinisk diætist.

Siden vi sendte brevet, er der udskrevet valg, og vi har fået en ny sundhedsminister. Men vores brev og vores budskab ender ikke i glemmebogen af den grund. Et forslag om nye regler er principielt. Det vil derfor være et forslag, som den nye sundhedsminister skal arbejde videre med.

Vi er glade for sundhedsministerens besked. Vi vil fortsætte arbejdet med at søge al den støtte og opbakning til forslaget fra andre relevante organisationer og samarbejdspartnere, som vi møder på Folkemødet.

Lige her og nu venter vi på, at ministeren er blevet bedt om at kommentere vores forslag af Folketingets Sundhedsudvalg.

Vores brev er at finde på Sundhedsudvalgets hjemmeside på <http://www.ft.dk/samling/20141/almdel/SUU/spm/868/index.htm>. og kan læses her i bladet side 30-31.

"Underernæring koster kræfter"

FaKD var på Folkemødet medarrangør til en vigtig debat om underernærede kræftpatienter. Det tværfaglige og politiske panel var enige om, at det er vigtigt med en tværfaglig indsats før, under og efter den medicinske behandling.

Panelets fokus var fremtiden med de færre økonomiske midler.

Tilgangen skal være tværfaglig. Og der var fra tilhørerne flere opfordringer til, at paneldeltagerne gik sammen om opgaven – eventuelt i Forum for Underernæring.

Den opfordring hilser FaKD velkommen. Vi glæder os til et fremadrettet samarbejde med patienten i fokus.

Vi føler, Folkemødet blev en stor succes, faktisk ud over vores forventninger.

Vi kom i kontakt med alle dem, vi havde planlagt, at vi ville mødes med.

Vi fik talt med dem, pointerede vores mærkesager, og vi fik uddelt visitkort. Vi uddelte også vores fagblad, og til dem, hvor det havde relevans, uddelte vi vores rapport om børnefamilier i behandling hos kliniske diætister.

Vi er nu i gang med at følge op på alle kontakterne og har bestemt mod på at gøre os mindst ligeså synlige til næste år som i år. Tak til jer medlemmer, der deltog i Sundhedsparlamentets telt, hvor vi var med i panelet, og tak til alle jer, der har liket og kommenteret på Facebook og på hjemmesiden.



Overvægtige gravide får hjælp til at holde vægten nede

Hvidovre Hospital har succes med at give overvægtige gravide råd om kost og motion. Det medfører mere ukomplicerede graviditeter og fødsler.

En del gravide tager for meget på under graviditeten. Det er skadeligt med de ekstra kilo – især hvis kvinden er overvægtig i forvejen. Risikoen for akutte kejsersnit og andre indgreb under fødslen stiger, og overvægten risikerer at gå i arv til næste generation.

Små skridt – stor effekt

Et projekt på Hvidovre Hospital har nu vist, at den onde cirkel kan brydes.

605 gravide med et BMI over 30 har gennem deres graviditet fået råd om kost og motion af en diætist. Metoden, som de gravide blev rådgivet efter, hedder "Små skridt". Og selvom skridtene var små, var effekten stor. Deltagerne tog i gennemsnit 8,6 kg på i graviditeten, knap tre kg mindre end gennemsnittet.

Projektet har også vist, at nålen på vægten har svinget den rigtige vej efter fødslen. Mødrene vejede i gennemsnit 6,5 kg mindre, end før de blev gravide.

Ingen kostplan

Rådgivningen foregår på Hvidovre Hospital hos Annette Weisleder, der er uddannet jordemoder og diætist. Hun lægger stor vægt på, at vejledningen netop handler om små skridt, ikke om at lave helt om på den gravides hverdag.

"Første gang, de kommer, hører jeg, hvad de spiser. Men de får ikke en kostplan af mig. Jeg tager i stedet udgangspunkt i deres eksisterende vaner og bygger på derfra. Det kan f.eks. handle om at udskifte sødmælk med minimælk eller spise flere små måltider i løbet af dagen i stedet for to meget store. Det er ikke alle, der er klar over,

hvor stor betydning det kan have", fortæller Annette Weisleder.

11.000 skridt

Hun giver også de gravide gode råd om motion. Alle projektets deltagere har fået en skridttæller og et registreringsskema, så de kan føre regnskab med, hvor mange skridt de tilbagelægger. Anbefalingen er 11.000 skridt om dagen.

"Hvis man næsten ikke rører sig, er der langt op til 11.000 skridt. Så skal man måske starte med mindre. Det vigtige er, at man får gjort noget, for det er altid bedre end ingenting. Jeg har hele tiden den positive tilgang og beder dem fortælle om det, der er gået godt siden sidst, frem for at høre om det, de ikke har fået gjort", lyder det fra Annette Weisleder, som gør god brug af sin erfaring som jordemoder, når hun vejleder de gravide.

"Under en fødsel skal jeg jo afkode kvindens ressourcer og vurdere, hvor hendes styrke og svage sider er. Det bruger jeg også i vejledningen", siger hun og tilføjer:

"Egentlig er det jo ikke raketvidenskab. Alle overvægtige gravide ved godt, hvad de skal spise. Men nu er de motiverede, for de vil gøre det bedste for deres ufødte børn. Og de ønsker jo ikke, at barnet skal vokse op og spise slik og drikke sodavand hver dag".

En tankemæssig omvæltning

En af dem, der har deltaget i projektet, er 38-årige Anne Lewinsky fra Valby.

"Jeg har fået en masse gode råd og forslag til små ændringer i dagligdagen. Det gør det lettere ikke at tage det dårlige valg. I forhold til motion, så tænker jeg for eksempel nu, hvornår jeg kan gå, fremfor at tage bussen", siger Anne Lewinsky og fortsætter:

"Netop det med at tænke i små skridt er i virkeligheden en omvælt-

ning rent tankemæssigt. At jeg ikke behøver tænke, at det er uopnåeligt, men at jeg kan få lagt nogle vaner og rutiner ind i dagligdagen”.

Den tætte kontakt med Annette Weisleder og rådene om kost og motion har virket for Anne Lewinsky.

”I min graviditet tog jeg omkring 8 kilo på, og det er positivt, at det ikke er blevet mere. Og jeg har haft det godt. Man kan jo godt frygte at komme ud på den anden side af graviditeten og have taget 20 kg på. Hvordan kommer man nogensinde tilbage til en normal dagligdag efter det?”, lyder det fra Anne Lewinsky.

Nomineret til Kvalitetspris
Der var hædrende omtale til Hvidovre
Hospitals projekt for overvægtige gravide,
da projektet var blandt de fem nominerede,
som var med i opløbet om Region
Hovedstadens Kvalitetspris.
Prisen blev uddelt fredag den 22. maj 2015.

Et godt tidspunkt

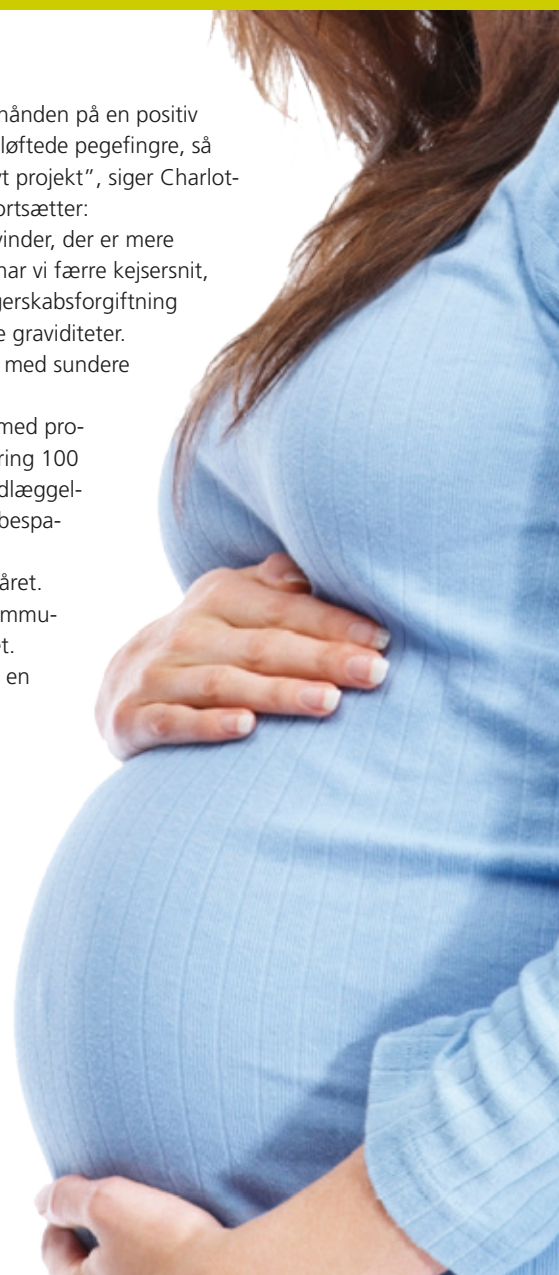
Graviditetsperioden har, ifølge Charlotte Wilken-Jensen, der er ledende overlæge i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Hvidovre Hospital, vist sig at være et godt tidspunkt for en indsats for de svært overvægtige gravide.

”Vi kan se, at præcis i graviditeten er motivationen til stede, for nu skal der ske noget nyt i deres liv. Det er måske kvinder, der har været overvægtige altid, som nu finder motivationen, fordi de bliver op-

muntret og taget ved hånden på en positiv måde. Der er jo ingen løftede pegefingre, så det er et meget positivt projekt”, siger Charlotte Wilken-Jensen og fortsætter:

”Vi har fået glattere kvinder, der er mere motiverede. Samtidig har vi færre kejsersnit, færre tilfælde af svangerskabsforgiftning og flere ukomplicerede graviditeter. Og det er alt i alt endt med sundere børn”.

Hun vurderer, at man med projektet kan undgå omkring 100 til 150 kejsersnit og indlæggelser pr år. Det giver en besparelse for hospitalet på 1,5 million kroner om året. Efter fødslen følger kommunen op på programmet. Kvinderne får hjælp af en sundhedsplejerske og en kostvejleder eller diætist til at holde fast på de gode vaner i tiden efter fødslen. Projektet har kørt siden 2012 og fortsætter frem til udgangen af 2015.



Anne Lewinsky er glad for ideen om små skridt og har ingen ekstra graviditetskilo at slås med. Knap fire måneder efter sønnen Augusts fødsel vejer hun det samme som før graviditeten. Foto: Hvidovre Hospital.

KORT NYT



Nye bøger modtaget på redaktionen. Skriv til redaktoer@diaetist.dk hvis du har lyst til at anmelde en af bøgerne.

Antiinflammatorisk kost Sluk branden, der hærger kroppen indefra

Bogen Antiinflammatorisk kost fortæller om de madvarer, der kan slukke kroppens indre brand og herigennem være med til at værne mod livsstilssygdomme, såsom type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og demens, men også overbelastningsskader og andre generende skavanker.

Anne Larsen, der er kendt for sine inspirerende kogebøger og opskrifter i Alt for damerne, Søndag, Søndagsavisen o.a. – aktuelt i iForm og på fakta.dk – står for opskrifterne, mens ernæringseksperter Martin Kreutzer, der er fast skribent for iForm og Aktiv Træning, står bag bogens teoretiske afsnit, hvor videnskaben og råvarerne bag guidens sundhedsvinkel bliver gennemgået på en letforståelig, håndgribelig og underholdende måde.

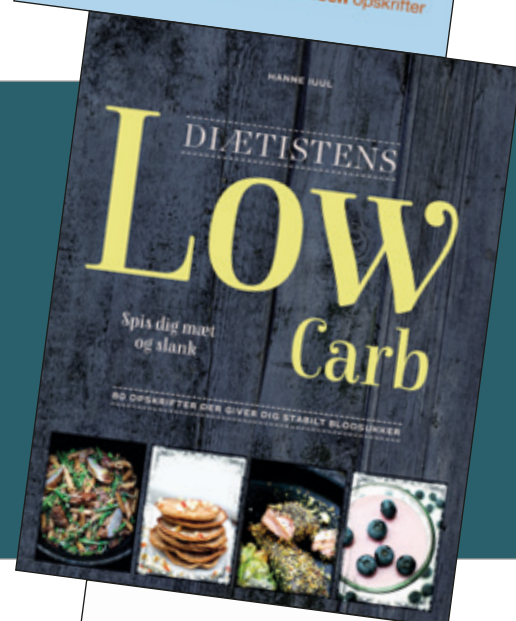
Antal sider 128 sider.
Vejl. udsalgspris 149,95 kr.
Udk. 1. juni 2015 på mussmann-forlag.



Diætistens Low Carb. Spis dig mæt og slank

Diætistens Low Carb er til dem, der ønsker vægttab og at få styr på livsstilsskavanker gennem en bedre kost. Forfatteren er Hanne Juul, klinisk diætist med klinik i Taastrup og speciale inden for ernæring ved PCO, vægttab og livsstilssygdomme.

Antal sider 224 sider.
Vejl. Udsalgspris 250,00 kr.
Udk. 11. maj 2015 på Politikens Forlag



En fri fugl

Overspisning er et stort problem for mange, men er løsningen altid slankekur? Det mener Mette Fuglsang ikke. Hun hævder, at vi overser årsagerne til de forkerte spisemønstre, og derfor er en slankekur ikke altid det rigtige. Mange spiser på grund af lavt selvværd, kedsomhed, rastløshed eller andre negative følelser, og derfor mener hun, at vi i stedet bør fokusere på disse udfordringer, hvis vi vil overspisningen til livs. En fri fugl er Mette Fuglsangs stærke personlige beretning om at leve med en spiseforstyrrelse – og om at komme ud på den anden side. Hun fortæller hudløst ærligt om det mareridt, det er at leve med en spiseforstyrrelse, der fylder hele ens liv.

Antal sider 212 sider.
Vejl. udsalgspris 199,95 kr.
Udk. 8. juli på Forlaget mellemgaard.





Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde



Vi løser ernæringsproblemer, samt giver neutrale råd og vejledning til din patient i eget hjem og på plejecentre.



Bestil vores nye katalog for klinisk ernæring.

