

DIÆTISTEN

Kost og Ernæringsforbundets fag- og forskningsblad for kliniske diætister

FOKUS

Smag



PRO-værktøjer
Vægtens magt
ESPEN abstracts
Alvorlig og langvarig anoreksi



Formanden har ordet

Hold afstand, hold ud og hold humøret



FaKDs generalforsamling blev i år afholdt virtuelt. Det var godt og vigtigt, at nogle af jer medlemmer deltog, selvom vi måtte gennemføre den som virtuel. Det havde vi ikke prøvet før, men det gik, selvom vi savnede, at vi tydeligere kunne høre og se den gode stemning, der var ude hos jer.

Alle i bestyrelsen valgte at genopstille og blev genvalgt, hvilket betyder, at bestyrelsen fortsætter til næste generalforsamling i 2023. Bestyrelsen har i forlængelse af generalforsamlingen afholdt konstituerende møde, hvor jeg blev genvalgt som formand og Trine Klindt som næstformand samt kasserer. Jeg er virkelig glad for at skulle fortsætte med det spændende arbejde som formand de næste tre år sammen med bestyrelsen.

Du kan som medlem læse referatet, årsberetningen samt præsentationen af regnskabet på <https://www.kost.dk/fakd-generalforsamling-2020-1>.

Vil I vide lidt mere om bestyrelsen, så læs gerne om os, og hvad vi hver især brænder for på hjemmesiden. Det siger måske noget om, at arbejdet for vores fag og vilkår er spændende, når alle tidligere bestyrelsesmedlemmer stillede op igen. I kan se os på billedet, som er taget lige før, vi gik på med generalforsamlingen.

Flere i bestyrelsen har også meget andet fagligt at se til. Vi vil derfor gerne opfordre jer til at kontakte os, hvis nogle af jer har lyst til at indgå i det gode og lærerige bestyrelsesarbejde. Vi vil meget gerne informere både om de mange forestående opgaver i 2021 og de økonomiske rammer.

I bladet, du sidder med, er der masser af læsestof til juleferien og god inspiration til et nyt års indsats. Der er usynlige tråde mellem artiklerne. Fx rummer beskrivelsen af anoreksibehandling gode eksempler på, både hvordan man kan arbejde med PRO - her livskvalitet og funktion - og hvordan BMI netop ikke styrer en behandling hos diætist. Bemærk også borgerforslaget i boksen her på siden. Potentielt kan realisering af forslaget, ud over at hjælpe syge og ældre mennesker, også generere flere arbejdspladser til diætister.

Jeg ønsker jer og jeres nære en god jul og et godt nytår. Og så ønsker jeg mig som alle andre, at coronaen ikke vil præge det nye år i samme grad som det forgangne.

På www.borgerforslag.dk er der d. 29.10.2020 offentliggjort et borgerforslag med titlen "Ændring af lovgivningen således at ernæringspleje tydeliggøres og præciseres i behandlingen og plejen af syge og ældre". Formålet med forslaget er, at ernæring skal indgå i en helhedsorienteret pleje og behandling og sikrer, at der er sammenhæng og kontinuitet mellem den ernæringsmæssige pleje og behandling som patienten/borgeren gives på henholdsvis sygehus og i ældreplejen. Læs mere på hjemmesiden under bemærkninger til forslaget og om reglerne for borgerforslag. Spred viden om det i dit faglige og personlige netværk. For at forslaget kan blive behandlet i Folketinget skal der på 180 dage opnås støtte fra 50.000 personer! Læs i næste nummer af "Diætisten" om baggrund og status for borgerforslaget.

KOST ERNÆRINGSFORBUNDET
SUNDHED ER EN RET

UDGIVER:

Fagligt selskab af Kliniske Diætister i Kost og Ernæringsforbundet
E-mail: post@diaetist.dk
www.kost.dk/fakd

ISSN 1395-1169

Deadlines næste udgivelse

Sidste frist for indlæg 15. december
Sidste frist for annoncer 15. januar
Nr. 169 udkommer 7. februar 2021.

REDAKTØR

Anne W. Ravn
redaktor@diaetist.dk
Tlf. 2020 3550

ANSVARSHAVENDE

Mette Theil
mp@diaetist.dk

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

Promovista. Tlf. 2031 8001

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

SEKRETARIATSADRESSE

Fagligt selskab af Kliniske Diætister
Kost og Ernæringsforbundet
Holmbladsgade 70
2300 København S
Tlf. 3163 6600
Mandag-torsdag 8.30-15,
fredag 8.30-13.30
www.kost.dk/fakd

Det faglige selskab har derudover telefontid på følgende tidspunkter:
Mandag 9-11, tirsdag 8-10, onsdag 9-11, torsdag 16-18, fredag 8-10.
For hjælp og vejledning kan du i de tidsrum ringe på tlf. 7020 2615.

KORT NYT

5

AUTORISATION

KE og FaKDs synspunkter

6

ARTIKEL

Udvikling af nationale PRO-værktøjer

8

Diætistens erfaring med PRO

9

Vægtens magt

11

Bedre opsporing af behov for ernæringsindsats hos borgere i kræftrehabilitering

14

FOKUS - SMAG

Vi spiser det, vi kan lide

17

Smag er en oplevelse for alle sanser

18

Sådan lærer vi at kunne lide nyt

20

Vi kan smage i otte dimensioner

22

Viden og værktøjer til at bruge smag som ressource

24

Erfaringsprogram hos kræftpatienter med tre varianter af smagstilpasset proteindrik

25

NYT FRA FORSKNINGEN

ANOREKSI

Beskrivelse af en patientgruppe

28

En ny tilgang til behandlingen

30

Et bud på kostvejledning

32

ESPEN abstracts

36

BOGANMELDELSE OG BØGER

37

MIN DIÆTISTDAG

38

KALENDEREN

39





Mad er en vigtig del af livet. Korrekt ernæring og energiindtag hjælper os med at vokse og udvikle os. Men mad handler også om følelser – f.eks. følelsen af at være sammen omkring et måltid.

For personer, som er afhængige af sondeernæring, er det også et spørgsmål om sikkerhed, konsistens og det rigtige næringsindhold. For patienter og plejepersonale, som vægter dette højt, og som også ønsker et varieret indtag af fiber- og proteinkilder, har vi udviklet Isosource® Mix og Isosource® Junior Mix. Sondeernæringen er baseret på mere end 30 års erfaring og indeholder et udvalg af rigtige råvarer*, som giver øget velbefindende og forbedrer madoplevelsen.

**Rehydreret kyllingekød og grøntsager, ferskenmos og appelsinjuice fra koncentrat*

For sundhedsfagligt personale

www.nestlehealthscience.dk



RIGTIG MAD GØR FORSKEL

Nestlé
HealthScience

Rammeplan om diætbehandling ved kronisk nyreinsufficiens

Sofie Wendelboe (Sjællands Universitetshospital Nykøbing Falster), Anne Winsnes Rasmussen (Nordsjællands Hospital Hillerød), Kirsten Thal-Jantzen (Steno Diabetes Center Copenhagen), Anne Marie Loff (Herlev og Gentofte Hospital), Louise Gulliksen (Rigshospitalet) og Annemarie Simonsen (Regionshospitalet Viborg, HEM)

Kliniske diætister i Danmark har ventet på opdatering af den eksisterende rammeplan fra 2008. Rammeplanen er revideret for fjerde gang af seks kliniske diætister med flere års nefrologisk erfaring og har været tre år undervejs. Det har været en omfattende redigering og har resulteret i flere afsnit på baggrund af systematisk litteratursøgning og nyeste forskning kombineret med gældende praksis. Rammeplanen kan tilgås i løbet af januar 2021 på kost.dk/rammeplaner.

Kronisk nyresygdom skal håndteres i tæt samarbejde mellem patient og behandlere. Ved at følge ernæringsmæssige anbefalinger kan sygdommens udvikling dæmpes og risikoen for komplikationer reduceres. På landsplan er der kun få kliniske diætister, der arbejder i det daglige med det nefrologiske speciale. De fleste kliniske diætister vil opleve at få henvist patienter med nyresygdom uden at have særlig erfaring med dette område. Diætbehandling til nefrologiske patienter er kompliceret, og diætprincipperne skal altid tilpasses den enkelte person, og derfor er der behov for retningslinjer for diætbehandling af nyreinsufficiens for at kvalitetssikre diætbehandlingen.

Opbygning af rammeplanen

Rammeplanen er opbygget efter Nutrition Care Proces (NCP) og kan anvendes som et opslagsværk ved diætbehandling af nyresygdom på specifikke stadier. Denne opbygning sigter mod en lettere tilgængelig og mere brugbar rammeplan for kliniske diætister uden specifikt kendskab til specialet. Rammeplanens første kapitel beskriver formålet med diætbehandlingen, henvisningskriterier og gennemgang af mineraler (kalium, fosfat og natrium) og vitaminer. Dette giver nødvendig viden samt anbefalinger, der danner grundlag for en forståelse af diætprincipperne. Afsnittene kan anvendes afhængig af patientens behov, uanset hvilket stadium af nyresygdom, patienten befinder sig på.

Derefter gennemgås diætprincipper og intervention ved forskellige stadier af nyresygdom. Der er i dette kapitel også uddybende afsnit om adipositas, diabetes, nyretransplantation og ernæringsterapi. Som noget nyt er der et afsnit om maksimal medicinsk uræmibehandling og tværsektoriel kommunikation. I bilagene er præsenteret forskellige supplerende oplysninger og anbefalinger, som kan anvendes i den



daglige vejledning. Denne opbygning er valgt for at fremme muligheden for, at rammeplanen kan bruges som et opslagsværk. Indholdsfortegnelsen giver et overblik over den viden, der er brug for i en konkret vejledningssituation.

Fokusområder for rammeplanen

Hensigten har været at nå omkring diætetiske områder med særlige forholdsregler ved kronisk nyreinsufficiens. I de nyeste retningslinjer bliver der i højere grad end tidligere lagt vægt på den individuelle tilgang. Der er således ikke fastlagt en række anbefalinger for mængder af specifikke fødevarer, men i stedet individuelle råd.

De nefrologiske diætister oplever en tiltagende interesse for mere vegetarisk kost og dermed en større andel af vegetabilsk protein i kosten. Dette har man tidligere været tilbageholdende med pga. fosfat og kalium, men et større indtag af plantebaseret kost vil reducere proteinindtaget og give mindre syrebelastning.

Ved alle stadier af nyrefunktionsnedsættelse er det nødvendigt, at den kliniske diætist vurderer, hvilken specifik diæt den enkelte patient har behov for i forhold til aktuelle kostindtag, ernæringstilstand, biokemi og komorbiditet.

Forfatterne håber, at denne rammeplan kan bidrage til større viden, indsigt og klarhed i diætbehandlingen af nyrepatienter og dermed i højere grad kvalitetssikre diætbehandlingen.

Vil autorisation gavne professionsfællesskabet?

Interview med Kost og Ernæringsforbundets formand Ghita Parry

Det tror vi på i Kost og Ernæringsforbundet.

”Der er stor efterspørgsel fra medlemmer, og som et resultat af Hovedbestyrelsens mange drøftelser om ydernummer til kliniske diætister, om autorisation til de øvrige specialer/linjer/toninger på PBESuddannelsen samt om titler til samme specialer/linjer/toninger samt til ernæringsassistenter ser vi autorisation som en naturlig udvikling for professionen.

Og i takt med at stadig flere sundhedsprofessioner har set dagens lys, er stadig flere faggrupper blevet autoriseret. Aktuelt ser vi socialrådgiverne undersøge, om de skal være en autoriseret faggruppe, lige som der i forbindelse med debatten om værdig ældrepleje er forslag fremme om, at social og sundhedshjælperne også bør autoriseres. Formålet er at højne niveauet og patientsikkerheden, samt at give borgerne mulighed for at klage. Man mister jo sin ”licens to operate”, hvis man mister sin autorisation. En autorisation af en faggruppe, der decideret uddannes til sundhedsfremme og forebyggelse, vil være med til at anerkende mad, måltider og ernæring som grundsten for gode og sunde liv.

Vi ser et stigende behov for autorisation

Vi er i Kost og Ernæringsforbundet et professionsfællesskab. Ser vi på udviklingen i samfundet i forhold til f.eks. overvægt og livsstilssygdomme, ser vi et stigende behov for autoriserede kompetencer til at hjælpe med sundhedsfremme og primær forebyggelse. Og vi skal selvfølgelig arbejde for at sikre flere jobs til de medlemmer der er uddannet til det. Præcis, som vi fortsat arbejder på at sikre den positive udvikling der er i diætisternes arbejdsmarked, hvor vi ser et relativt stabilt antal på sygehusene og over en seksdobling af antallet af kliniske diætister i kommunerne, over de sidste 10 år. De store politiske dagsordener er p.t. ulighed i sundhed, som bl.a. peger på ulighed i sundhedsfremme og forebyggelse. Og forslag om en folkesundhedslov – altså lovgivning, der skal sikre borgerne de bedste vilkår for at kunne leve gode og sunde liv.

Sundhedsvæsenet mangler autoriserede kompetencer, hænder, ressourcer og professionsbachelorer i ernæring og sundhed løser flere steder sundhedsfaglige opgaver pr. delegation og er dermed allerede underlagt lovgivningen om f.eks. journalføring i det offentlige.

Vi hører fra kliniske diætister, som gerne vil ansætte og samarbejde med professionsbachelorer i ernæring og sundhed med andre toninger end KD, fordi deres kompetencer står stærkt i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, herunder væggtab – men møder store udfordringer med f.eks. Sygeforsikringen Danmark og sundhedsfor-

sikringerne. Og så vil en autorisation smidiggøre det tværfaglige samarbejde og sikre kommunikation på tværs. Sådan er det ikke i dag.

Man autoriseres på baggrund af ens uddannelse og de opgaver, man uddannes til at løse. Derfor vil professionsbachelorer i ernæring og sundhed ikke nødvendigvis mangle kompetencer. Det interessante er at reflektere over, hvem der stilles til ansvar for f.eks. kvaliteten af dysfagi-diæten? Hvem sikrer, at maden har det rette næringsindhold, når det er som led af en behandling på et sygehus? Så længe vi ikke anerkender maden som behandling, og de fagligheder der uddannes i det etablerede uddannelsesvæsen til at sikre kvaliteten og står på mål for produktet, så længe får maden lov til at forblive service, der kan nedprioriteres.

Og det samme gælder dem med toningen sundhedsfremme og forebyggelse. Det er på tide at sundhedsfremme og forebyggelse anerkendes som hjørnestenen i et velfærdssamfund, hvor vi lever så længe, som vi gør. Jeg mener ganske enkelt, at vi er nødt til at se på autorisationsloven i relation til sundhedsloven, og de opgaver der skal løses i det samlede sundhedsvæsen. Formålet er, at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Autorisation af professionsbachelorer i ernæring og sundhed, uanset studieretning og toning, skal ses i den forlængelse, for det understøtter formålet med lovgivningen.

Og hvorfor skal vi acceptere, at f.eks. fysioterapeuter og sygeplejersker ansættes til at varetage ernæringen i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, alene på den baggrund, at de er autoriserede? Og hvorfor ikke sikre, at danskerne får mulighed for at skelne skidt fra kanel – en professionsbachelor i ernæring og sundhed med 3,5 års uddannelse mod en certificeret, eksamineret kostvejleder med et diplom fra et eller andet institut? Der er forskel, og det skal vi sikre, at beslutningstagere, arbejdsgivere og danskerne ved.

Mht. titler har vi i Hovedbestyrelsen besluttet, at vi skal arbejde for mere mundrette titler. Vi har ikke besluttet, at vi skal arbejde for, at alle på én eller anden måde skal bære titlen diætist. Skriv gerne ideer til titler eller øvrige kommentarer til mig på gp@kost.dk.”