Tlf. 3637 9142 - Fax 3637 9289

E-mail: ernaering@mediqdanmark.dk

Få mere viden om produkter på vores hjemmeside
mediqdanmark.dk.

Mediq Danmark A/S, Kornmarksvej 15-19, 2605 Brøndby

... når viden er vigtig

Hjernen skal med, når

Mange stiller sig selv de samme spørgsmål igen og igen: ”Jeg ved alt om, hvad jeg skal gøre for at spise sundt, men hvorfor gør jeg det så ikke bare?”. Og: ”Hvorfor falder jeg gang på gang tilbage til de gamle vaner og tager alle kiloene på igen?”. En stor del af svaret skal findes i måden, vi tænker på. Tankemønstre kan nemlig blokere for et harmonisk og afslappet forhold til mad, spisning, vægt og krop.

Af Inge Vinding, klinisk diætist og psykolog,
inge.vinding@gefiberpost.dk

Tankernes magt

Vores tanker har meget magt. De påvirker os næsten hele tiden og er udgangspunktet for mange beslutninger i vores dagligdag. Tanker har stor betydning for, hvordan vi har det følelsesmæssigt, og hvordan vi vælger at handle i dagligdagen. Det vigtigste er ikke de ting, der sker, men måden, vi tænker om det, der sker. Vi kan nemlig kun i ganske begrænset omfang vælge, hvilke tanker vi vil tænke, men vi har altid muligheden for at vælge, hvordan vi vil forholde os til vores tanker. Det handler om at lære, at der altid er mere end én måde at anskue tingene på. Det handler om at udvikle og opretholde mere nyttige måder at anskue os selv, andre og dagligdagens problemer på. Vi kan justere vores tanker, så de bliver mere konstruktive for os. At vi kan blive bevidst om vores tanker, er et stort skridt i retningen af ikke længere at være styret af dem. Tanker er kun tanker - ikke virkeligheden, men vores fortolkning af virkeligheden. De kan være rigtige. De kan være forkerte. Og vigtigst af alt: De kan testes eller udfordres. Det væsentlige er, at vi ikke behøver at tro blindt på tankerne,

og dermed kan vi ændre den konsekvens, som tankerne ellers ville have.

I kognitiv adfærdsterapi er der netop fokus på tænkning og især på sammenhængen mellem tanker, følelser, kropslige reaktioner og adfærd (se figur 1). De fire faktorer påvirker hinanden gensidigt. Fx kan en tanke føre til en bestemt følelse, og denne følelse kan fastholde tanken. Hverken følelser eller kropslige reaktioner er under viljens kontrol. Det er derimod tanker og adfærd. Derfor arbejder man med netop tanker og adfærd i kognitiv adfærdsterapi for derigennem at kunne ændre følelserne. Følelserne er dem, der ofte får os til at spise for meget.

Tanker kan spænde ben for processen allerede inden start

Vores tanker er i høj grad med til at fastholde os i uhensigtsmæssige spisemønstre. Vi skal derfor arbejde bevidst med vores tanker, når vi vil fortrænge de gamle og dårlige vaner og opbygge nye og hensigtsmæssige vaner. Så bliver hjernen medspiller og ikke modspiller i forandringsprocessen. Ændrer vi kun adfærd og ikke tanker, er risikoen for tilbagefald stor.

Nogle tanker resulterer i, at vi aldrig rigtigt kommer i gang med en forandringsproces. Det gælder de såkaldte hæmmende overbevisninger. De fastholder os i de uhensigtsmæssige vaner, fordi det ender med en selvopfyldende profeti. Typiske hæmmende overbevisninger er: ’Jeg kan aldrig nøjes med et par stykker slik – jeg tømmer altid hele posen’. ’Jeg kan ikke have chokolade i huset uden at spise det’. ’Det lykkes aldrig for mig’. ’Det bliver så svært’. Problemet er, at jo mere vi siger sådan til os selv, desto mere kommer det til at passe. Derfor skal man i stedet øve sig i at tænke på det, man gerne vil opnå, nemlig at få kontrol over sine spisevaner.

Figur 1: Den kognitive grundmodel.



vaner skal ændres

Man skal med andre ord have fundet nogle støttende overbevisninger til erstatning for de hæmmende.

Bag mange mislykkede forsøg på væggtab finder vi ofte dagdrømme og ønsketænkning. 'Hvis bare jeg taber mig, bliver alt godt'. 'Hvis bare jeg ikke vejede for meget, ville jeg være lykkelig!'. Denne tankegang bygger på myten om, at slanke mennesker ingen problemer har. At være slank sidestilles med lykke, succes og højt selvværd. Derfor må væggtab være en forudsætning for et drømmeliv, tænker mange. De ekstra kilo får skylden for alle ens problemer (i forbindelse med fx parforhold, børn, job, kolleger, uddannelse etc.). For at undgå at beskæftige sig med problemet og det ubehag, det medfører, vælger mange at spise som en slags fokusforskydning. Livet bliver sat på standby, og man udsætter det, der giver glæde. Mad og vægt ender med at blive det primære indhold i livet. Dagdrømme er desværre en stensikker metode til at undgå at tabe sig. Med dagdrømme ender alting nemlig i fantasier og forhåbninger i stedet for handling og resultater.

En anden hyppigt forekommende ønsketænkning er: 'Bare jeg kunne blive ved med at spise alt det, jeg lige har lyst til og alligevel tabe mig'. Denne form for ønsketænkning bunder ofte i følgende misforståelse: 'Alle slanke kan spise alt det, de vil, uden at tage på'. De overvægtige bygger deres overbevisning på, at de kender slanke mennesker, der kan spise alt, hvad de vil fx til en fest. Problemet i den form for iagttagelse er bare, at de overvægtige kun ser, hvad de slanke spiser, når de er sammen med dem, og glemmer, at de slanke sandsynligvis kompenserer ved at spise mindre i dagligdagen og foretager bevidste valg og fravalg.

Tanker får os til at spise på trods af vores ønske om det modsatte

I pressede situationer bliver tænkningen ofte mere rigid, og evnen til at holde hovedet koldt mindses. Vi bliver mindre gode til at reflektere, analysere, ræsonnere og fastholde et realitetsbestemt overblik. Det gælder, når vi bliver udsat for ydre signaler om lækker mad som fx synet og duften af en kage, eller når vi oplever enten positive følelser (hygge eller noget, der skal fejres) eller negative følelser som dårligt humør, stress, frustration eller indre uro. Figur 2 viser, hvordan højrisikofaktorer starter en kæde af forskellige former for tanker: Leveregler (basale antagelser), automatiske tanker og tilladende tanker.

Figur 2: Sammenhængen mellem tanker, følelser og adfærd.

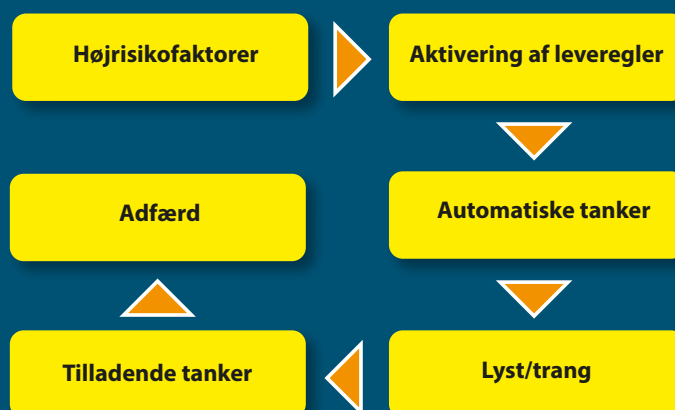
Spiserelaterede leveregler

De spiserelaterede leveregler er helt grundlæggende for vores måde at tænke på i forbindelse med en højrisikosituation. De er generelle og er dannet på baggrund af erfaringer og oplevelser gennem livet og lader sig ikke umiddelbart ændre. De kan deles op i fire hovedgrupper:

- Selvmedlidenhed: 'Når jeg har det skidt, har jeg lov til at spise en kage!'
- Belønning: 'Det har været en rigtig hård dag på arbejdet, så nu har jeg fortjent en plade chokolade!'
- Skraldespand: 'Det skal da ikke gå til spilde!'
- Grådighed: 'Jeg skal ikke gå glip af noget!'

Automatiske tanker

Automatiske tanker opstår uvilkaarligt, hurtigt og ofte flygtigt i relation til bestemte indtryk og situationer. De opstår uden for vores bevidsthed. De er relativt lette at identificere og er åbne for bevisført udfordring og hurtige at forandre i modsætning til levereglerne.





Figur 3: Den onde cirkel.

Det kunne fx være tanker som: 'Uhm – det ser lækkert ud', 'Nu skal jeg rigtigt hygge mig', 'Nu skal jeg rigtigt slappe af'.

Tilladende tanker

Vi har alle et repertoire af såkaldte tilladende tanker, som vi bruger for ikke at foretage de nødvendige ændringer. De tilladende tanker – eller dårlige undskyldninger – giver os mulighed for at snyde os selv ved at overbevise os om, at undskyldningen er vigtigere end vægttabet og vigtigere end at generobre kontrollen over vores spisevaner. Vi bruger disse tilladende tanker, fordi vi tror, at vi opnår noget godt. Men det eneste, vi opnår, er i virkeligheden dårlig samvittighed. Eksempler på tilladende tanker: 'Jeg starter bare i morgen', 'Det er da weekend', 'Det har været en hård dag', 'Der er tilbud på to styk, den ene kan gemmes'.

Når vi gang på gang spiser fx chokolade, når vi er trætte, stressede, kede af det, frustrerede m.m. skyldes det, at det faktisk hjælper at spise – kortvarigt! Det giver fx ro og velvære, fordi det at spise velsmagende mad påvirker hjernens belønningssystem og giver anledning til frigivelse af neurotransmittere som bl.a. opioider og dopamin. Og adfærd, der belønnes under sådanne omstændigheder, vil med stor sandsynlighed blive gentaget i lignende situationer. Der er tale om ubevidst indlæring, også kaldet operant betingning.

Modedietter kan øge risikoen for overspisning

Mange har fået et meget anstrengt forhold til mad, vægt og krop. Det er et resultat af de mange slankekur og forsimplede budskaber i medierne om, hvad sund mad er, kombineret med det store fokus på den

slanke krop som ideal og et tegn på kontrol og succes. Problemet er, at restriktioner, rigid kontrol og forbud mod at spise bestemte madvarer resulterer i dysfunktionelle tankemønstre. Når visse madvarer gøres til noget forbudt og syndigt, kan det føre til øget fokus på disse madvarer, hvilket fører til øget risiko for overspisning. På den måde kan forsøget på at kontrollere maden i sig selv føre til øget kontroltab. Se figur 3.

For at bryde den onde cirkel skal man arbejde med at udvikle en ny og mere hensigtsmæssig måde at tænke om mad, spisning og vægt på. Det gælder fx sort-hvid-tænkning og negativ kropsofattelse. Vejen frem er

at finde en balance mellem sundhed og nydelse med fokus på glæden ved velsmagende mad. Strategien er: Alt er tilladt – med måde! Der skal skabes plads til den lystbetonede spisning, men i mindre mængde og mindre hyppigt end hidtil. Det handler om at satse på kvalitet og om mindful spisning – at spise med nærvær og nydelse og med alle sanser i brug. Og det handler om vægt i balance – ikke ideelvægt – om at opleve at have kontrol over sin spisning, opnå og bibeholde et vægttab snarere end at tabe mest muligt og måske endda at blive normalvægtig.

Tanker om fejltrin øger risikoen for fiasko

De gamle vaner har desværre en udpræget tendens til at dukke op lynhurtigt, hvis vi kommer ud for problemer og føler os pressede. Det skyldes, at vaner er veletablerede netværk i hjernen – netværk, der ikke kan slettes. Det er årsagen til tilbagefald. Bedst som vi er godt på vej mod målet, tager hverdagen over, og vi falder tilbage i det trykke og vante – vi slår over på autopilot. Det sker især, fordi de nye problemer kræver mange ressourcer, og dermed også de mentale ressourcer, vi skulle bruge på at fastholde den nye vane.

Det er vigtigt at vide, at fejltrin ikke kan undgås. Fejltrin er en naturlig del af en forandringsproces. Problemet er ikke, at man fejler, men hvordan man forholder sig til sine fejltrin. Man ryger sandsynligvis tilbage til sine gamle hæmmende tanker som: 'Det lykkes sikkert ikke', 'det ender, som det plejer', 'det kan også være lige meget'. Hvis vi tænker sådan, er der større risiko for, at vi opgiver. Hvis vi derimod tænker: 'Jeg fejlede, det var dumt, men den slags sker for alle. Nu handler det bare om at komme videre med



Inge Vinding

Aut. klinisk diætist, psykolog
1-årig uddannelse i kognitiv terapi

Privatpraktiserende med klinik i Ry og Aarhus siden 2008
Tidligere lektor på VIA University College, Aarhus

www.ingevinding.dk

det samme (ikke på mandag!)'. Falder man i, så tænk tanken: 'Hvad kan jeg lære af det?' med henblik på at mindske risikoen for, at det sker igen. Det er vigtigt at få risikosituationer tænkt grundigt igennem, så man kan være på forkant.

Det lyder nemt og ligetil

... men arbejdet med at justere ens tanker falder mange svært. Det skyldes, at vi sjældent er særligt opmærksomme på vores tanker. De dukker op lynhurtigt, og lige så hurtigt er de væk igen. Det sker, uden at vi er bevidste om det. For at ændre vores sædvanlige måde at tænke på, er vi imidlertid nødt til først at blive helt klar over, hvad det faktisk er, vi går og siger til os selv. Mange vil på spørgsmålet: 'Hvad tænker du, inden du gi-

ver dig i kast med at spise den kage, du ellers havde lavet en aftale med dig selv om ikke at spise?' svare: 'Det ved jeg ikke.' Eller: 'Jeg tænker ikke'. Men det gør vi. Første skridt i forandringsprocessen er derfor bevidstgørelse i form af registrering. Det er nødvendigt at skrive sine tanker ned, så snart de dukker op. Når vi ser vores tanker sort på hvidt, kan vi meget bedre forholde os til dem, end når de kører rundt i hovedet. Det giver mulighed for at kigge på dem udefra med objektive briller. Ofte viser det sig, når vi først ser vores tanker på tryk, at de er ulogiske, irrationelle og fjolledede. Og vi opdager højst sandsynligt, at vores indre tale har det med at køre i ring. At det er de samme 'gamle plader', vi afspiller igen og igen.