FaKD's syn på autorisation til alle dimittender fra Ernæring og Sundhedsuddannelserne

Kommentar
fra FaKDs
næstformand
Trine Klindt

FaKD's bestyrelse er selvfølgelig bekendt med forbundets arbejde for nye og bedre titler til de andre studieretninger/toninger på Professionsuddannelsen i Ernæring og Sundhed, ligesom vi er bekendt med forbundets arbejde for autorisation til alle dimittender fra Ernæring og Sundhedsuddannelserne. FaKD's bestyrelse er ikke involveret i dette arbejde, men bidrager gerne med inputs, hvis det efterspørges.

De kliniske diætister fik autorisation tilbage i 1996 efter et langvarigt og gedigent stykke arbejde fra den daværende bestyrelse. Autorisationen har været en styrke, men sætter også krav til patientsikkerhed og faglighed. En evt. autorisation til de andre dimittender fra Ernæring og Sundhed vil muligvis også være en styrke for dem – men sætter også krav og grænser for kreativ udfoldelse af deres daglige virke. FaKD sætter spørgsmålstejn ved, om alle dimittender virkelig ønsker disse "begrænsninger", retningslinjer, regler og deraffølgende tilsyn?

Vi mener, at det på mange områder kan give mening, at alle dimittender autoriseres. Bl.a. vil hele uddannelsen således fremadrettet stå stærkere som en fælles sundhedsfaglig gruppe. Vi mener ligeledes, at alle studerende da skal have biokemi og sygdomslære samt undervisning i dokumentation, så vi alle har et godt fælles udgangspunkt i forhold sygdom og sundhed.

Autorisation af de andre dimittender fra Ernæring og Sundhed betyder dog ikke, at vi bliver flere diætister. Både titlen "klinisk diætist" og "diætist" er beskyttede titler. Diætist kan heller ikke frit benyttes i sammensatte ord som fx forebyggelsesdiætist og lign. FaKD har brugt mange ressourcer på at værne om titlen i årenes løb, og det vil vi fortsætte med. Vi har på ingen måde indtryk af, at forbundet vil omgå titelbeskyttelsen.

Vi ønsker samtidig, at de andre dimittender får mere mundrette titler end "Professionsbachelor i ernæring og sundhed med studieretningen fødevarer og ledelse; Professionsbachelor i ernæring og sundhed med studieretningen sundhedsfremme og diætetik, med toningen sundhedsfremme og forebyggelse; Professionsbachelor i ernæring og sundhed med studieretningen sundhedsfremme og diætetik, med toningen klinisk diætetik".

Dette arbejde, mener vi også, må være første skridt for forbundet, og her vil vi gerne bidrage med gode forslag.

Hvis I, kære FaKD'ere, har forslag til nye titler til dimittender fra de to andre studieretninger på Ernæring og Sundhed, vil vi opfordre jer til at skrive til forbundets formand, Ghita Parry på gp@kost.dk



Udvikling af nationale værktøjer til Patient Rapporterede Oplysninger

Af Sanne Jensen, sygeplejerske, master i sundheds-it/MIT, ph.d., teamleder, PRO-SEKRETARIAT, saje@sundhedsdata.dk

Patientrapporterede oplysninger, kaldet PRO, er patientens egen oplevelse af bl.a. symptomer, funktionsevne samt helbredsmæssige status og livskvalitet. Med PRO-data kan man sammen med patienten tilrettelægge et individuelt behandlingsforløb ud fra den enkeltes behov, samtidig med at PRO-data bidrager til øget kvalitet og understøtter prioriteringen af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

PRO er betegnelsen for patientrapporterede data og karakteriseres ved, at oplysningerne opsamles systematisk, og at patienten selv indrapporterer dem (1). Disse informationer skal være med til at forbedre patientens forløb i sundhedsvæsenet. PRO-værktøjer kan anvendes på forskellige måder og til forskellige formål; øget patientinddragelse, mere sammenhængende behandlingsforløb

for den enkelte patient og bedre grundlag for at individualisere behandlingsforløb og at prioritere ressourcer (2-4). Et PRO-værktøj omfatter spørgeskema, kliniske algoritmer samt anbefalinger til anvendelsen af disse. PRO er således borgerens egen fortolkning af sin helbredstilstand og kan sammen med øvrige kilder som prøveresultater, journal og konsultation belyse borgerens tilstand, som illustreret i figur 1.

Udviklingen af PRO-værktøjer i nationalt regi har stået på siden 2017 og sker i regi af PRO-sekretariatet i Sundhedsdatastyrelsen, som refererer til en styregruppe med repræsentanter fra patientforeninger, regioner, kommuner og staten (<https://sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Patientrapporterede-oplysninger.aspx>). Indtil videre omfatter det områderne apopleksi, knæ- og hoftetarsotrose, diabetes, hjerterehabilitering, graviditet, psoriasis og palliation. Derudover er der udviklet et spørgeskema til tidlig opsporing af depression inden for flere somatiske områder. På diabetes-, hjerterehabilitering- og graviditetsområdet er indholdet og anvendelse

af spørgeskemaerne ved at blive afprøvet i mindre pilotimplementeringer mhp. at få erfaringer i forhold til videre udbredelse (<https://pro-danmark.dk/da/omraader>).

Udviklingen af nationale PRO-værktøjer sker ud fra en fastlagt metode, som bygger på tidligere erfaringer og afprøvninger, se figur 2. Udviklingsmetoden indeholder en række workshops med henholdsvis patienter, klinikere og interessenter (5). Klinikere og interessenterne omfatter de faggrupper, der måtte være relevante for de specifikke områder, eksempelvis diætister, terapeuter, læger, jordemødre, psykologer, sygeplejersker m.fl. Der er repræsentanter fra både kommuner og regioner samt fra forskellige relevante kliniske kvalitetsdatabaser, videnskabelige selskaber og ikke mindst relevante patientorganisationer og patienter inden for det pågældende område.

Før workshopforløbet starter, indsamles viden og erfaringer med anvendelse af PRO inden for det specifikke område.

PRO-sekretariatet er her i kontakt med en række klinikere med stort kendskab til det specifikke område samt relevante patientforeninger. Derudover beskrives, hvad der er publiceret af viden på området. Selve workshopforløbet strækker sig over 4-6 workshops afhængig af områdets organisatoriske og sundhedsfaglige kompleksitet (6).

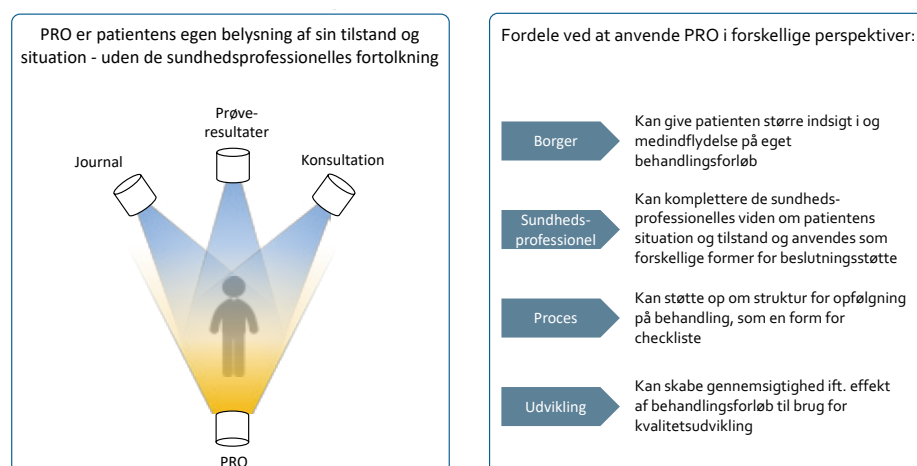
Workshopforløbet starter med afholdelse af patientworkshops, og inputs herfra tages med til den efterfølgende workshop med klinikere. Spørgsmål fra klinikerne tages med tilbage til næste patientworkshop, og på den måde skabes interaktion mellem klinikere og patientgruppe. Der er typisk 1-2 patientrepræsentanter fra patientgruppen og repræsentanter fra patientforeningen med på de større workshops med klinikere.