Læs mere

- Vinding I (2015). Vejen til vægt i balance – bryd dit tankemønster og nå dine mål. Klim.
- Fredens K, Prehn A (2009). Coach dig selv – og få hjernen med på en forandring. København: Gyldendal
- Oestrich IH (2004). Tankens kraft. Kognitiv terapi i klinisk praksis. 2. udg. Dansk psykologisk Forlag
- Provencher V et al. Health-at every size and eating behaviors: 1 year follow-up results of a size acceptance intervention. Journal of the American Dietetic Association 2009; 109: 1854-61
- Bacon L, Aphramor L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. Nutr J 2011; 10:69-81
- Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM (2003). Cognitive-behavioral treatment of obesity. A clinician's guide. New York, London: The Guilford Press
- Mørch MM, Rosenberg NK (2005). Kognitiv terapi. Modeller og metoder. Hans Reitzels Forlag
- Blaabjerg A, Nyland TH (2011). Kognitiv terapi. Spiseforstyrrelser. Hans Reitzels Forlag.

Inge Vinding om bogen:

Formålet med bogen er at pege på, at der er mange årsager til overvægt. I den ene ende af spektret har vi dem, der spiser for meget på grund af uhensigtsmæssige vaner, almindeligt vellevnet og for meget hyggespisning. I den anden ende dem, der lider af en spiseforstyrrelse (BED eller bulimi). Og midt imellem er dem, der trøstespiser, spiser på grund af kedsomhed eller stress samt dem, der har et forstyrret forhold til mad, krop og vægt, fx de såkaldte 'restrained eaters' og 'emotional eaters'. Derfor skal være flere forskellige behandlingsmuligheder, og fokus skal være på både mad og psykologi. Ændrer vi ikke på årsagen til, at man spiser for meget, hjælper det ikke meget. Og fordi vores tankemønstre spiller en stor rolle for vores vaner, skal 'hovedet' med, ellers er risikoen for tilbagefald stor.

Formålet er også at gøre op med, at BMI og vægt er eneste indikatorer for sundhed. Det store fokus på vægt har sammen med de mange forsimplede og ikke evidensbaserede kostråd og trendy kure bidraget til, at stadigt flere har et problematisk forhold til mad, vægt og krop.

Jeg vil gerne vise, at det faktisk kan lade sig gøre at få et naturligt forhold til mad, spisning og vægt uden en masse forbud og stive regler. At det er muligt at spise med glæde og nydelse i stedet for dårlig samvittighed, skyld og skam.



Boganmeldelse

Inge Vinding; 'Vejen til vægt i balance – bryd dit tankemønster og nå dine mål'

Udgivet på forlaget Klim i marts 2015. Bogen er på 204 sider.

Inge Vinding har udgivet en vægttabsbog, der forener hendes store viden fra en baggrund som både klinisk diætist og psykolog. Set i helikopterperspektiv er bogens mål at give læseren indsigt og redskaber til at få et harmonisk og afslappet forhold til mad og vægt. Hjørnestenene er 3 principper: Alt er tilladt – med måde, mindful spisning og kognitiv adfærdsterapi.

Målgruppen er mennesker, der ønsker vægttab (der holder), men kan også anbefales som et sundhedsfagligt brush-up til kliniske diætister og andre sundhedsprofessionelle, som ønsker at kvalificere vejledningen af borgere med vægtproblemer i bredden og i dybden.

Bogen består af to dele: Første del har fokus på indsigt og teori under overskriften "Derfor er det så svært", mens anden del har fokus på masser af konkrete værktøjer i form af skemaer og øvelser til at systematisere processen under overskriften "Sådan får du styr på din spisning og vægt".

Den grundlæggende metode er kognitiv adfærdsterapi, fordi vores tanker er uløseligt forbundne med vores adfærd, og dermed med til at fastholde overvægtige i uhensigtsmæssige mønstre i forhold til at foretage ændringer.

Bogen er desuden befriende blottet for de obligatoriske "50 sunde opskrifter". Kan varmt anbefales!

Anmeldt af Lotte Gerdes, aut. klinisk diætist og sundhedskonsulent i Favrskov Kommune



I denne udgave af bladet fokuserer vi på fødevarerbårne infektioner og madforgiftninger samt på, hvordan forskellige fødevarer skal og må behandles.

SYG - AF EBOLA ELLER JORDBÆR?

Tanker om forholdsregler omkring mad i forbindelse med ernæring af syge

Af Anne W Ravn, klinisk diætist, infektionsmedicinsk afd. Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby, annwilra@rm.dk

Da ebola sidste efterår syntes at komme faretruende tæt på lille Danmark, kunne jeg, som ansat på en infektionsmedicinsk afdeling, der jo skulle tage imod eventuelle tilfælde herhjemme, ikke sige mig fri for frygten for, hvilket omfang smitten ville få. Samme følelse har jeg haft, når smitsomme sygdomme som SARS, fugleinfluenza, meningitis, marburgfeber og andet slemt, i hvert fald mediemæssigt, synes at have haft potentiale til at udrydde både patienter og personale, inden der var fundet midler mod de livstruende sygdomme.

Jeg er næsten fri for den frygt nu. Til gengæld er den afløst af frygten for hverdagsmad! Patienternes og personalets - hjemme i vores private husholdninger. Jeg har været så heldig at have været til foredrag med professor, dr.med. Peter Skinshøj, som denne gang bidrager med en artikel om fødevarerbårne sygdomme her i bladet. Han har i årevis været kendt som en af landets førende infektionsmedicinere.

Når en rolig, saglig og tilmed så munter mand som han umiddelbart kan få flere panderynker, når han taler om ægyptiske jordbær eller polske hindbær end om afrikansk ebola, så spidser jeg ører.

Selv en diætist har også lavet lagkage og smoothie med udenlandske frosne bær, anvendt en rest kolde, kogte ris, brugt sprøde bukkehornsfrøspirer i salaten, nydt ægyptiske, friske jordbær på yoghurt og måske endda undladt at fryse fisken til hjemmelavet sushi og i øvrigt i en rask vending negligeret korrekt omgang med visse importerede fødevarer.

Der skal som bekendt kun ganske få af de meget sygdomsfremkaldende og farlige bakterier i fødevarer til for at give en alvorlig infektion, så det handler om at undgå de fæle skabninger.

Et vigtigt fokuspunkt i pleje og behandling af især svært syge indlagte og evt. immunsupprimerede patienter, fx patienter med alvorlige bakterielle infektioner og udbredte inflammationer, transplanterede patienter, patienter med immundefekt, patienter i kemobehandling, hæmatologiske patienter m.fl., hvor leukocyttallet er mindre end 1 mia./liter, er naturligvis infektionsprofylakse. Dette gælder også i relation til ernæringsbehandlingen.

Mennesker med svækket immunforsvar er selvsagt mere udsatte for madforgiftning. Madforgiftning som følge af utilstrækkelig tilberedning eller forkert opbevaring af fødevarerne, optræder sjældent, når der er tale om produktion af hospitalsmad. Men i nogle tilfælde kan fødevarerne indeholde store mængder af farlige bakterier allerede fra produktionen. Flere af især patienter med anden etnisk baggrund får mad helt eller delvist bragt ind i afdelingen af deres pårørende.

Og hvem har ikke serveret genopvarmet risengrød til en svækket patient? Nogle patienter har en travl dag med mange undersøgelser, evt. faste og afbrydelser og kan ikke være til stede ved hovedmåltiderne. Ikke mindst de småtspisende og svækkede patienter er ofte særligt glade for risengrød, så indrømmet - på infektionsmedicinsk afdeling på AUH har vi tidligere rask væk genopvarmet risengrød, når patienten ønskede at spise på et skævt tidspunkt. Ikke helt godt, hverken i relation til køkkenet, som jo ellers sørger for, at madens hygiejnemæssige standard bliver overholdt, eller i relation til infektionsprofylakse over for den svækkede patient.

Nu har vi oppet os og har fokus på lynhurtig nedkøling, når vi tager en portion risengrød fra til en patient. Vi varmer godt op igen og sørger herved for, at vi overholder de hygiejniske regler og dokumenterer det i vores egenkontrolprogram. Er der patienter, der gennemgår kemoterapi med lave neutrofiler og mennesker på immunundertrykkende medicin, har vi skærpet vores opmærksomhed på de anbefalede retningslinjer omkring fødevarer sikkerhed og inddrager således også patient og pårørende i problematikken, når det er relevant. Det kan være omkring udskrivelse til eget hjem, eller hvis patienten under indlæggelsen får bragt upasteuriseret eller rå mælk eller ost, yoghurt og andre mejeriprodukter lavet heraf; tempehprodukter, dvs. fermenteret mad lavet ved styret fermentering af kogte sojabønner med en *Rhizopus* mug; rå frugt og grønt og ristede nødder i skal, upasteuriseret frugt- og grønsagssaft, salat med spirer, friske salatdressinger med lagret ost (fx blå Roquefort) etc. God ernæringsbehandling er selvfølgelig også hygiejnisk korrekthed!

Reference

Chapter 10: Food Safety Dietary Guidelines for Americans
<http://www.health.gov/dietaryguidelines/>

Fødevarebårne infektioner og madforgiftning

Stadig tilbagevendende historier i medierne fortæller om udbrud af sygdomme forårsaget af forurenede fødevarer: Listeria i rullepølse, hepatitis i jordbær, salmonella i æg osv., osv. Det er åbenbart svært at holde vore fødevarer sunde og rene, men hvorfor er det svært, og hvad kan vi gøre bedre for at sikre dem?

Af Peter Skinhøj, Professor, dr.med.

Først og fremmest er det ikke alene et lokalt dansk problem. Verdenssundhedsorganisationen WHO har netop i år ved World Health Day, den 7. april, lanceret en global kampagne for bedre fødevareressikkerhed. Beregninger har nemlig vist, at forurenede fødevarer forårsager mere end 500 millioner sygdomstilfælde årligt og medfører 350.000 dødsfald, særligt hos børn i Afrika og i Sydøstasien. WHO understreger også, at en vigtig årsag er, at fødevareproduktion er blevet tiltagende industrialiseret og fordeles og forhandles globalt.

Stordrift kan medføre forurening af store partier. Det oplevede vi i Danmark i 1980'erne og 1990'erne med salmonella i fjerkræ, siden i svinekød og i æg. I 1997, da problemet var størst, blev der anmeldt 5000 sygdomstilfælde og beregnet, at i alt 100.000 danskere havde fået diarréssygdom p.g.a. salmonellaforurenede danske fødevarer. Forbud mod brug af rå æg og en lang række kontrol- og bekæmpelsesforanstaltninger har bragt problemet under kontrol, men vi har stadig et stort problem med campylobacter i vores fjerkræproduktion. Globalisering af fødevaredistribution medfører også spredning af fremmede mikroorganismer, som vi glemmer at tage hensyn til i den daglige husholdning, f.eks. shigella-bakterier i babymajs eller sukkerærter anvendt rå i salater.

Håndtering og opbevaring

For at forstå og håndtere problemerne bedre er det nødvendigt at kende til den bagvedliggende mikrobiologi og sygdomsmekanisme. Madforgiftning kan forårsages af levende virus, bakterier eller parasitter, der smitter ved indtagelse, men kan også forårsages af giftstoffer (toxiner) dannet af bakterier, der har vokset i fødevarer, men som

ikke ødelægges ved opvarmning. Typisk ved genopvarmning af mad, der er fremstillet tidligere og ikke har været afkølet hurtigt nok, ikke har været opbevaret koldt nok og/eller ikke har været genopvarmet tilstrækkeligt. Bakterier som stafylokokker, clostridier eller bacillus kan være årsag hertil. Disse madforgiftninger forårsager især kvalme, opkastning og diarré få timer efter måltidet, og symptomerne overstås inden for et døgn.

Virus og bakterier

De egentlige fødevarebårne infektioner er typisk 1-3 dage om at vise sig, oftest også med mave-tarmsymptomer. Virusinfektionerne viser sig ofte med opkastning, bakterieinfektionerne med feber, sygdomsfølelse og diarré. Enkelte sygdomme som fx leverbetændelse (hepatitis A) udvikler sig først flere uger efter indtagelse af virus, hvad der kan vanskeliggøre opsporing af det ansvarlige fødeemne.

Ikke alle infektioner angriber alene tarmsystemet. Streptokokbakterier (GAS), kendt fra såkaldte mælkeepidemier før pasteurisering af mælk blev indført, forårsager især halsbetændelse og er eksempelvis set som et udbrud fra en pastasalat forurenede af en inficeret kok.

Listeriasygdom fra ikke-pasteuriserede oste, pølser eller sammenkogte retter, Brucellose eller Q-Feber fra geder eller deres mælk er andre typer sygdomme, hvor bakterierne trænger ind i kroppen og forvolder skade.

De nævnte eksempler illustrerer også, at der er to hovedkilder til fødevarebårne infektioner. Først og fremmest de såkaldte zoonoser, hvor mikroorganismerne forekommer i dyr, oftest uden at dyrene er syge eller har tegn herpå, men som er sygdomsvoldende hos mennesker. Det er især en stor gruppe tarmbakterier: Salmonella, campylobacter,





yersenia, listeria, clostridier og visse coli-bakterier.

Den anden hovedtype er mikroorganismer, der primært forekommer hos mennesket selv, og hvor fødevarerbårne infektioner opstår ved forurening i forarbejdning af fødemidler. Shigella- og colibakterier er sådanne eksempler, tillige med hepatitis- og norovirus. I mange udviklingslande anvendes human afføring som gødning, hvorfra mikroorganismene kan forurene allerede ved kilden ved produktion af grønsager eller gennem vand til f.eks. skaldyr.