På første workshop introduceres til PRO og anvendelsen heraf, og der vises bl.a. en kort video, som også kan ses på PRO-sekretariatets hjemmeside (pro-danmark.dk). Herefter drøftes mulig anvendelse af PRO på det konkrete sygdomsområde. Hvad skal formålet være, hvem skal bruge det, hvornår skal det

Læs mere om udviklingen på pro-danmark.dk/da/udvikling og om patientinddragelse på pro-danmark.dk/da/udvikling/patientinddragelse

Rapport om anvendelse af PRO i DK kan findes på danskepatienter.dk/publikationer/anvendelse-af-pro-data-i-kvalitetsudviklingen

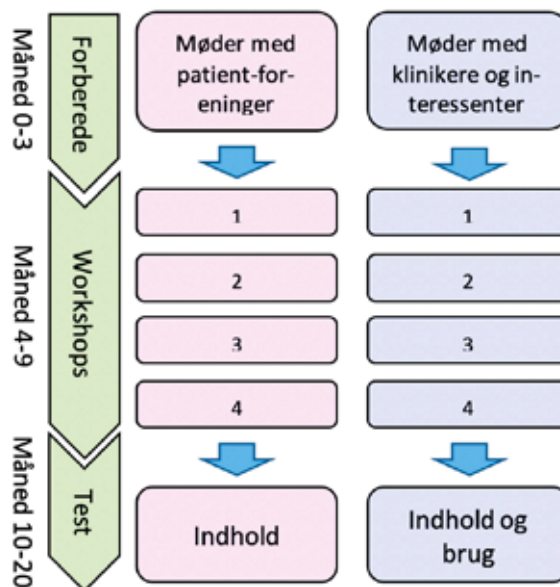
Figur 1. PRO og fordele ved anvendelse (slides fra workshops)



bruges og til hvad. Dernæst afdækkes, hvilke områder både patienter og klinikere finder relevante hhv. at blive spurgt om og få viden om. Det kunne f.eks. være kost, søvn, smerte, symptomer og livskvalitet.

Når man er blevet enige om, hvilke områder spørgeskemaet skal dække, præsenteres forskellige mulige spørgeskemaer - så vidt muligt allerede afprøvede og validerede. Patienterne spørges til forståelse og relevans af indholdet. Når indholdet af spørgeskemaet er på plads, fastlægges eventuelle kliniske beslutningsalgoritmer, der kan hjælpe klinikerne med at fokusere på de væsentlige områder og træffe beslutninger ud fra. Til slut drøftes evaluering af både spørgeskemaer, algoritmer og anvendelse.

Efter workshopforløbet testes indhold og relevans af både spørgsmål og svarmuligheder igen, denne gang med patienter, der ikke har været med i udviklingsprocessen. Herefter pilotafprøves spørgeskemaer og anvendelsen af dem forskellige steder i landet, inden anvendelsen af skemaerne kan udbredes til hele landet.



Figur 2. Proces for udvikling af PRO (6).

Referencer

1. Industry UFaDAGf, Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, Rockville, MD 2009.
2. Lyng KM, Hegaard HK. Empowering of pregnant women by making them report their own primary clinical record in a web-based system, Presentation at ISQA 2013.
3. Mejdahl C, Nielsen BK, Hjöllund NHI, Lomborg K. Use of patient-reported outcomes in outpatient settings as a means of patient involvement and self-management support, European Journal for Person Centered Healthcare, 2016,4, 359-67.
4. Basch E. Patient-Reported Outcomes - Harnessing Patients' Voices to Improve Clinical Care, The New England journal of medicine, 2017,376:105-8.
5. Lyng KM, Jensen S, Bruun-Rasmussen. M. A Paradigm Shift: Sharing Patient Reported Outcome via a National Infrastructure. Stud Health Technol Inform. 2019 21;264:694-698.
6. Jensen S, Lyng KM. Establishing a Nation Wide Infrastructure for Systematic Use of Patient Reported Information. Stud Health Technol Inform. 2018;247:226-230.

”

Diætistens erfaring med PRO-skemaer

”Jeg har i CKSK arbejdet med flere forskellige PRO-skemaer målrettet kræftrehabilitering, men ikke udelukkende målrettet diætbehandling. Min erfaring er, at PRO-skemaer kan være nyttige værktøjer, men at de ikke må stå alene som handlingsanvisende eller til måling af effekt af forløb for den enkelte borger.

PRO-skemaer er én ud af flere lyskegler, der supplerer den individuelle samtale. De kan være ét ud af flere gode redskaber til systematisk afdækning af patientens samlede behov og støtte patientens egen forberedelse og refleksion – herunder udfordringer ift. kost og ernæring. Samtidig kan de fungere som kvalitetskontrol for samtalen, så den sundhedsprofessionelle kommer hele vejen rundt. Arbejdet med kræftrehabilitering er meget relationelt, og fx kan patientens frygt og sorgfulde følelser fylde meget i samtalen, så skemaet er for mig en støtte til, at jeg kommer rundt om nødvendige emner ift. det samlede rehabiliteringsbehov. Patienten udfylder skemaet på forhånd, og svarene fra patienten rummer faktuelle oplysninger, som jeg derfor ikke skal bruge tid på at afdække.

I CKSK udviklede vi vores eget PRO-skema i 2018. Vores skemaer er udviklet efter en metode, der ikke er helt identisk med de nationale retningslinjer, men ligner en del. Skemaet skal kaste lys på et bredt

Interview med
Vibeke Sode,
klinisk diætist, cand.scient.,
Center for Kræft og
Sundhed København
(CKSK)

felt af rehabiliteringsbehov: KRAM, sociale og psykiske udfordringer, pårørende osv., så kostspørgsmålene er ikke så omfattende som fx i SGA (se side 14). Diætbehandling er en meget tilgængelig indsats i CKSK. En nylig opgørelse har vist, at 36% af alle borgere henvises til mindst én samtale med diætist.

Jeg bruger PRO-skemaer som en slags inspiration til, hvad samtalen kan handle om. Patientens skriftlige svar er et øjebliksbillede, så fx en bivirkning til behandlingen kan være forværret eller lindret, før patienten møder ind til samtale. Ved at undersøge oplysningerne i svarene kan jeg også afdække, om patienten har forstået og tolket udsagn i skemaet, som det er intenderet. Spørgsmål og svar er altid et udtryk for en forforståelse. Udfyldelsen af skemaet forudsætter, at patienten/borgeren kan udtrykke sig skriftligt og tilgå e-boks, og PRO-skemaer er derfor ikke egnede til alle. Sprogligt udfordrede og særligt socialt udsatte mennesker kan have store problemer med at udfylde skemaet. Her skal jeg være opmærksom på risikoen for ulighed i sundhed. Disse borgere inviteres til at udfylde skemaet i vores café, så de kan få hjælp af en sundhedsprofessionel. Et mindre udsnit af borgere har modstand mod skemaer af forskellige årsager. Det er dog ikke min erfaring, at det er majoriteten.”

“Pga. smagsforandringer efter kemoterapi var der ikke længere noget, der smagte mig. Jeg holdt op med at være sulten og mistede lysten til at spise.”

Fås nu også som startpakke med alle tre smagsvarianter



BEHANDLINGS- RESULTAT BØR IKKE VÆRE EN SMAGSSAG

Op til **70%** af kræftpatienter oplever smagsforandringer under behandlingen¹, hvilket kan have **negative konsekvenser** for ernæringsstatus og lede til **vægttab**.

TRE SMAGSVARIANTER UDVIKLET I SAMARBEJDE MED KRÆFTPATIENTER

- ✓ **Hot tropisk ingefærsmag:**
Med varmende komponenter fra chili. Kan være god, hvis maden ikke smager af noget.
- ✓ **Cool rød frugtsmag:**
Med kølende menthol. Kan være god ved fx kvalme, mundtørhed eller metallisk/dårlig smag i munden.
- ✓ **Neutral:**
Kan være god ved følsomhed over for smag og lugt.