Zoonoserne udgør langt det største problem i Danmark. De tidligere nævnte store salmonella-forekomster er nu under god kontrol, men der er fortsat næsten hvert år udbrud. I 2008-2009 forårsagede svinekød og æg flere tusinde sygdomstilfælde. Mange husker sikkert også kiksekagesagen, hvor salmonellaforurenede æg forårsagede to dødsfald. Et stigende antal udbrud er dog forårsaget af importerede fødevarer som carpaccio, salat eller tomater.

Campylobacter-tarminfektioner er nu den hyppigste årsag til infektiøs diarrésygdom herhjemme. Trods bekæmpelsesindsats er mange danske kyllingebestande fortsat inficerede, men også importeret fjerkræ spiller en stor rolle. Endvidere er det store antal udlandsrejser en årsag.

Yersenia bakterier fra svin var tidligere en hyppig årsag til diarré især hos børn, men er nu sjældent forekommen. Et eksempel på at ikke alle mikroorganismer synes at trives i den moderne industrialiserede fødevarerproduktion.

Coli-bakterier fra dyr eller mennesker kan danne for-

skellige giftstoffer under deres ophold i vores tarm og derved forvolde tarminfektion. Et eksempel herpå er det såkaldte enterotoxin (ETEC). Bakterieforurenede sukkerærter, bønnespirer eller basilikumpesto har foranlediget større sygdomsudbrud.

Mere alvorlige er bakterier, der danner såkaldt Verotoxin (VTEC), som udover tarminfektion kan medføre skade på f.eks. blod eller nyrer (HUS). Disse bakterier stammer fra kvæg eller gødning herfra, hvoraf også navnet Burgerbakterier.

Herhjemme havde vi et udbrud fra hakket oksekød i 2012, men især huskes det store udbrud i 2011, størst i Tyskland og Frankrig med mere end tusind alvorlige sygdomstilfælde og 50 dødsfald. Nogle få tilfælde sås også hos danskere, der havde spist syd for grænsen. Kilden til udbruddet blev påvist at være ægyptiske Bukkehornsfrø, brugt til fremstilling af bønnespirer rundt om i Europa.

Infektioner med mennesket som kilde, med forurenede hænder eller menneskegødning får sjældent så stort et omfang, men som omtalt har shigellaforurenede rå tigerrejer, babymajs og sukkerærter fra U-lande forårsaget udbrud.

Mere alvorligt var det store hepatitis-udbrud i 2013, hvor frosne jordbær fra Ægypten eller Marokko, solgt gennem COOP, forvoldte sygdom i hele Skandinavien, herunder 65 tilfælde i Danmark.

Meget mere udbredt er tarminfektioner forårsaget af norovirus. De syge smitter let ved kontakt eller gennem opkast og afføring. Fødevarer bliver herved også let forurenede, fx skaldyr, bær og grøntsager. Store udbrud er forekommet gentagne gange på bl.a. sygehuse i 2006 og 2011, på plejehjem, restauranter og kantiner. Infektionerne er oftest kortvarige, men kan være alvorlige hos ældre eller svækkede personer.

Produktionsfremmende tiltag kan have ulykkelige bivirkninger

En helt uforudsigelig speciel fødevarerbårne infektion opstod i England i 1995: variant Creutzfeldt-Jacob, en degenerativ, dødelig hjernelidelse, forårsaget af ophobning af et særligt æggehvidestof (Prion) i nervecellerne. Dette blev overført til mennesker med kødprodukter fra køer med såkaldt Mad Cow Disease, som igen havde fået prionet i sig, da man fra 1980'erne var begyndt at tilsætte kød- og benmel til foderet for at fremme væksten. Dette kosttilskud stammede bl.a. fra får, der kan have dette prion i sig og få en sygdom kaldet Scrapie. Ingen havde forestillet sig, at mennesker også kunne smittes. Prionet er meget resistent og kan ikke neutraliseres ved opvarmning. Sygdommen er 5-15 år om at udvikle sig, så selv om man allerede i 1990 stoppede smittespredning ved at forbyde animalsk fodertilsætning, ved nedslagtning af 160.000 dyr og forbud mod eksport af engelsk kvægekød de næste 10 år, sås de fleste sygdomstilfælde hos mennesker først i 2000. I alt er nu ca. 250 mennesker døde, specielt i England og Frankrig. I Danmark fandtes infektionen hos i alt 20 dyr, men ingen mennesker menes smittet.



VÆR OPMÆRKSOM PÅ at DTU afholder seminar om fødevareroverførte sygdomme

Her offentliggør DTU Fødevareinstituttet bl.a. den årlige rapport om forekomsten af sygdomme, der kan smitte fra dyr og fødevarer til mennesker. Seminaret afholdes tirsdag den 25. august 2015 kl. 13.00–15.30 på DTU Fødevareinstituttet, Mørkhøj Bygade 19, Bygning C, 2860 Søborg.

Tilmelding: Det er gratis at deltage i seminaret. På grund af begrænset deltagerantal er tilmelding dog nødvendig.

"<http://www.food.dtu.dk/Tilmeldinger/2015-08-25-seminar-foedevareoverfoerte-sygdomme>"

Tilmeld dig senest fredag den 21. august 2015.

Hele episoden er en god påmindelse om, at nye produktionsfremmende tiltag som fx også brug af antibiotika som vækstfremmer, kan have ulykkelige bivirkninger. De sidste års fremkomst af multiresistente stafylokokker (MRSA) og enterobakterier (ESBL) hos mennesker, er i betydelig grad forårsaget af uhæmmet antibiotikabrug i den animalske fødevareproduktion.

Parasitter og orme

Fødevarebårne infektioner kan yderligere forårsages af større mikroorganismer som parasitter eller orme.

Cryptosporidium er en udbredt diarréårsag i U-landene. Den kommer fra både dyr og mennesker og kan spredes med forurenet vand ved fx vask af grøntsager. Et stort udbrud forekom herhjemme i 2005 fra rå gulerødder i en kantines salatbar.

Flere ormesygdomme overføres også med forurenede fødevarer som fx Trichinose, forårsaget af ormelarver, der kan forekomme i inficeret kød fra fx bjørne. I mennesket vandrer larverne rundt i vævene og medfører svære allergiske reaktioner.

Det er set herhjemme fra rumænsk pølse, vildsvin og isbjørnekød.

Toxiner

Toxiner fra bakterievækst i fødevarer kan ikke alene medføre almindelig madforgiftning, men også helt specielle sygdomsbilleder som Botulisme, der er en nerverammelse forårsaget af særlige clostridiebakterier, hvis de gror under iltfattige forhold i fx hjemmelavet konserves.

Tilfælde ses også herhjemme og har været forårsaget af hjemmelavet pate, hvidløg i chili samt honning. Sidstnævnte har flere gange medført spædbarnsbotulisme med muskellammelser, når sutten har været smurt med honning.

Endelig kan også visse fisk indeholde toxiner fra forureningsbakterier, herunder histamin fiskeforgiftning fra tun eller makrel og ciguatera

fra baracuda. Disse sygdomme er dog kun set i Danmark nogle få gange.

I denne artikel er kortfattet omtalt en række årsager til fødevarebårne sygdomme, sygdomsbilleder og eksempler på de fødeemner, der kan være forurenede - danske eller importerede. De fleste eksempler er fra udbrud med et større antal tilfælde, dvs. hvor større fødevarepartier eller storkøkkener er implicerede. Langt flere sygdomstilfælde forekommer i private husholdninger og bliver sjældent registrerede. Man regner med, at 10-20 gange flere tilfælde forekommer end de, der bliver anmeldt til myndighederne.

Selv om fødevarekontrollen og håndtering i de fleste køkkener i Danmark er på et højt niveau, skal der alligevel altid huskes på, at vore fødevarer kan være forurenede ved produktionskilden hos dyr og grøntsager eller ved berøring af menneskehænder.

Særlig betydningsfuldt er det, at et stadig stigende antal fødeemner importeres fra alle klodens hjørner. Der er forureningsmulighederne mange gange større end herhjemme, og behovet for korrekt håndtering derfor også større.

Det er lidt paradoksalt, at man ved rejser uden for Europa prøver at efterleve den gamle hygiejne-læresætning: "Boil it, cook it, peel it or leave it", mens man slet ikke tænker på, at alle de samme fødeemner forhandles i det lokale supermarked.

WHO's globale råd for mere sikre fødevarer bør derfor også altid huskes her i Danmark:

- Vask altid hænder og redskaber først
- Adskil rå og kogt/stegt mad
- Kogte/stegte madvarer bør højst stå 2 timer ved stuetemperatur
- Hold kogt/stegt mad ved over 60 grader C før servering
- Brug altid rent vand til vask af rå frugt og grøntsager.

Tjek også...

EFSA videoer gør fødevarevidenskab lettere at forstå

Den Europæiske Fødevaresikkerhedsautoritet, EFSA, udarbejder risikovurderinger, der dækker hele jord-til-bord kæden, og risikovurderingerne bruges til at træffe beslutninger i EU's fødevaresikkerhedssystem.

For at fremme forståelsen for videnskaben bag vurderingerne har EFSA lavet en række videoer. I videoerne forklarer eksperter emner som fx den indvirkning, kemiske stoffer kan have på hinanden, hvordan sundhedsskadelige stoffer kan migrere fra fødevarekontaktmaterialer til selve fødevaren, og den rolle enzymer spiller i fødevareproduktion.

Serien indeholder også en video om risikokommunikation. Videoen forklarer, hvordan EFSA forsøger at højne fødevaresikkerheden i Europa ved både at give forbrugere og interessenter gennemskuelig og rettidig viden om risici i fødevarer og foderstoffer, og råd til, hvordan disse risici håndteres.

Se EFSA's videoer på www.efsa.europa.eu/en/videosmultimedia/videos.htm



FØDEVAREHYGIEJNE

- NØDVENDIGHEDEN AF FAGLIGE KOMP

Af Elin Kirkegaard, Lektor, Professionshøjskolen Metropol, elki@phmetropol.dk

Forståelse af det fødevarerhygiejniske fagområde er ikke blevet mindre betydningsfuld i de senere år, hvor kompleksiteten i fødevarers produktionshistorie er stadig stigende, og hvor både fødevareretrends, holdbarhedstider, metoder og faktisk viden skaber nye rammer for fødevarer sikkerheden. Madprofessionelle skal have kompetencer til at kunne imødegå hygiejniske problemstillinger; uanset jobbet er produktkonsulent, storkøkkenansvarlig eller klinisk diætist.

Madtendenser og produktionshistorie

Minimalt forarbejdet mad som raw food, sushi, rå fisk og skaldyr, råmarineret eller koldrøget fisk og bæsmoothies er trends, der udfordrer fødevarerhygiejnen, da en varmebehandling ikke er inde i billedet som konserverende parameter. Derfor må der i hygiejnestyringen stilles ekstra høje krav til køletemperaturer under lagring, at undgå brud på kølekæde og krydskontaminering samt ikke mindst personlig hygiejne. En risikoanalyse for sådanne produktionstyper kunne blandt andet omfatte forgiftning med *Staphylococcus aureus* eller infektion med

tarmvirus som Norovirus grundet den mulige kombination af både ringe person/produktionshygiejne og ingen varmebehandling.

Nye råvarer som tang, insekter, hvedegræs, quinoa, ramsløg, gojibær og eksotiske spiseklare grøntsager finder mere og mere anvendelse. Centralt er viden om råvarernes "normalflora" og hvilken hygiejne, der er forbundet med råvarernes primærproduktion. Er der potentielt risiko for, at der er anvendt fæcalt forurenet procesvand? Eksempelvis har udenlandske spiseklare sukkerærter og babymajs i danske kantiner udløst fødevarer bårne infektion af *Shigella* dysenteri, verificeret ved samtidig forekomst af *Escherichia coli*; der er indikatorbakterie for netop fæcalt kontamineret råvarer.

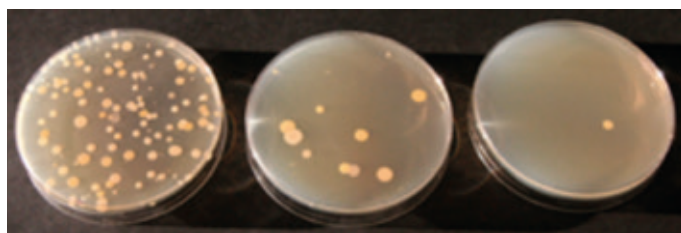
Flere og flere mennesker spiser i stigende grad mindst et dagligt måltid, leveret af større eller mindre produktionskøkkener, som færdige måltidsløsninger, convenience eller ta'selv buffet. Men uanset om madens profil er biodynamisk/økologisk, vegansk/vegetarisk, etnisk/multietnisk, lokal/nordisk, klimavenlig, nøglehulsmærket eller paleo, er potentielle fødevarerhygiejniske problemstillinger altid knyttet til de anvendte råvarer og ingrediensers mikrobielle status, produkti-

onsmetoder og udstyr, køkkenmedarbejders adfærd og renhold. Grundlæggende hygiejnen og kompetencer er derfor essentiel.

Teori og praksis

Uddannelser med mad i centrum er forpligtet til at varetage en undervisning, der giver de studerende basal forståelse af de faktorer, der kan kompromittere fødevarer sikkerheden. Teoriundervisning i fødevarer bårne mikroorganismer, systematik, egenskaber, vækstbetingelser, hurdleteknologi, HACCP og egenkontrol er udmærket; men det er først, når teorien integreres med praksis i køkken og laboratorium, at viden om og forståelse af fagområdet cementeres.

Hvad er forskellen på totalkim og specialkim, og hvilken betydning har kimtalsniveauet? Hvordan tolkes undersøgelser for forekomst af indikatorbakterier? Hvilken betydning har det for fødevarer, at eksempelvis skimmelsvampe både er psykotrofe og syretolerante og samtidig har stor robusthed overfor lav vandaktivitet? Hvor brugbar er informationen af hurtige rengøringsstest i produktionsmiljøet? Disse og en lang række andre problemstillinger med relation til praksis bearbejdes i øvelsesundervisningen.



ETENCER

Positiv udnyttelse contra fordærv contra patogenitet

I fødevarerbranchen er der selvsagt opmærksomhed på både mikroorganismer, der i fødevarer kan forårsage fordærv, og på patogene mikroorganismer, der kan forårsage fødevarebårne sygdom. Hertil kommer bevågenhed overfor de mikroorganismer, der positivt kan udnyttes, dels i bioteknologien til syntese af fx enzymer, dels i fermenterede fødevarer som smagsgivere og konserverende. Det sidste gælder bl.a. for arter af bakterieslægten *Lactobacillus* og arter af gærslægten *Saccharomyces*.

Fødevarers holdbarhed afhænger hovedsagelig af mikrobiel vækst af de såkaldte "fordærvere"; hvorimod disse kun sjældent er årsag til sygdom. Undtagelser eksisterer; fx vil vækst af skimmelsvampe i fødevarer være forbundet med både "mugsmag" og fordærv, men også med en potentiel dannelse af mycotoxiner, der ofte har sundhedsskadelige langtidseffekter. Da fødevarevirksomheder selv er ansvarlige for fastsættelse af holdbarhedstider, er viden om fordærvsesorganismers reservoir, fysiologi og vækstbetingelser afgørende. Hvorfor har eksempelvis psykotrofe egenskaber af fødevarefordærvende arter af bl.a. *Micrococcus* og *Pseudomonas* særlig stor betydning for holdbarheden af markedets mange kølelagrede fødevarer?

Ifølge dansk lovgivning må fødevarer ikke være sundhedsskadelige og må derfor ikke forhandles under omstændigheder, der kan udløse fødevarebårne sygdom. Derfor skal køkkenprofessionelle være fortrolige med mulig forekomst af patogene mikroorganismer, der til gengæld har et meget lavt fordærvspotentiale og derfor sjældent erkendes lugt- eller smagsmæssigt. Fødevarebårne sygdomme vil normalt være enten forgiftninger eller infektioner.



Venstre: Skimmelsvampe i for fugtigt lagrede rosiner, havregryn og melprodukter

Midten: Totalkimtal pr gram fødevarer (CFU) ved forskellige pasteuriseringsniveauer

Højre: Aftryk af viskestykker efter brug i forskellige tidsrum

World Health Day 2015

På World Health Day 2015 den 7. april satte Verdenssundhedsorganisationen, WHO, fokus på fødevarer sikkerhed fra jord til bord og opfordrede til handling fra producenter, politikere og forbrugere. DTU Fødevareinstituttet har bidraget til at udvikle fem forskningsbaserede nøgler til sikre fødevarer, som WHO præsenterer i en ny video. Hvad er der i din mad? Hvor kommer ingredienserne fra? Er råvarerne håndteret rigtigt og sikkert i alle led fra jord til bord? WHO efterlyste på World Health Day 2015 handling på disse områder og opfordrede producenter, politikere og forbrugere til at fremme fødevarer sikkerheden.

Forebyggelse af fødevarebårne sygdomme

Der er mere end 200 fødevarebårne sygdomme, som fører til alt fra diarré til kræft. Fødevare- og vandbårne diarré sygdomme er skyld i to millioner dødsfald hvert år, vurderer WHO.

For at mindske sygdomsbyrden af fødevarebårne sygdomme har WHO, baseret på videnskabelig dokumentation, udviklet fem nøgler til sikre fødevarer, der forklarer en række grundlæggende principper, alle bør kende og bruge for at forebygge fødevarebårne sygdomme. Seniorrådgiver Jens Kirk Andersen fra DTU Fødevareinstituttet har blandt andre bidraget til at udvikle disse fem anbefalinger:

- 1 Hold rent – vask fx hænder og hold overflader og madlavningsudstyr rent
- 2 Adskil rå og tilberedte fødevarer – brug fx ikke samme kniv og skærebræt til rå og tilberedte fødevarer
- 3 Varm maden tilstrækkeligt – steg og kog især kød, æg og fisk grundigt
- 4 Opbevar mad ved sikre temperaturer – nedkøl fx tilberedte fødevarer så hurtigt som muligt.
- 5 Brug sikre råvarer og rent vand – brug fx ikke fødevarer efter sidste anvendelsesdato

Læs mere

Find mere information om World Health Day 2015 på <http://who.int/campaigns/world-health-day/2015/event/en/> og følgende materialer på WHO's website: Faktaark om fødevarer sikkerhed på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/> Plakat og video om "five keys to safer food" på http://www.who.int/foodsafety/areas_work/food-hygiene/5keys/en/

Almindelige fødevarer kan forgiftninger kan fx skyldes *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* og *Clostridium perfringens*, der producerer toxiner (giftstoffer). Kimtalsniveauet er afgørende for forgiftningens omfang; i reglen er fødevaren temperaturbelastet (for høj temperatur for længe), og derfor er der sket en væsentlig opformering af den pågældende bakterie, sådan at toxinmængden bliver tilstrækkelig stor til at udløse sygdom.

Fødevarerinfektioner er derimod karakteristiske ved lav forekomst af den pågældende infektionsorganisme; hvorfor hygiejnestyringen kan være betydelig mere udfordrende. Bevidsthed om netop dette forhold er vigtig; da lav infektionsdosis af den invasive organisme kan være koblet med høj værtsfølsomhed hos særlig sårbare grupper. Dette ses fx hos *Listeria monocytogenes*, hvor risikoen for sygdom og worst case død er stor hos personer med svækket immunforsvar som alkoholikere, diabetespatienter og kræftpatienter samt hos ældre, gravide, fostre og nyfødte børn. Der kan gå fra 2 dage til 2 måneder, inden listeriosen bryder ud; selv så lave kimtal som 1.000-10.000 pr. gram fødevarer kan give sygdom. *Listeria* er desuden psykotrof, hvorfor den kan forekomme i kølevarer med endog lang holdbarhed. Andre almindeligt kendte eksempler på infektionsbakterier i fødevarer (særligt kød og fjerkræ) er *Campylobacter jejuni* og *Salmonella enteritidis*. Også fødevarerinfektioner med Norovirus er hyppige. Årsagen er mange gange overførsel via aerosoler (host, nys) fra personer; fx buffetgæster eller køkkenpersonale, der enten selv er syge eller har syge familiemedlemmer. Det er vigtigt at huske på, at mikroorganismer, der forårsager fødevarerinfektioner, generelt er termolabile, hvorfor de let dræbes ved varm tilberedning af maden (72-74 °C).

Supersygehuse uden køkkener

Til stor forundring for de fleste, der arbejder med mad og diæter, bliver nogle af de kom-

mende supersygehuse i landet bygget uden egne produktionskøkkener. Det kommer fx til at betyde, at uendelig mange patienters varme mad vil blive produceret et andet sted, og derefter nedkølet, pakket, transporteret og genopvarmet i modtagekøkkener. Princippet er velkendt, men omfang og portionsantal bliver meget, meget større. Udover ernæringsmæssige og kulinariske udfordringer, vil også potentielle mikrobielle problemer kræve faglig fokusering.

Eksempelvis vil forekomst af patogener, endosporedannende bakterier som fakultativt anaerobe *Bacillus cereus*, anaerobe *Clostridium perfringens* og obligat anaerobe *Clostridium botulinum* være en potentiel sundhedsrisiko. Anaerobe vækstbetingelser vil blandt andet forekomme ved Sous Vide tilberedning. Endosporer, der fungerer som en overlevelsesmekanisme for bakterierne, er varmestabile og dræbes derfor ikke ved varm tilberedning. Derimod kan endosporer aktiveres ved for langsom afkøling, ved brud på kølekæde eller ved u hensigtsmæssig varmeholdning - for derefter at udspire til nye vegetative celler med risiko for toksindannelse. Og disse nydannede toksiner vil normalt ikke blive inaktiveret ved den efterfølgende genopvarmning af maden i et modtagekøkken.

Biofilm - en tikkende risikobombe

I specielt institutionskøkkener er det vigtigt at have kendskab til risici ved opståen af mikrobielle biofilm. Opbygningen af en biofilm sker gradvis; men ikke synligt for det blotte øje. Mange bakterier er i stand til at udskille specielle polysaccharider, hvormed de kan adhærere (hæfte sig fast) til overfladen af køkkenudstyr og inventar. Over tid bliver adhæsionen stærkere, og der dannes efterhånden ultratynde lag af mikrokolonier; typisk på steder, hvor næringsstoffer er til stede, og hvor rengøring ikke er tilstrækkelig. Fra biofilmen vil nydannede bakterier successivt udskilles til det omgivne miljø.

Mange bakterier er i stand til at danne biofilm; herunder fødevarerinfektionsslagter som *Listeria*, *Pseudomonas* og *Staphylococcus*. Hvis patogener er en del af det mikrobielle miljø i biofilmen, vil fødevarerinfektionssikkerheden kompromitteres. Bakterier i biofilm vil desuden udvise øget resistens over for mekanisk og kemisk påvirkning og bliver således vanskeligere at fjerne ved traditionel brug af rengørings- og desinfektionsmidler. Endelig kan forskellige bakterier, der sidder gemt i biofilm, udveksle egenskaber via såkaldte plasmider (små DNA strukturer/gener), hvorved eksempelvis antibiotikaresistens potentielt kan spredes til mange flere. Indkøb af nyt køkkenudstyr i hygiejnisk design og renhold i produktionsmiljøerne kan forebygge dannelse af biofilm.

Demografi og hygiejneansvar

Demografiske aspekter får uden tvivl betydning for fødevarerinfektionssikkerheden fremover. På den ene side er der blandt foodservice branchens personale mange ansatte uden den kompetencegivende uddannelse, og mange af disse har desuden sproglige udfordringer grundet anden etnisk baggrund end dansk. På den anden side produceres der mad til et markant stigende antal ældre. Mange af disse har nedsat immunforsvar pga. af alder, sygdom, medicinering mm. Forekomst af patogener mikroorganismer i maden vil derfor resultere i mere langvarige sygdomsforløb - og worst case død.

Det er lederne af foodservice virksomheder, der har ansvaret for at gennemføre foranstaltninger, som kan sikre fødevarerinfektionssikkerheden. Dette skal blandt andet ske ved udarbejdelse af egenkontrolprogrammer under brug af risikoanalyser og styring af kritiske punkter. Men opdatering og vedligeholdelse af faglig viden hos de øvrige medarbejdere er også nødvendigt - ikke mindst set i lyset af, at lovkraften om uddannelse i fødevarerhygiejne nu er bortfaldet.

Nordisk madtrend får os til at spise giftige planter og svampe

Inspiration fra Noma og TV-programmer får mange danskere til at spise sig til en forgiftning, når de bringer planter hjem til køkkenet fra en skovtur. Sådan skrev Metroxpress i april 2015.

Så mange blev syge af at spise planter:

Giftlinjen på Bispebjerg Hospital fik sidste år 2.511 henvendelser fra danskere, der var blevet syge, dårlige eller forgiftet af at spise planter eller svampe, plukket i den danske natur.

1.887 af henvendelserne var vedrørende planter, og 624 af henvendelserne var vedrørende svampe. (Kilde:DTU).

Giftige danske planter:

Grøn fluesvamp, liljekonval, galnebær, taks, gifttyde, skarntyde, hvid fluesvamp, høsttidløs, bingeurt.

Turister kommer hjem med livsfarlige bakterier

Mange turister og rejsende besøger steder med dårlig hygiejne, men det kan få alvorlige konsekvenser. Ikke nok med, at de kan få diarré, som ødelægger ferien, men de kan også risikere at komme hjem med antibiotika-resistente tarmbakterier.

En ny finsk undersøgelse, som inkluderer rejsende i hele verden viser, at turister og andre rejsende er i stor risiko for at bringe resistente tarmbakterier med hjem til Norden. Risikoen er størst, hvis man rejser i Asien og samtidig bliver smittet med turistdiarré, der er en af de mest udbredte sygdomme blandt rejsende.

Undersøgelsen viser, at ud af 430 rejsende fik 67% turistdiarré og af dem havde 21% udviklet antibiotika resistente tarmbakterier (ESBL-PE) ved hjemkomsten. Risikoen for at få de resistente bakterier øges med alderen, og hvis man samtidig rejser til lande med dårlig hygiejne. I Asien og mange andre lande er det desuden almindeligt at behandle turistdiarré med antibiotika, og det øger yderligere risikoen markant for at få resistente bakterier med hjem.

Personer, som bliver inficeret med de farlige bakterier, bliver ikke nødvendigvis syge med det samme, men ved senere antibiotikakrævende behandling risikerer de at få nedsat eller ingen effekt af antibiotika, og det kan i værste fald være livstruende.

Det er derfor vigtigt at forebygge turistdiarré ved at følge de almene rejseråd og eventuelt få en Dukoral® drikke vaccine, inden man rejser. Vaccinen beskytter mod diarré forårsaget af kolerabakterien; en bakterie, som ofte rammer turister i mildere grad, men dog kraftigt nok til at ødelægge ferien.

Kilde:

Antimicrobials Increase Travelers' Risk of Colonization by Extended-Spectrum Betalactamase-Producing Enterobacteriaceae. Anu Kantele et al. Clinical Infectious Diseases Advance Access published January 21, 2015. <http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2015/01/07/cid.ciu957.long>
WHO. <http://www.who.int/topics/cholera/about/en>. Cholera Fact Sheet.

Yderligere oplysninger: Overlæge Eskild Petersen, Skejby Sygehus.
Mobil: 2073 3223. E-mail: eskildp@dadlnet.dk

WHO advarer mod resistente bakterier

På den netop afsluttede WHO konference i Geneve 2015 var truslen fra infektioner en vigtig del af dagsordenen. Ifølge WHO er antibiotikaresistens blevet en af verdens alvorligste trusler mod menneskers sundhed. "Multiresistente bakterier er en stor trussel mod hele verdens folkesundhed, så det er vigtigt at tage advarslen alvorligt. Verden er blevet mindre, og vi rejser oftere samtidig med, at vi søger til fjernere og mere eksotiske destinationer. Derfor bør man som rejsende altid sikre, at man har fået de nødvendige vacciner hjemmefra – ikke kun for ens egen skyld, men faktisk også for andres skyld, så vi ikke risikere at få en spredning af antibiotika resistente bakterier i Danmark", siger overlæge Eskild Petersen.