NUTRICIA
Nutridrink®
Compact Protein



Vægtens magt

– hvad sker der, når vi lader BMI diktere sundhed?

Forestillingen om den sunde kropsvægt er en naturlig del af diætetisk praksis. I arbejdet med overvægtige klienter er målet derfor ofte at få dem tættere på normalvægten, som defineret af Body Mass Index (BMI). Flere diætister mener, at BMI ikke er et retvisende værktøj til at vurdere sundhed. Alligevel viser kvalitative data, at BMI fortsat er indlejret i kulturelle sundhedsopfattelser, hvilket har konsekvenser for klienterne, der kan lide under tab af værdighed på grund af vægtstigmatisering.

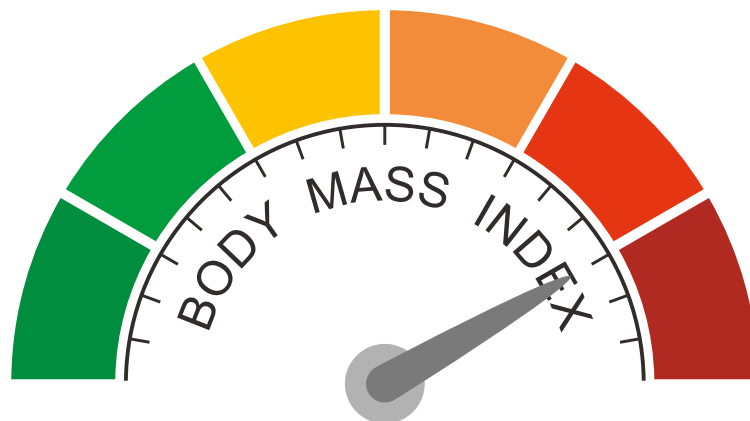
Af Mikala Erlik, cand.pæd. i pædagogisk antropologi med speciale i vægtrationer og kropskultur i den diætetiske praksis, erlik.mikala@gmail.com

Sundhedsprofessionelles tilgang til sundhed strækker sig ud over rent biologiske forståelser for den fysiske krop. Forskere peger på, at behandlingen og rationerne omkring sundhedsfremme også må ses i lyset af sociale og kulturelle forståelser (1). Selvom kroppen er en biologisk organisme, der kan måles og vejes med sundhedsvidenskabelige teknologier, vil vurderingen af målingerne aldrig være objektive. Det skyldes, at forestillingen om den sunde krop bliver formet, fortolket og opretholdt af sociokulturelle kategorier, der er med til at rammesætte den kulturelle sundhedsopfattelse (2). BMI er et eksempel på en teknologi, der sætter rammerne for den sunde og usunde krop ved at beregne forholdet mellem højde og vægt. Skalaen er alment kendt af den danske befolkning, og mange benytter den til at vurdere deres kropslige sundhed, men kun få er opmærksomme på, hvordan BMI er skabt og opretholdt i en kulturel sammenhæng.

BMI kan spores tilbage til statistikkeren Lambert Adolphe Jacques Quetelet, der mente, at gennemsnittet af større befolkningsgruppers kropsværdier er udtryk for den kropslige idealtilstand (3). I 1830'erne

opfinder Quetelet BMI-skalaen som et værktøj til at sammenligne forholdet mellem højde og vægt i forskellige befolkningsgrupper. Formålet er at observere demografiske forskelle og altså ikke at måle enkeltindividers sundhed. Da man senere benytter Quetelets skala til at vurdere dødelighed ud fra BMI, dannes et videnskabeligt grundlag for fastsættelse af kategorierne normalvægt og overvægt i det globale sundhedssystem. Kurven har imidlertid ikke rykket værdier i takt med samfundets ændring og er derfor ikke tilpasset levevilkår eller gennemsnitlig vægt i nutidens samfund. I Danmark vurderes halvdel af befolkningen som værende overvægtige, hvilket er en statistisk umulighed (4). Når det alligevel kan lade sig gøre, skyldes det, at vores overvægtskategori bygger på normalværdier, der er fastsat på baggrund af beregninger i 1800-tallet, omend vores samfund siden har ændret sig markant i forhold til livsstil og sundhedsvidenskab.

BMI bliver først benyttet til at vurdere enkeltindividers sundhed, da sundhedsvidenskaben finder en association mellem overvægt og sygdomsrisiko (5). I den forbindelse betragtes vægten som udgangspunkt for problemet, da den modsat højden kan tvinges op og ned hos enkeltpersoner med livsstilsændringer. Selvom der er en fundet risiko for livsstilssygdomme ved overvægt, peger flere forskere på, at risikofaktorer ikke er det samme som sygdomsårsager (6). Overvægt kan derfor ikke betragtes som den direkte årsag til et dårligt helbred.



Den værdi, der måles med BMI, udtrykker udelukkende forholdet mellem højde og vægt og siger intet om madvaner, fedtfordeling, muskelmasse, bevægelse, sygdomshistorie, kultur eller miljø.

Forskning i sundhedsrisiko tager ofte udgangspunkt i BMI, da det er et lettilgængeligt værktøj med klart definerede kategorier. Man bør dog forholde sig kritisk til, om det er en forsimpning af virkeligheden. Der kan benyttes andre indikatorer end BMI til at forstå, hvorfor nogle mennesker ender med at få livsstilssygdomme, mens andre ikke gør. I det følgende vil jeg benytte eksempler fra mit feltarbejde i den diætetiske praksis til at vise, hvilke konsekvenser der kan følger med, når BMI definerer sundhed. Formålet er at synliggøre, hvordan BMI-skalaen er indlejret i det diætetiske arbejde og skabe et refleksionsrum, der opfordrer til nye måder at betragte den sunde krop på.

Det etnografiske projekt

Nærværende artikel er udarbejdet på baggrund af specialet "Kampen om den normale krop – Et studie af kulturelle rationer og idealer i diætetisk praksis" (7). I specialet samles resultaterne af en række kvalitative undersøgelser baseret på fire måneders etnografisk feltarbejde i to diætetiske praksisser og deres daglige behandling af overvægt. Fokus er på deltagerobservationen af de fortrolige samtaler mellem klinisk diætist og klient, suppleret med semistrukturerede interviews og uformelle samtaler. Undersøgelsen tæller klienter med forskellige socioøkonomiske baggrunde, køn og kropsformer. Fælles for dem alle er, at de er over 18 og har et BMI over 30, hvilket placerer klienterne i kategorien svær overvægt. De professionelle i undersøgelsen er alle kliniske diætister, men der er stor forskel på tilgangen i de to tilbud. Praksis eksempler og resultater, som præsenteres i denne artikel, tager kun udgangspunkt i ét af flere behandlingstilbud. Der er tale om en kommunal indsats rettet specifikt mod voksne med et BMI over 30. Dette tilbud er valgt, fordi der her arbejdes ud fra BMI-indikatoren med fokus på vægttab, og resultaterne må derfor betragtes i denne kulturelle kontekst.

BMI i diætetisk praksis

"Man kan spørge sig selv, om vi skal arbejde for vægttab, eller det at være den bedste udgave af sig selv? [...] Det skal jo ikke handle om vægten som sådan. Hvorfor sende folk ud over stepperne efter et tal? Man får jo sjældent succes i kilo, som man giver afsavn, og vi dyrker jo ikke vægten". Således udtaler en af de kliniske diætister i det kommunale tilbud, hvor feltarbejdet udspillede sig. Hun er ikke alene om denne holdning. Under feltarbejdet tager flere diætister verbal afstand fra det vægtfokus, som ligger i BMIs rammer for sundhed. Observationer fra praksis fortæller dog en anden historie, hvor vægttabet er en selvfølgelig del af arbejdsområdet.