NCP

Ernæringsterapi - de 4 trin

Af Sofie Wendelboe, klinisk diætist og NCP-nørd, ncp@sofiwendelboe.dk

Trin 1: Ernæringsvurdering

Ernæringsrelateret anamnese (FH)

Kostanamnese: 1 skive franskbrød med smør og ost til morgen. 2 x ½ skive rugbrød med div. pålæg til frokost (spises ikke altid, bliver svimmel og kan ikke overskue at stå op og hente mad i køkkenet). Tidligere selv tilberedt varm mad med kød, kartofler, sovs, grønt, nu spises evt. et stykke franskbrød med ost, 1-2 x pr. uge spises hos datter, her går det bedre med at få spist og får ofte rester med hjem til næste dag. Datter handler for pt. Mellem måltiderne spises evt. kiks, småkage. Drikker 1 kop kaffe og 2 glas vand dgl. (FH-1.1, FH-1.2.1, FH-1.2.2). Spiser mere i selskab med andre (FH-2.1.3). Har nedsat funktionsniveau pga. svimmelhed (FH-7.2.1)

Antropometri (AD)

(Højde, vægt, vægtudvikling, vækst)

Højde 168 cm (AD-1.1.1). Habituel vægt: 65 kg. Vægt 62 kg (AD-1.1.2). Vægttab 3 kg-5%/ 3 uger (AD-1.1.4). BMI 22 (AD-1.1.5).

Biokemiske data, medicinske tests (BD)

I.a., væsketal er normaliseret (BD-1.2)

Ernæringsrelaterede fysiske fund (PD)

Svimmel (PD-1.1.7)

Føler ikke tørst, føler sjældent sult, men spiser hvis maden er der (PD-1.1.5).

Reduceret muskelmasse (PD-1.1.4)

Klientanamnese (CH) (Personlige forhold, medicinsk og social anamnese)

Kvinde, 76 år. (CH-1.1)

Bor alene, enke. 2 børn med god kontakt. Den ene bor i nærheden, den anden ca. 100 km væk (CH-3.1)

Relevante retningslinjer (f.eks. rammeplan, ESPEN guidelines, nationale kliniske retningslinjer): FaKD rammeplan ernæringsterapi

Trin 2: Ernæringsdiagnosen

Problem:	Insufficient energiindtagelse (NI-1.2)	Relateret til
Årsag:	Nedsat funktionsniveau i forhold til tilberedning af mad	Dokumenteret ved
Tegn/symptom:	Vægttab på 5% over 3 uger (AD-1.1.4), og klientens egne oplysninger om at hun kun spiser meget få måltider dagligt (FH-1.2.2.3) fordi hun bliver svimmel, når hun står og derfor ikke selv kan tilberede sin mad som vanligt (FH-7.2.1)	
Problem:	Utilstgnet vægttab (NC-3.2)	Relateret til
Årsag:	Nedsat funktionsniveau ifht til tilberedning af mad	Dokumenteret ved
Tegn/symptom:	Vægttab på 5% over 3 uger (AD-1.1.4)	
Problem:	Insufficient væskeindtagelse (NI-3.1)	Relateret til
Årsag:	Føler ikke tørst og får derfor ikke drukket nok	Dokumenteret ved
Tegn/symptom:	Kostanamnese viser væskeindtagelse på ca. 500 ml dgl. (FH-1.2.1)	

NCP er ikke kun en ernæringsdiagnose, det er 4 trin med hver sin terminologi, som tilsammen giver en model til ernæringsterapi (og til alle andre former for diætbehandling og ernæringsvejledning.)

Her er et eksempel på et udfyldt arbejdsblad. Koderne fra terminologilisterne er skrevet i parentes, det er en kode bestående af bogstaver og tal. Som det kan ses her, bruges koderne fra trin 1 til at dokumentere, at ernæringsdiagnosen eksisterer i trin 2 og til at monitorere ernæringsdiagnosens udvikling i trin 4.

Henvisningsårsag: Henvist fra afdeling pga. vægttab inden indlæggelse, blev indlagt pga. dehydrering i forbindelse med influenza og feber

Trin 3: Ernæringsintervention	
Prioritering mellem ernæringsdiagnoser	Fokus på at opnå sufficient energi- og væskeindtagelse, hvilket vil stoppe yderligere vægttab
Målsætning	Sufficient energi og væskeindtagelse ved hjælp til tilberedning af mad, flere måltider dgl. og indtagelse af væske
Aftaler	Ut. tager kontakt til kommunen + madservice. Pt. følger dagskostforslag med flere måltider og fokus på øget væskeindtagelse
Justering	Ved næste samtale
Opfølgning	Pr. telefon om 2 uger
Ernæringsordination (ND)	Energimodificeret diæt (ND-1.2.2) på 8000 kJ Skema over måltiderne (ND-1.3) dagskostforslag med fordeling af 6-8 måltider dgl. samt 1500 ml væske Måltidets udarbejdelse (ND-5.7): levering af mad fra madservice
Ernærings-undervisning (E)	Indhold i undervisning (viden)(E-1): Formål med sufficient energi- og væskeindtagelse og betydning for sundhed og sygdom (E-1.1+1.4), diætprincipper ved ernæringsterapi (E-1.6), muligheder for at øge energiindtagelse ved flere måltider dgl., levering af mad udefra, evt. supplere med ernæringsdrikke Anvendelse af undervisning (færdigheder)(E-2): Ikke relevant
Ernæringsvejledning (C)	Teoretisk tilgang (C-1): Health-Belief-Model (C-1.2) - pt. vil undgå ny indlæggelse efter undervisning i hvordan Strategi (C-2): Problemløsning (C-2.4) – hjælp til at løse problem med ikke selv at kunne tilberede maden
Koordinering (RC)	Henvisning, andet (RC-1.6): Kontakt til kommunen mhp. at pt. bliver visiteret til hjælp til mad og levering af måltider. Kontakt til madservice mhp. at igangsætte madordning

Trin 4: Ernæringsmonitorering og – evaluering	
Indikatorer (tegn/ symptomer i redegørelse for ernæringsdiagnosen)	Succeskriterier (individuelt mål for klienten)
1. Vægt (AD-1.1.2)	1. Vægtstabilitet. På sigt vægtøgning til habituel vægt på 65 kg.
2. Måltidsmønster (FH-1.2.2.3)	2. 6-8 måltider dgl.
3. Tilberedning af mad (FH-7.2.1)	3. Mad leveres udefra og/ eller tilberedes af hjemmepleje
4. Væskeindtagelse (FH-1.2.1)	4. Indtager 1500 ml væske dgl.

**Sygdom kan svække appetitten,
Fresubin kan styrke indtaget.**



Fresubin 2 kcal drink er fødevarer til særlige medicinske formål



Effekt af individuel ernæringsterapi til patienter samt tværsektoriel kommunikation om anbefalet ernæringsbehandling

Af Mette Husted, klinisk diætist, cand.scient.san

Baggrund og formål: Underernæring indgår i det geriatriske syndrom, og risikoen for at udvikle underernæring øges både af sygdomsprocessen i sig selv, af sygdomsrelateret sengeleje og fysisk inaktivitet. Såvel sygdom, sengeleje som inaktivitet bidrager til en katabol tilstand med tab af muskelmasse til følge (1). Prævalensen af underernærede patienter, eller i risiko for at blive underernærede, i geriatriske rehabiliteringsafdelinger og hospitaler er over 90 % (2). I Danmark viser tal fra Den Landsdækkende Kvalitetsdatabase for Geriatri, at 42,5 % af de geriatriske patienter havde tabt sig under indlæggelsen (3). Mange geriatriske patienter er derfor stadig underernærede ved udskrivelse, hvilket øger risikoen for komplikationer, højere dødelighed, forlængelse af hospitalsophold, længere rekonvalescens efter sygdomsperioden, øget behov for træning, flere depressive symptomer samt lavere livskvalitet (4). De fleste geriatriske patienter har derfor brug for ernæringsbehandling efter udskrivelse fra hospitalet for at undgå yderligere vægttab med underernæring og tab af funktioner.

Formålet med studiet var at undersøge, om individuel ernæringsterapi til den færdigbehandlede geriatriske patient samt elektronisk tværsektoriel information om anbefalet ernæringsbehandling til den kommunale hjemmepleje og praktiserende læge kunne skabe den nødvendige fokus på ernæringen efter udskrivelse, således at det kunne sikre patienten en bedre mobilitet, funktionsevne, selv vurderet helbred og give færre genindlæggelser.

Metode: Et klynge randomiseret klinisk kontrolleret interventionsstudie med cross-over i klyngerne og tre måneders opfølgning. Interventionsgruppen fik ved udskrivelse ernæringsterapi ved klinisk diætist samt udleveret en skriftlig ernæringsplan, og den elektroniske tværsektorielle kommunikation blev gennemført via Medcom-standarder (5) sendt til kommunal hjemmepleje samt praktiserende læge. Kontrolgruppen modtog den under indlæggelse sædvanlige verbale information om ernæring. Primær outcome: Mobilitet målt ved en DEMMI-score. Sekundære outcomes: Almindelig daglig levevis (ADL) målt ved en Barthel-100 score, selv vurderet helbredstilstand målt ved EQ-5D, ernæringsstatus (vægt, BMI) samt genindlæggelse. Wilcoxon Rank Sum Test og CH12-test blev brugt. Alpha-level 0.05.

Resultater: I alt inkluderes 46 patienter, 26 i interventionsgruppen (alder $85,1 \pm 7,2$, 73% kvinder), og 20 i kontrolgruppen (alder $84,4 \pm 6,6$, 50% kvinder). Tre måneder efter udskrivelse var ADL (BARTHEL-100) signifikant forbedret i interventionsgruppen ($p=0,004$). Lignende resultat, dog ikke-signifikant, forbedrede flere patienter mobiliteten (DEMMI) ($p=0,063$) og selv vurderet helbred (EQ-5D) index-score ($p=0,061$) og VAS score ($p=0,059$) i interventionsgruppen. Der var ingen forskel i grupperne vedrørende ernæringstilstand og genindlæggelse.

Konklusion: Individuel ernæringsterapi til den geriatriske patient samt elektronisk tværsektoriel kommunikation om anbefalet ernæringsbehandling har en positiv effekt på fysisk funktionsevne efter udskrivelse fra geriatrisk sengeafdeling.

Specialevejleder: Karen Andersen-Ranberg, lektor, overlæge, Geriatrisk afdeling, Odense Universitetshospital, Syddansk Universitet.

Referencer:

1. Ernæring og aldring: En rapport fra Ernæringsrådet. Kbh.: Ernæringsrådet; 2003.
2. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(9):1734-8.
3. Den Landsdækkende Kvalitetsdatabase for Geriatri. Årsrapport 2012.
4. Cederholm T, Jagren C, Hellstrom K. Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *Am J Med.* 1995;98(1):67-74.
5. Guide for hjemmepleje-sygehus standarder. 2013. Available from: <http://www.medcom.dk>.



Min diætistdag

Hjerterehabilitering, lipidpatienter og SIG kardiologi

Af Birgitte Møllegaard Bertelsen. Klinisk diætist på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg.

Mit speciale er primært kardiologi, og det har det været siden 2007, hvor jeg blev ansat i en 30 timers stilling. På Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg og Grindsted) er alle diætister ansat under medicinsk afdeling, og vi har en ledende klinisk diætist.

Min stilling er fordelt således, at jeg ca. halvdelen af tiden arbejder med hjerterehabilitering, og resten af tiden er fordelt med øvrige lipidpatienter henvist fra både lipidklinik og hjertesvigtklinik, samt patienter med lipidproblematikker fra apopleksi ambulatoriet.

Derudover har jeg siden 2007 været en del af SIG kardiologi gruppen for kliniske diætister i DK og har siden 2012 været formand for gruppen. Formandsposten er dog i april 2015 givet videre til Lonneke Hjermitzlev fra Aalborg Universitetshospital. At være en del af denne gruppe med så mange dygtige diætister, der virkelig brænder for det kardiologiske speciale, er meget lærerigt og spændende. Jeg går altid fra vores møder med ny inspiration til min egen hverdag på Esbjerg Sygehus.

6.30 Eftersom jeg bor i Kolding, er jeg altid tidligt hjemmefra. Toget kører kl. 6.30, og så møder jeg i Esbjerg kl. 7.45.

Det er onsdag i dag, og her er jeg altid fast i hjerterehabiliteringsambulatoriet, hvor vi er et team bestående af sygeplejerske, læge og diætist. Vi har hver sit kontor tæt på hinanden.

Vores hjerterehabiliteringstilbud fungerer således, at patienterne bliver indkaldt samme dag til både sygeplejerske, diætist og læge.

Ved hver fagperson er der afsat en halv time. Her gennemgås patientens risikofaktorer, behandlingsmål, medicinsk behandling osv. Se evt. yderligere info omkring hjerterehabilitering på bl.a. www.nbv.cardio.dk.

Vi har i Esbjerg valgt at kalde denne samtale for 1. visitationssamtale, og samtalen ligger ca. 14 dage efter PCI eller CABG.

Jeg når altid lige at konferere med sygeplejersken om dagens program, inden hun tager den første patient ind kl. 8.00.

I dag har vi et program med 10 patienter, hvoraf de fleste har fået lavet PCI, og et par enkelte har fået lavet CABG. Vi når ikke at gennemgå alle patienter fra morgenstunden, men når sygeplejersken er færdig med patienterne, overleverer hun kort relevante oplysninger til mig, om hvordan patienten har det fysisk og psykisk, ting jeg skal være opmærksom på i forhold til risikoprofil osv. (Sygeplejersken har vejlet/målt patienten, taget blodtryk, fundet relevante blodprøver osv.)

Sammen med indkaldelsen modtager patienten hjertekostskemaet, som de bedes udfylde, inden de kommer.