I det kommunale tilbud vejes klienterne kontinuerligt for at dokumentere effekten af den diætetiske indsats. Med andre ord vurderes en

del af den diætetiske praksis på baggrund af klienternes tabte kilo. Vejningen er dog langt fra tvangspræget. Klienterne udviser et klart ønske om at blive vejnet, fordi de selv vil se beviser på deres kropslige udvikling, og tallet på vægten påvirker klienternes selvfølelse: Diætistsessionen afsluttes med den obligatoriske vejning. En ung kvindelig klient træder smilende op på den opsatte bioimpedansvægt. Da klientens blik når tallene på vægtens skærm, der viser både kilo og BMI, bliver hun stille og bider tænderne sammen. Hun har taget et kilo på. Diætisten sidder ved hendes side og spørger med blikket rettet mod vægten: "Skal jeg sige noget?" Klienten ryster på hovedet: "Nej, det behøver du ikke...", hvorefter hun træder ned fra vægten og farer ud af lokalet uden at se sig tilbage.

Klientens reaktion viser, hvordan et manglende vægttab medfører skuffelse og skam. BMI-skalaens normalværdier definerer både klientens og diætistens forestilling om den gode og sunde krop, og bevægelsen væk fra normalen er uønsket. Der er en forventning om, at vægten skal bevæge sig nedad, og i den diætetiske praksis er der flere eksempler på, hvordan vægtens udvikling vurderes som mere betydningsfuld end sund adfærd, eksemplificeret med følgende:

Under vægttabssessionen fortæller en klient, hvordan han er begyndt at motionere mere og spise sundere. Da han senere går op på vægten, har hverken vægt eller BMI ændret sig. "Nåh", udbryder han skuffet. Diætisten lægger hovedet lidt på skrå: "Ja, du vejer det samme som sidst." Klienten nikker: "Ja, jeg må bare i gang". Diætisten smiler opmuntrende. "Ja. Du skal bare blive ved! Måske er der nogle små dårlige spisevaner, som du overser?"

Selvom klienten har ændret adfærd, er det ikke nok, for vægten har ikke rykket sig tilstrækkeligt mod BMIs normalværdier. BMIs definition af sundhed reproduceres i den diætetiske behandling gennem gentagende vejninger, suppleret med et konstant fokus på vægttabet. Selvom flere diætister mener, at BMI er et usikkert værktøj, gennemstrømmer det altså store dele af deres daglige arbejde (8).

Stigmatisering

Veldokumenterede pædagogisk-antropologiske studier underbygger, at kulturelle kategorier for det socialt acceptable kan have alvorlige konsekvenser for dem, der falder udenfor normalen (9,10). Det socialt acceptable kan overføres til det, man biomedicinsk kalder "sundt", og derfor bør man indenfor sundhedssektoren altid være opmærksom på, hvordan det påvirker klienter at blive placeret i en "usund" risikokategori (11). En mandlig klient fortæller:

"Før i tiden gik jeg meget på badeanstalt, og jeg har overvejet at gøre det igen. Men der er min størrelse kommet ind som et emne. Jeg har tænkt på, om jeg kan være det bekendt over for mig selv. For der er en flovhed over min størrelse. Det er forestillingen om min alt

for store krop. Nu når jeg ved, jeg er tyk og stor. Jeg ved faktisk ikke, hvor jeg har de forestillinger fra. Det er måske det fokus på de store mennesker alle steder.”

Klientens afholdenhed og flovhed skyldes opmærksomhed på, at denne befinder sig udenfor standarderne for en normal og sund krop. BMI-standarderne har altså afgørende betydning for klienternes selvfølelse og handlefrihed. Andre klienter, som indgår i studiet fortæller, hvordan de vurderer vægttabet som den eneste vej til et liv uden social diskrimination. Det vidner om en kulturel tendens til at stigmatisere dem, der falder udenfor normalen (12). Det er problematisk set i lyset af veldokumenteret forskning, der blandt andet peger på, at stigmatisering kan føre til undertrykkelse og tab af værdighed (13). Stigmatisering er en proces, som opstår, når et særligt kropstegn sætter rammen for, hvordan man forstår og behandler mennesker indenfor en socialt uacceptabel kategori (14). Studier har vist, at vægtstigmatisering udøves i store dele af vestlige samfundslag. Flere peger på, at sundhedsprofessionelle er de mest dominerende udøvere af vægtstigma (15). Denne tendens kan muligvis spores tilbage til BMI-skalaens magt i det diætetiske arbejde. Klienter kan kun modtage diætetisk hjælp i det kommunale tilbud, hvis de ligger i BMI-kategorien ”svær overvægt”. Det faktum, at klienterne får adgang til tilbuddet på baggrund af en høj BMI, forstærker opfattelsen af, at de er usunde på grund af deres ”unormale” vægtklasse. Først når klienternes vægt tillader dem at træde ud af kategorien, er de tilstrækkeligt sunde til, at de ikke behøver en øget indsats. Samtidig er der ved kategorisering altid en fare for, at man forstår alle i forlængelse af kategoriens rammer (16). I den diætetiske praksis viser det sig blandt andet, når de professionelle fokuserer deres arbejde på at gøre op med de kropslige værdier, der i forlængelse af BMI betragtes som problematiske i stedet for at rette sig mod en bredere sundhedsforståelse.

Når BMIs kategorisering overføres til klienternes selvforståelse, underlægges klienterne en selvstigmatisering. Det kan blandt andet medføre, at klienter med BMI > 30/m² ikke føler, at de har fortjent at leve som alle andre, før de har opnået en normal kropsvægt. Alle klienter, der indgår i undersøgelsen, fortæller, hvordan de ikke tror, at de kan spise, opføre sig eller deltage i arrangementer på samme måde som dem, der er ”tynde” og dermed sunde. Så længe klienterne betragtes som ”for store”, føler de sig tvunget til at leve restriktivt, hvis de ikke skal dømmes og stigmatiseres af den sociale omverden. Som en klient fortæller: ”Hvis jeg går på gaden, kan jeg godt få den tanke, at folk dømmer mig, fordi jeg er større... Jeg føler fremmede dømmer

den måde, jeg spiser. De tænker nok, at der er en grund til, jeg ser ud, som jeg gør, fordi jeg spiser det, jeg gør.” Studier konkluderer, at denne type negative selvforståelse ikke blot er uværdig, men også kan medføre svære depressioner og danne grundlag for en lav livskvalitet (17).

På baggrund af dette feltstudie konkluderes det: Så længe BMI sætter rammerne for den sunde krop, er den diætetiske praksis med til at fastholde forestillingen om, at mennesker i kategorien ”svært overvægtig” er uværdige til at leve livet på samme måde som mennesker, der er ”normalvægtige”. Der er behov for en revidering af SST’s retningslinjer til diætister, da retningslinjerne fortsat henviser til BMI-skalaen som metode til at vurdere klienters behandlingsbehov. Alternativt kan sundhed betragtes som meget andet end forholdet mellem højde og vægt. Eksempelvis i form af adfærd og psykisk velvære. Som en klient fortæller efter forløbet hos en diætist: ”Der er godt nok ikke sket så meget med kiloene, men i min hjerne er der virkelig sket noget. Jeg bevæger mig mere. Jeg er glad. Ja. Jeg har det bedre end nogensinde.”

Sundhed uden BMI

Det kan være nødvendigt at skabe en definition af sundhed, der træder udenfor BMI-skalaens rammer, hvis man skal modarbejde den vægtstigmatisering, som udspiller sig i det diætetiske arbejde. Internationalt peger allerede på, hvordan den nutidige sundhedsopfattelse bør revideres gennem nye måleenheder for sundhed (18). De seneste år er der sket en stigning i antallet af mennesker, der ligger over den anbefalede BMI og derfor vurderes som overvægtige (19). Dette har skabt politisk bevågenhed med fokus på kvalitetssikring af sundhedsindsatser mod svært overvægtige borgere (20). Før man planlægger en indsats, må man dog forstå, hvordan en problemkategori som overvægt konstrueres. Her er BMI en afgørende aktør, der er med til at skabe en forståelse af, at kropsvægt dikterer sundhed. Mine data viser, at langt de fleste kliniske diætister har de bedste intentioner, men ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på, hvordan deres internaliserede forståelser og rationaler kan have indflydelse på deres klienter. Undersøgelsen bag denne artikel viser blandt andet, hvordan diætister ofte ikke er bevidste om tilstedeværelsen af BMIs magt i praksis, fordi skalaen er blevet en selvfølgelig del af den diætetiske hverdag. Ved at gøre diætister opmærksomme på, hvordan deres rationaler er formet, og de konsekvenser, det kan medføre for klienten, kan man arbejde med nye måder at tilgå den store krop og etablere nye rammer for sundhed.