8.30 Min første patient er en herre på 64 år, og han har sin hustru med. Sygeplejersken viser dem ind til mig, efter hun er færdig. Han har fået lavet en primær PCI for 16 dage siden. Han har det godt både fysisk og psykisk og er overrasket over, hvor hurtigt det hele er gået. Han fortæller, at han har snakket med sygeplejersken om, at der godt kan komme en psykisk reaktion på et senere tidspunkt. I forhold til risikoprofil kan jeg se, at han har et BMI på 28, fin lipidprofil, normalt HbA1c og fint blodtryk.

De medbringer et udfyldt hjertekostskema med en fedtscore på 48 % og en Fisk-FrugtogGrøntscore på 38 %.

Pt. og hustru giver udtryk for, at de godt er klar over at deres nuværende kostsammensætning ikke er optimal, men at de er meget motiverede for at ændre det. Ligeledes ønsker patienten også vægttab.

Vi gennemgår det udfyldte skema sammen og finder frem til de primære interventionsområder, der er relevante for denne patient. Herunder bl.a. at ændre valg af fedtstof på brød, ændre tilberedningsmetoder, vælge kød/pålæg med mindre fedt og øge indtag af fisk og grøntsager.

Det er de ting, vi når at gennemgå denne gang, og pt. giver udtryk for, at han er glad for vejledningen, og at han ønsker opbakning til omlægning af kosten, samt vægtreduktion. Han tilbydes derfor en opf. samtale om ca. 1 mdr.

Efter jeg har afsluttet samtalen med patienten, sender jeg ham videre ind til lægen, og meget kort fortæller jeg lægen, hvilken diætetisk plan vi har aftalt.

Efter hver eneste patient registrerer/dokumenter jeg alt, hvad vi har snakket om samt aftalt, i patientens journal.

9.00 Herefter har jeg en patient mere, inden jeg når en kort kop kaffe med sygeplejersken og lægen. Vi når ikke altid at snakke så meget sammen, da vi hele tiden har patienter inde forskudt af hinanden. Men vi har altid mulighed for at gå ind til hinanden og konferere omkring problemstillinger, da vi sidder tæt på hinanden, og det fungerer rigtig godt.

10.00 -12.30 Her ser jeg fem patienter, og de er alle meget forskellige. Her kommer en, som har fået lavet PCI, han er overvægtig, ryger, fysisk inaktiv osv. Han har ikke udfyldt hjertekostskema og synes generelt, at diætister er irriterende. Jeg skal i hvert fald ikke bestemme, hvad han skal spise og ikke spise. Så her er det virkelig en samtale under hensyntagen til patientens barrierer og motivation. Men jeg synes, vi får en god samtale, og han går herfra med en lyst til at ændre på nogle enkelte ting. Vi aftaler, at jeg ser ham i forbindelse med 2. besøg i hjerterehabiliteringen om ca. 3 mdr.

Andre patienter efterlever i forvejen anbefalingerne for hjertesund kost og afsluttes i diætetisk regi. En anden patient har fået lavet CABG og har haft nedsat appetit i en kort periode. Har dog kun haft et utilsigtet vægttab på 2 kg, og appetitten er normal igen. Hustruen fortæller, at de normalt lever hjertesundt, men at hun de sidste 14 dage har tilberedt mere energitæt kost. De vil dog vende tilbage til normal hjertesund kost igen. Så en formiddag med mange forskellige diætetiske problemstillinger.

12.30 En velfortjent frokostpause. Spiser hurtigt, da der alligevel ikke er selskab, for sygeplejersken har taget den næste patient ind, som jeg skal se kl. 13.00. Pausen bliver også brugt til at kigge mails igennem, og der er kommet en del mails fra SIG-gruppen, da vi er i gang med at revidere "Mad for dit hjertes skyld". Denne opgave deler jeg sammen med fire andre fra SIG-gruppen. Jeg når lige at svare tilbage på to mails inden den næste patient.

13.00 Denne patient er en dame på 79 år, og hun har fået lavet CABG. Hun synes, det har været en slem omgang. Har nedsat appetit og har utilsigtet tabt 6 kg den sidste måned. Hun bor alene og har siden operationen ikke magtet at lave mad. Hendes døtre har på skift lavet lidt varm mad til hende. Her bruger jeg ikke hjertekostskemaet og optager i stedet en kostanamnese. Hun spiser generelt meget små hovedmåltider og ingen mellemmåltider, og drikkevarer er primært vand og kaffe. Hun overvejer at begynde at få den varme mad fra et nærliggende plejehjem. Her vejleder jeg omkring kost til småtspisende, og vi finder frem til nogle konkrete forslag, hun kan ændre på. Derudover bakkes hun op omkring overvejelsen vedr. kommunalt madtilbud. Vi aftaler, jeg ringer til patienten om 14 dage for at høre, hvordan det går.

13.30-16.00 Her ser jeg de sidste to patienter. Derudover får jeg registreret det, jeg mangler fra dagen, og jeg når også altid lige at snakke med sygeplejersken og lægen om dagens patienter og udfordringer. Jeg når også lige et par mails. Det har været en god dag, og jeg er klar til at tage toget hjem til Kolding. Får som regel en lille blunder på vej hjem, så jeg er frisk, når jeg kommer hjem til familien.

Dagen i morgen er en dag i diætambulatoriet, hvor jeg fysisk sidder samme sted som mine diætistkollegaer. Her er det skønt at have nogle dygtige kollegaer, man altid kan snakke med omkring de forskellige diætetiske problemstillinger, der er i løbet af en dag.

Fremtiden

Måden, vi i Esbjerg har tilrettelagt tilbuddet omkring diætetisk behandling af hjerterehabiliteringspatienter, synes jeg fungerer rigtig godt, og vi får også gode tilbagemeldinger fra vores patienter.

Samtidigt er det fantastisk at arbejde i et team med dygtige kardiologiske fagpersoner, som også respekterer den diætetiske del af behandlingen for iskæmiske hjertepatienter. Det er meget motiverende, og efter mange år synes jeg stadig, det er en spændende stilling, hvor der også er plads til udvikling. Jeg ved, at der sker meget rundt i landet i forhold til hjerterehabilitering, men jeg håber og tror på, at vores tilbud er så velfungerende, at vi får lov til at fortsætte.

Jeg har i efteråret deltaget i en regional arbejdsgruppe med det formål at udarbejde en retningslinje for hjerterehabilitering i Region Syddanmark, som skal sikre, at patienterne tilbydes et systematiseret og ensrettet forløb, uanset om de bor i Esbjerg, Sønderborg eller Odense,

Det næste, jeg forventer der skal implementeres i mit arbejde, er den danske hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). Det arbejde glæder jeg mig til - dog kommer der lige en barsel indover. Men jeg ved, jeg får en dygtig vikar, der kan starte det op.

I forhold til SIG-gruppen, håber jeg, at vi fortsætter det gode arbejde, og næste opgave er revidering af de kliniske retningslinjer.

Vagtskifte på Borgen

Her får I FaKD's henvendelse til daværende Sundhedsminister
Den nye Sundhedsminister, Sofie Løhde, vil også

 **Kliniske Diætister**
For alle ernæringsprofessionelle

Skt. Annæ Plads 6
1250 København K
Telefon: +45 33 32 00 39
Fax: +45 33 15 50 60
Mail: post@diaetist.dk
Web: www.diaetist.dk

København, den 6. maj 2015

Minister for Sundhed og Forebyggelse, Nick Hækkerup
Holbergsgade 6
1057 København K

Vedr. Tilskud til klinisk diætist efter sundhedslovens § 71

Vi fremsender kopi af vores høringssvar af 4. maj 2015 til Region Midtjylland, der har bebudet et omfattende sparetiltag, der særlig hårdt vil ramme ernæringsområdet. Der lægges op til en reduktion af omkring en tredjedel af Region Midtjyllands stillinger som kliniske diætister.

Kliniske diætister er en fast del af det sundhedsfaglige personale på regionshospitaler, i regionernes psykiatri, i kommunernes sundhedscentre og flere steder i regionale ordninger med tilknytning af kliniske diætister i almen praksis. Kliniske diætister blev i 1996 ved lov særskilt reguleret og omfattet af en ordning med autorisation fra Sundhedsstyrelsen og beskyttelse af titlen "klinisk diætist". I dag er kliniske diætister reguleret i autorisationsloven på lige fod med læger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter m.v.

Kliniske diætister er ikke blandt de sundhedsfaglige grupper, der er reguleret eksplicit i sundhedslovens §§ 65-70a. Ministeren kan dog efter sundhedslovens § 71 vedtage regler om tilskud til anden behandling end nævnt i de pågældende bestemmelser.

Kliniske diætister arbejder ofte stærkt specialiseret med diætbehandling af ernæringsrelaterede sygdomme, sådan som virksomhedsområdet siden 1996 har været defineret i Bekendtgørelse nr. 880 af 30. september 1996 om virksomhed som klinisk diætist (§ 1). Kliniske diætister bidrager dermed mærkbart og væsentligt til både behandlingen af patienter og forebyggelse af sygdomme og til sundhedsfremme.

Vi har med bekymring været vidner til en lang række sparerunder i regionerne siden 2008, hvor kliniske diætister er opsagt. Kun til dels har disse besparelser modsvaret tiltag i kommunernes sundhedscentre.

hedsminister Nick Hækkerup. modtage henvendelsen fra FaKD.



Skt. Annæ Plads 6
1250 København K
Telefon: +45 33 32 00 39
Fax: +45 33 15 50 60
Mail: post@diaetist.dk
Web: www.diaetist.dk

Region Midtjylland gennemførte i september 2008 en omfattende sparerunde. Den gang ramte besparelserne i høj grad patienter med Type 2 diabetes. I 2009 afskaffede Region Hovedstaden og Region Syddanmark ordningen med kliniske diætister i almen praksis. Region Midtjylland gennemførte i 2011 besparelser i sin ordning med praksisdiætister. En del kliniske diætister kunne frem til 2011 virke som ansatte hos praktiserende læger finansieret af forebyggelsessamtalerne (kode 0105 og 0106) efter PLOs aftale med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Dette ophørte med den nye aftale i 2011. Diabetesskolen i Hillerød (Region Hovedstaden) lukkede i 2008, hvilket overflødiggjorde 2 kliniske diætister. Der blev gennemført besparelser på Hillerød Hospital (Region Hovedstaden) i 2011. Drypvis har vi set opsigelser på grund af besparelser og stillingsnedlæggelser på Ålborg Sygehus, Århus Universitetshospital, og en stilling som praksisdiætist i Region Sjælland (under Køge Sygehus) er os bekendt ikke blevet genopslået efter vakance i 2009.

Kliniske diætister er den eneste autoriserede faggruppe, der har uddannelse inden for diætbehandling af ernæringsrelaterede sygdomme.

Faggruppen bidrager både langsigtet og kortsigtet til samfundsøkonomiske besparelser som følge af en forbedret sundhedsstandard og livsstil. Genindlæggelsesrisikoen minimeres ved brug af kliniske diætister og ernæringstilstanden på hospitalerne optimeres. De kliniske diætister bidrager også til indtjening for ambulatorier, og har en vigtig rolle i f. t. uddannelse af sundhedsfagligt personale på hospitalerne og varetager praktikanter. Besparelserne inden for f.eks. behandling af type 2 diabetes, hjerterehabilitering og KOL forekommer åbenbare.

Vi har set flere og flere kliniske diætister, der nedsætter sig som privatpraktiserende. De virker dog på sædvanlige vilkår som forretningsdrivende, hvor kunder og patienter betaler for behandlingen. Der er mulighed for tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, forudsat at patienten er medlem af den forsikring. Ofte efterlyser de praktiserende læger muligheden for at kunne henvise patienter til klinisk diætist. Det kan de naturligvis gøre, men muligheden er kun relevant for patienter, der selv er i stand til at afsætte midler til behandlingen. Dette har en klar social skæv effekt, social ulighed, som vore privatpraktiserende medlemmer ofte gør os opmærksom på.

Vi mener, at tiden er moden til, at Ministeren igangsætter et arbejde frem mod at udarbejde regler om tilskud til diætbehandling ved klinisk diætist efter sundhedslovens § 71. Afgrænsningen og finansieringen skal naturligvis undersøges og drøftes.

I den anledning beder vi om, at der snarest aftales tid til et møde, hvor vi nærmere kan redegøre for de åbenlyse behov for dette tiltag, som vi ser.

Med venlig hilsen

Mette Pedersen

Formand

mp@diaetist.dk

tit. 61 71 87 03

Regionernes besparelser åbner et sort hul i sundhedsvæsesnet

Af advokat Henrik Karl Nielsen, hkn@diaetist.dk

Sundhedsloven fra 2007 deler ansvaret for sundhedsvæsesnet mellem regioner og kommuner. 2015 har været året, hvor vi har set de største besparelser nogensinde inden for ernæring i regionerne. Når der ikke samtidig opjusteres i kommunerne, opstår der et uacceptabelt vakuum for de patienter, som rammes. Sundhedsloven har fået et "sort hul".

Store sparerunder i regionerne i 2015

Region Midtjylland offentliggjorde i foråret 2015 et sparekatalog. Sparemålet er DKK 540 mio. i 2016, stigende til DKK 699 mio. i 2019. Alene inden for ernæring foreslås 17 kliniske diætister sparet væk. I Region Syddanmark blev der kort før sommerferien varslet opsigelse af 2 kliniske diætister. Der er igangsat nedskæringer på 2 arbejdspladser i Region Sjælland. I 2014 så vi besparelser og opsigelser på sygehuse i Aarhus og Odense. Bag hver sparerunde ligger økonomiske beregninger. Men hver gang, der spares, sker også en forringelse. Ikke blot mistes arbejdspladser, tilbuddet til forringes også ved hver besparelse.

Sundhedsvæsesnet er baseret på en ansvarsfordeling

Reglerne om sundhedsvæsesnet findes i sundhedsloven. Den lægger ansvaret for sundhedsvæsesnet hos regioner og kommuner og praktiserende sundhedspersoner. De 5 regioner har efter lovens § 74, stk. 1, ansvaret for sygehusvæsesnets opgaver. Kommunerne har efter § 119, stk. 2, ansvaret for forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Det er naturligvis overordnede og luftige regler. Men det er hævet over enhver tvivl, at behandling er regionernes bord. Forebyggelsen hører under kommunerne. Forebyggelse fik et løft med sundhedsloven. Vi har set det som forening, når vi hører fra medlemmer, der har søgt nye stillinger i kommunernes sundhedscentre. Og sundhedsloven har også givet omlægninger, der har kostet jobs – i første omgang. I Region Midtjylland blev i 2008 gennemført en voldsom sparerunde, der berørte 9 medlemmer af FaKD. Dengang var udmeldingen, at Regionen tilpassede sine tilbud og fjernede opgaver, der

nu skulle ligge i kommunerne. Og kommunerne i Region Midtjylland begyndte massivt at løfte disse opgaver i 2009 og 2010, hvor der i stort omfang opstod kommunale sundhedscentre i området.

Når ansvarsfordeling bliver til ansvarsforflygtigelse

Et team fungerer, hvis deltagerne arbejder sammen. Når de hver især løser de opgaver, som de har i teamet. Og når teamet ledes og styres efter faste mål og regler, som hele teamet retter sig efter. Hvis en holdspiller går ene-gang og definerer sit eget ansvar negativt og indskrænkende, forsvinder værdien af et team. Og hvis holdspilleren smider sine opgaver uden accept fra resten af teamet, fjernes tilliden til holdspilleren.

Region Midtjylland er i 2015 blevet den holdspiller, som har fået kedelig opmærksomhed. FaKD benyttede – naturligvis – sparekataloget til at udarbejde et omfattende høringsvar til Region Midtjylland i maj 2015. Vi henvendte os også til hvert enkelt medlem af regionsrådet. Vi henvendte os til kommunerne. Vi kunne straks se, at kommunerne ikke delte regionens forståelse af sundhedsloven. Kommunerne er ikke parat til at kompensere besparelserne i regionen ved ansættelse af flere kliniske diætister. Man har altså ikke fundet fælles fodsalg, inden sparekataloget blev lanceret. Det er entydigt udarbejdet af Region Midtjylland.

Holder Region Midtjyllands argumenter? Har Region Midtjylland vitterligt siden sundhedsloven trådte i kraft den 1. januar 2007 – ved en fejl - haft 17 kliniske diætister ansat, som skulle have været flyttet ud i kommunerne? Arbejder disse kliniske diætister mon med "kostvejledning" – og ikke diætbehandling - som det forudsættes i sparekataloget? Naturligvis ikke. Region Midtjylland svarer faktisk selv på spørgsmålet. I dagsordenen for regionsrådets møde den 24. juni 2015 hedder det:

"Baggrunden for spareplanen er især stigende udgifter til hospitalsmedicin, effektiviseringskrav i forbindelse med nye byggerier, øget udgifter til leasing og stigende udgifter til videreuddannelse af læger."

Sparerunden i Region Midtjylland skyldes altså ikke justeringer efter sundhedsloven.

Sundhedsloven får et sort hul og brugerbetaling ad bagvejen

Alle medlemmer af Regionsrådet ved, at kommunerne ikke deler Region Midtjyllands opfattelse. Medlemmerne ved, at der er patienter, der efterlades uden tilbud, når 17 kliniske diætister spares væk. Vi har kaldt det, at patienterne efterlades i et "sort hul" mellem region og kommune. Et medlem af regionsrådet, der havde set sammenhængen, udtalte på regionsrådets møde den 24. juni 2015, at der med sparekataloget blev indført brugerbetaling ad bagvejen. Sundhedsloven indeholder ikke noget om brugerbetaling. Brugerbetaling er et politisk anliggende for Folketinget – ikke regionsrådet.

Bolden ligger hos Ministeren og Folketinget

Kliniske diætister er endnu ikke blandt de sundhedsfaglige faggrupper, hvor brugerne kan få offentligt tilskud, som man kan hos f.eks. den praktiserende læge. Men det er inden for sundhedsministerens muligheder at bestemme, at kliniske diætister skal være det (sundhedslovens § 71). FaKD har derfor rettet henvendelse til sundhedsministeren. Budskabet herfra er, at tiden nu er inde til at bruge denne mulighed. Vores høringsvar er rundsendt til medlemmerne af Folketingets Sundhedsudvalg. Og vi forventer, at Sundhedsudvalget efter Folketingets sommerferie tager bolden op. Problemet har vi præsenteret for dem. Der er altid penge at spare ved at fyre og skære ned. Men der er også penge at spare ved at arbejde langsigtet med sundhed. Der er penge at spare ved at give patienterne på sygehuse den rette diætbehandling. Og der er penge at spare ved at lade kommunerne løfte arbejdet med forebyggelse. Og det er også i sundhedslovens ånd at vælge det sidste.

Links

Sundhedsloven kan findes på www.retsinfo.dk
FaKDs høringsvar og henvendelser kan findes på www.diaetist.dk
Dagsordenen for Regionsrådet kan findes på www.rm.dk

Velbesøgt temadag i FaKD om "Mad, måltider og ernæring til ældre"

I temadagen den 18. juni deltog næstformand Helle Christensen sammen med 80 andre kliniske diætister og ernæringsprofessionelle.

Temadagen satte fokus på de vigtige aspekter: "mad, måltider og ernæring til ældre" – belyst ved forskellige indlæg med fokus på tværfagligt samarbejde og udfordringer. Der er efterhånden mange, der arbejder med de tre aspekter i kommunerne, og et styrket tværfagligt og tværsektorielt samarbejde vil kunne komme de ældre til gode.

Emnerne på temadagen var: Refeeding, Odensemodellen, som bl.a. indeholder klippekort i forhold til medhjælp til madlavning, "gamles sociale liv", dysfagiværktøjskassen

– et tværfagligt redskab samt ernæringsbehandling og elektronisk tværsektorielt kommunikation. Du kan se foredragsholderne på FaKD's hjemmeside under "viden".

Frivillighedsbegrebet blev igen kastet i ringen som en mulig ressource i kommunerne, og grænserne for, hvornår det tager job fra vores medlemmer, og hvornår det ville være ok blev diskuteret. En diskussion, som er politisk oppe i tiden, og som vi, som forening skal øve os i at rumme og mestre.

FaKD takker de tre firmaer, som havde stande på mødet og som berigede os med ny viden på hvert deres område: Simonsen og Weel, HUSK products og Ratje Frøskaller Aps samt Mediq.



NYHED

Friske og velsmagende fødevarer til småtpisende



Kitch'n Cool skal formidle sundhed til anbragte unge

Den 1. juni var der Børnehjælpsdag i Aarhus med bl.a. opstart og konceptudvikling af madprojekt for anbragte børn og unge. I mødet deltog næstformand Helle Christensen sammen med samarbejdspartnere fra Måltidspartner-skabet.

Kitch'n Cool er arbejdstitlen for projektet fra Børnehjælpsdagen, og projektet skal formidle sundhed, mad og måltider til anbragte unge.

FaKD er med til at give input til projektbeskrivelsen med vores vinkler på både den forebyggende og behandlende del af sundhedsformidlingen over for målgruppen: unge anbragte fra landets døgninstitutioner og opholdssteder, som er "på vej til at flytte hjemmefra".

Dette spændende projekt forventes at begynde i efteråret med et par pilotprojekter, hvorefter projektet forventes at blive landsdækkende.

Projektet kan få interesse for FaKD's medlemmer – både professionsbeche-lor i sundhed og ernæring samt for diætisterne - som medundervisere på lokale projekter over hele Danmark.

Mere information om dette spændende projekt i løbet af efteråret.

Yderligere info: kontakt næstformand Helle Christensen, hc@diaetist.dk

Fri og lige adgang til diætbehandling ophører i Region Midt

Den 24. juni vedtog Regionsrådet i Region Midt det stærkt omdiskuterede sparekatalog. Der lægges op til en besparelse inden for vores område på ikke mindre end 17 diætiststillinger. Det er den største reduktion af kliniske diætister i en enkelt region, som vi nogensinde har set.

Vi har afgivet hørings svar til Regionsrådet, og vi havde inden mødet den 24.6. yderligere skrevet til alle medlemmerne af Regionsrådet. Reduktionen inden for klinisk diætetik sker med henvisning til, at medlemmernes arbejde hører under kommunernes ansvar. Det er ikke korrekt. Og flere kommuner er enige med os.

Vi vil ikke passivt se til, at dette sker. Vi har taget kontakt til Sundhedsministeren, og vi havde ligeledes lejlighed til kort at minde ham om sagen, da vi traf ham under Folkemødet i Allinge. Vi følger op på sagen med de mange politiske kontakter, vi har.

Ingen er opsagt endnu. Og vi vil fortsætte med at påvirke politikere og beslutningstagere. Bemærkning, der faldt under ordførerrunden: "Besparelserne med de fyrede diætister skulle jo nødtigt være indført brugerbetaling ad bagvejen".

I mødet deltog næstformand Helle Christensen sammen med diætister fra Region Midt.

Se også TV indslag på: <http://www.tvmidtvest.dk/nettv?id=45223>



KALENDER '15

**Hold dig
opdateret**
på arrangementer
og kongresser på
www.diaetist.dk/viden/

27. august 2015

DSAF afholder et inspirerende sensommermøde med titlen: "Fedmebehandling 2015 – maveknap eller medicin" torsdag den 27. august 2015 kl. 17-20 på Human Ernæring, Thorvaldsensvej 40, DK-2000 Frederiksberg. Se program mm. på Dansk Selskab for Adipositasforskning <http://dsaf.dk/moeder/>

5.-8. september 2015

ESPEN kongres, Lissabon, Portugal.

14.-16. oktober 2015

Shaping the Future of Food Safety, Together. Det er temaet for en videnskabelig konference, som den Europæiske Fødevarerikkerhedsautoritet, EFSA, holder i Milano. Se Konferenceprogrammet og tilmeldingsformular på EFSA's website: Shaping the Future of Food Safety, Together. Se mere på <http://www.efsa.europa.eu/en/events/event/151014.htm>

22.-24. oktober 2015

EFAD konference 2015, Amsterdam, Holland
Se mere på <http://efadconference.com/>

23. oktober 2015

DSAF årsmøde 2015 med titlen "Fedmens Paradokser" afholdes fredag den 23. oktober til lørdag den 24. oktober på hotel Radisson HC Andersen, Claus Bergs Gade 7, DK-5000 Odense C. Se program mm. på Dansk Selskab for Adipositasforskning <http://dsaf.dk/moeder/>

2016

20.-22. juni 2016

De Nordiske Diætistdage 2016 afholdes som en integreret del af 11. Nordic Nutrition Conference, Göteborg. Se mere på www.nnc2016.se

17.-20. september 2016

Espen 2016 afholdes i København.

FaKD arrangementer

Find detaljer om indhold, tilmelding og priser på
www.diaetist.dk/viden/fakd-arrangementer/

16. september 2015, København

IBS/FODMAP kursus for færdiguddannede diætister, dag 2.

20. oktober 2015, København

IBS/FODMAP kursus for færdiguddannede diætister, dag 3.

6. november 2015, Aalborg

FaKD holder Årsmøde. Program er klar i løbet af sommeren og annonceres i Diætisten og på hjemmesiden.

Formand Mette Pedersen

E-mail: mp@diaetist.dk

Næstformand Helle Christensen

E-mail: hc@diaetist.dk

Kasserer Helle Ronneby

E-mail: hr@diaetist.dk

Øvrige medlemmer

Randi Tobberup

E-mail: rt@diaetist.dk

Anette Vinstorp

E-mail: av@diaetist.dk

Camilla Bendix Petersen

E-mail: cbp@diaetist.dk

Mirian Meinertz (Suppleant)

E-mail: mm@diaetist.dk

Trine Beck Klindt

E-mail: trineklindt@gmail.com

Rebecca Leth-Nissen Johansen (Suppleant)

E-mail: rebecca@dih.dk

REGIONSFORMÆND

REGION NORDJYLLAND:

Mette Poulsen

E-mail: Mettepoulsen@yahoo.dk

REGION MIDTJYLLAND:

Line Dongsgaard

E-mail: lido@viborg.dk

REGION SYDJYLLAND:

Caroline Kiilerich Haderslev

E-mail: caki@haderslev.dk

REGION SJÆLLAND:

Johnna Bork Christensen

E-mail: jbc@regionsjaelland.dk

REGION HOVEDSTADEN

Dorthe Wiuf Nielsen

E-mail: dwn@diaetist.dk

Mette Line Christensen (Regionsnæstformand)

E-mail: enillettem@hotmail.com

REDAKTIONSUDVALG

Anne Ravn

Mette Line Christensen

Kirsten Færgeman

Margit Vesterlund

Dorte Sunke

Sofie Wendelboe

Kan kontaktes via redaktoer@diaetist.dk



Professionel omsorg og personlig støtte også uden for hospitalet

3 gode grunde til at vælge NutriciaDirekte som leverandør af sondeernæring

- 1 Vi er **Danmarks førende virksomhed** inden for medicinsk ernæring. Vores kompetente og engagerede produktspecialister garanterer 100 % fokus på den ernæringsmæssige pleje af dine patienter.
- 2 Vi tilbyder **mere end blot produkter**. Ud over vores komplette portefølje af ernæringsprodukter og tilbehør har vi **skræddersyede vejledningsmaterialer** til både patienter og personale. Derudover tilbyder vi dig og dine kolleger **målrettet uddannelse** i ernæring.
- 3 Vi anvender special levering. Vores **dag til dag levering** er **personlig** og **fleksibel** og tilbyder **individuelle løsninger** målrettet patientens behov.

Vi er en virksomhed med et dedikeret fokus på medicinsk ernæring. I mere end 20 år har NutriciaDirekte sikret, at den enkelte sondebruger får en optimal og personlig ernæringsløsning. Vi ved, at håndtering af sondeernæring kan være komplekst og afstedkomme mange spørgsmål og udfordringer efter udskrivelse til hjemmet.

Med NutriciaDirekte har både patienter og pårørende en støttende partner, som er ekspert i ernæring og forstår hele processen fuldt ud. Med vores fleksible dag til dag levering og personlige rådgivning står vi klar med støtte og vejledning til alle involverede under hele forløbet fra hospital til hjemmet og sikrer den optimale ernæringsindsats. Støtte og omsorg hele vejen hjem.