Referencer

1. James P. m.fl., Effects of buffer size and shape on associations between the built environment and energy balance. *Health & place*; 2014.
2. Horwitz A.V. *Normality*. Contexts; 2008.
3. Eknayan G., Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity. Oxford University Press; 2008.
4. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*; 2018.
5. Keys A. m.fl., Indices of relative weight and obesity. *Journal of chronic diseases*; 1972.
6. Grue L., *Den proporsjonerte kroppen - Normalvekt og moralvekt*, Kapittel 2. *Normalitet*: Fagbokforlaget; 2016.
7. Erlik M., *Kampen om den normale krop – Et studie af kulturelle rationaler og idealer i diætetisk praksis*: Pædagogisk Antropologi, DPU, Aarhus Universitet; 2020.
8. Guthman J., *Fatuous measures: the artifactual construction of the obesity epidemic*. *Critical Public Health* 23; 2013.
9. Staunæs D., *Skæve køn, skæve etniciteter, Kvinder, køn og forskning*; 2003.
10. Gilliam L, Gulløv E. *Civiliserende institutioner: Om idealer og distinktioner i opdragelse*. Aarhus Universitetsforlag; 2012.
11. Munch I., *Kulturelle sundheds- og sygdomsopfattelser*. I: G. Niklasson. *Sundhed, menneske og samfund*. Samfundslitteratur; 2013.
12. Goffman E. *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Samfundslitteratur; 2009.
13. Puhl R.M., Heuer C.A., *Obesity stigma: important considerations for public health*. *American journal of public health*; 2010.
14. Spector M. *Constructing social problems*. Transaction Publishers; 1987.
15. Andreyeva T., Puhl R.M., Brownell K.D., *Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006*. *Obesity*; 2008.
16. Prieur A., *Etnisitet og kønn*, I: ”Frihet til å forme seg selv” En diskusjon av konstruktivistiske perspektiver på identitet, etnisitet og kjønn. Kontur; 2002.
17. Phelan S.M., m.fl. *Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity*. *Obesity reviews*; 2015.
18. Ramos S.X, m.fl. *Addressing weight bias and discrimination: moving beyond raising awareness to creating change*. *Obesity Reviews*; 2017.
19. WHO, *World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet*; 2020.
20. Sundhedsstyrelsen. *Livsstilsintervention ved svær overvægt, Anbefalinger for kommunale tilbud til børn og voksne*. Høringsudkast. 2019.

Bedre opsporing af behov for ernæringsindsats hos borgere i kræftrehabilitering

I Center for Sundhedsfremme i Varde Kommune udførte vi i efteråret 2019 et mini-udviklingsprojekt med fokus på opsporing af borgere, der under og efter et kræftforløb havde brug for ernæringsvejledning hos klinisk diætist. Projektets screeningsredskab viste så positive resultater, at vi i Center for Sundhedsfremme har implementeret det som en del af kræftrehabiliteringen.



Af Bettina Nielsen, klinisk diætist, Center For Sundhedsfremme, betn@varde.dk - i samarbejde med Pernille Tandrup, koordinerende sygeplejerske, Kræftrehabiliteringen og Christine Trankjær, sundheds-konsulent, Center For Sundhedsfremme i Varde Kommune

Baggrunden for projektet

Jeg er ansat som klinisk diætist i Center for Sundhedsfremme i Varde kommune, hvor jeg primært er tilknyttet ældreområdet. Inden da har jeg bl.a. haft en tid på Odense Universitetshospital, hvor jeg var tilknyttet kræftafdelingen. Da jeg blev ansat her for ca. tre år siden, var det samtidig med sygeplejerske Pernille Tandrup, der blev ansat som kræftkoordinator. Vi blev placeret ved hvert vores store skrivebord på et tremandskontor. Vi har gennem tiden haft mange snakke hen over reolen om bl.a. ernæring til kræftpatienter. Når Pernille havde afklarende samtaler med borgere, der var henvist til kræftrehabilitering, kunne hun have svært ved at vurdere patientens ernæringsstatus og evt. behov for en ernæringsindsats. Hun oplevede, at det var hendes subjektive vurdering, der afgjorde, om borgere fik tilbudt ernæringsbehandling. Vi havde talt om ernæringscreeningskemaer, men jeg kunne ikke pege på ét, der var oplagt at anvende i kræftrehabiliteringen.

I 2018 hørte jeg et oplæg af klinisk diætist Randi Tobberup fra Aalborg Universitetshospital. Hun fortalte om et ernæringscreeningskema, Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), se figur 1, der var udviklet specifikt til cancerpatienter (1). Det var et meget inspirerende oplæg, og jeg blev opsat på, at dét skulle vi også prøve i Varde! Pernille var med på idéen, og vores kontormakker Christine, som er sundhedskonsulent, hjalp os med at få det udarbejdet som et mini-udviklingsprojekt, så vi dels kunne dokumentere et evt. behov for ernæringsindsats ved klinisk diætist i kræftrehabiliteringen, og dels kunne afprøve effekten af at bruge systematisk ernæringscreening. Vi havde naturligvis sikret os opbakning fra vores leder inden.

At undgå underernæring er afgørende

Som baggrund for projektet havde vi viden om, at borgere med en kræftdiagnose ofte rammes af underernæring. Særligt patienter med hovedhalskræft, mave-tarmkræft, lungekræft og kræft i bugspytkirtlen er i risiko for at blive underernærede. Kræftsygdom ændrer stofskiftet hos patienterne, og samtidig kan bivirkninger fra behandlingen gøre det svært for mange kræftpatienter at spise nok. Operation og stråleterapi kan desuden give senfølger, der medfører udfordringer ift. patienternes ernæring efter deres kræftbehandling (2). Alt dette bidrager til, at mange kræftpatienter rammes af underernæring og svækkelse, som igen kan føre til øget risiko for komplikationer, herunder flere infektioner og øget dødelighed. Samtidig kan det betyde flere genindlæggelser og længere genoptræning, og at behandling må udskydes eller stoppes.

Mini-projekt undersøgte mulighed for bedre opsporing

I efteråret 2019 var vi klar til at iværksætte vores mini-udviklingsprojekt med fokus på ernæringsindsatsen indenfor kræftrehabiliteringen. Projektet skulle helt konkret undersøge betydningen af systematisk ernæringscreening for opsporing af ernæringsproblematikker. Formålet med screeningen var således at sikre, at borgere i kræftrehabilitering med dårlig ernæringsstilstand blev identificeret, så de kunne få den nødvendige ernæringsbehandling og dermed en forbedret ernæringsstilstand. Mini-projektet forløb over tre måneder fra september til december 2019.

Screening med henblik på tidlig opsporing

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal borgere i kræftrehabilitering tilbydes ernæringsvejledning af klinisk diætist. Det fremgår af "Forløbsprogrammet for Rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" (3). Der er ikke anvist et redskab til, hvordan det vurderes, hvilke borgere der skal henvises. Vores kræftkoordinator Pernille oplevede, at hun foretog en subjektiv vurdering af, hvilke borgere der havde behov for en ernæringsindsats. Pernille har ofte, også i andre sammenhænge, sagt til mig, at systematik er vigtigt! Og det er det - også for at sikre ensartet og tidlig ernæringsindsats. Derfor afprøvede vi ernæringscreening ved hjælp af det validerede spørgeskema Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA short form), hvori også andre parametre end vægttab og madindtag afdækkes (1). Der stilles fx også spørgsmål til mavetarmproblemer, symptomer som kvalme og opkast mm. I projektet blev alle nyhenviste borgere

Eksempel på
PRO-skema!
Læs om PRO
side 8-9.



Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

Historik: Boks 1-4 skal, hvis muligt, udfyldes af patienten
[Boks 1-4 refereres til som PG-SGA Short Form (SF)]

1. Vægt (se hjælpark 1)

Opsummering af nuværende og tidligere vægt:

Jeg vejer på nuværende tidspunkt ca. ____ kg
Jeg er ca. _____ cm høj

For én måned siden vejede jeg ca. ____ kg
For seks måneder siden vejede jeg ca. ____ kg

I de seneste to uger har jeg:

- tabt mig (1) været vægtstabil (0) taget på (0)

Boks 1

Patient ID

2. **Kostindtag:** Sammenlignet med mit vanlige indtag vurderer jeg mit kostindtag den sidste måned som:

- uændret (0)
 større end normalt (0)
 mindre end normalt (1)

Jeg indtager nu:

- normal mad, men mindre end normale portioner (1)
 lidt fast føde (2)
 kun flydende mad/drikke (3)
 kun ernæringstilskud (3)
 meget lidt af det hele (4)
 kun sondemad eller næring via drop (0)

Boks 2

3. **Symptomer:** Jeg har haft følgende problemer, som har forhindret mig i at spise nok i løbet af de sidste 2 uger (sæt gerne flere kryds):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ingen spiseproblemer (0) | <input type="checkbox"/> opkast (3) |
| <input type="checkbox"/> ingen appetit, følte bare ikke for at spise (3) | <input type="checkbox"/> diarré (3) |
| <input type="checkbox"/> kvalme (1) | <input type="checkbox"/> mundtørhed (1) |
| <input type="checkbox"/> forstoppelse (1) | <input type="checkbox"/> lugte generer mig (1) |
| <input type="checkbox"/> mundsår (2) | <input type="checkbox"/> lugte generer mig (1) |
| <input type="checkbox"/> maden smagte underligt eller uden smag (1) | <input type="checkbox"/> hurtig mæthed (1) |
| <input type="checkbox"/> problemer med at synke (2) | <input type="checkbox"/> afkræftet (1) |
| <input type="checkbox"/> smerter, hvor? (3) _____ | |
| <input type="checkbox"/> andet (1)* _____ | |

*Eksempelvis: depression, økonomi eller tandproblemer Boks 3

4. **Aktivitet og funktion:** I løbet af den sidste måned vil jeg generelt vurdere mit aktivitetsniveau som:

- normalt uden begrænsninger (0)
 ikke mit normale jeg, men i stand til at være oppe og i gang med stort set normale aktiviteter (1)
 føler mig ikke oplagt til ret meget, men bruger under halvdelen af dagen i sengen eller siddende (2)
 meget lidt aktivitet, tilbringer det meste af dagen i sengen eller i stolen (3)
 stort set sengeliggende, sjældent ude af sengen (3)

Boks 4

Resten af skemaet udfyldes af din læge, sygeplejerske eller kliniske diætist. Tak!

©FD Ottery 2005, 2006, 2015 v3.22.15 Danish 18-009 v09.14.18
email: faithottervmdphd@aol.com eller info@pt-global.org

Sammenlagt score for boks 1-4 A

Figur 1. Efter aftale med Faith Ottery, Pt-Global.org

Boks 1 - Anbefaling for ernæringstriage

- 0-1 Ingen intervention er nødvendig på nuværende tidspunkt. Revurdering skal ske rutinemæssigt og regelmæssigt under behandling.
2-3 Undervisning af patient og pårørende af klinisk diætist, sygeplejerske eller anden kliniker med farmakologisk intervention, som indikeret af symptomer og laboratorieværdier.
4-8 Kræver intervention af klinisk diætist i samarbejde med sygeplejerske eller læge, som indikeret af symptomer.
≥ 9 Indikerer et kritisk behov for forbedret symptombehandling og ernæringsintervention.

fra hospital eller almen praksis samt borgere, som selv henvendte sig, således bedt om at udfylde skemaet inden den afklarende samtale hos koordinatoren på kræftområdet. Christine fik lagt spørgsmålene fra PG-SGA ind i SurveyXact sammen med behovsvurderingsskemaet for Region Syddanmark.

På baggrund af PG-SGA laver man en vurdering af, hvorvidt borgeren har behov for en ernæringsindsats. Kriteriet for henvisning til diætbehandling hos en klinisk diætist er ifølge det validerede skema en score på fire eller derover (boks 1). De øvrige patienter tager del i kræftrehabiliteringen, som kan være undervisning, træning mm.

Succeskriterier for anvendelse af skemaet i projektet var, at 20 borgere i Varde Kommune udfyldte screeningskemaet, samt at vi kunne foretage en vurdering af, hvorvidt PG-SGA short form kunne anvendes som redskab til systematisk ernæringscreening i kræftrehabiliteringen i Varde Kommune. Yderligere succeskriterier var, at klinisk diætist oplevede, at henviste borgere havde behov for diætbehandling, samt at der i Varde Kommune blev opnået erfaringer med, hvordan ernæringscreeninger kan udføres og organiseres.

Resultater fra projektet

I løbet af projektet blev i alt 20 borgere tilbudt at udfylde screeningskemaet forud for den afklarende samtale med kræftkoordinatoren. Deraf udfyldte 19 borgere skemaet; en enkelt borger udfyldte ikke skemaet, da det ikke var relevant i borgerens situation. Ud af de 19 havde syv borgere en score over fire (PG SGA >4), hvoraf fem blev henvist til ernæringsvejledning hos mig. De to øvrige takkede nej til vejledning. Gennem projektets tre måneder havde 35% af borgerne i kræftrehabilitering i Center for Sundhedsfremme en PG SGA-score >4. Screeningskemaet bidrog til, at 25% af borgerne med en ernæringsproblematik blev opsporet og henvist til diætist. De resterende tager del i kræftrehabiliteringen, som kan være undervisning, træning mm.

Succeskriterier for anvendelse af skemaet i projektet

20 borgere udfylder ernæringscreeningsskemaet. Koordinator på kræftområdet vurderer, at PG-SGA short form kan anvendes som redskab til systematisk ernæringscreening i kræftrehabiliteringen i Varde Kommune. Klinisk diætist oplever, at henviste borgere har behov for diætbehandling.

Varde Kommune opnår erfaringer med, hvordan ernæringscreeninger kan udføres og organiseres.

Der blev således taget hånd om borgernes eventuelle ernæringsproblematikker tidligt i deres kræftrehabiliteringsforløb, og Center for Sundhedsfremme mødte de nævnte succeskriterier for projektet.

Refleksion på mini-udviklingsprojektet

Mini-udviklingsprojektet om ernæringsindsatsen i kræftrehabiliteringen i Varde Kommune har bekræftet fordelene ved anvendelse af screeningskemaet til opsporing af borgere med ernæringsproblematikker. Men projektet har også bidraget til at skabe overblik over, hvor mange der vurderes at have behov for ernæringsvejledning hos klinisk diætist. Inden projektet brugte kræftkoordinatoren en del tid på at drøfte ernæringsituationen med borgeren under den afklarende samtale. Med skemaet har hun allerede inden samtalen en afklaring, så tiden kan bruges konstruktivt på at finde den bedste løsning og hjælp til borgeren. Hun oplevede også at finde borgere, der ikke havde haft et vægttab, og som hun ellers ikke ville have tænkt kunne have behov for en ernæringsindsats. Dette kunne bl.a. være pga. smagsforandringer, tygge-/synkebesvær og mave-/tarm-problestillinger, som kan være meget hæmmende i hverdagen og bl.a. for opstart af et arbejdsliv igen.

Vi har således i Center for Sundhedsfremme fundet frem til, at screeningskemaet er et effektivt redskab i vores hverdag - særligt til opsporing i de tilfælde hvor patienterne ikke har oplevet vægttab. Den tidlige opsporing har betydet tidligere ernæringsindsats hos klinisk diætist og dermed mulighed for at forebygge og behandle vægttab og dårlig ernæringstilstand. Derfor har vi valgt at fortsætte med metoden - og tillige udvidet anvendelsen af skemaet, så det nu også bruges i forbindelse med opfølgende og afsluttende samtaler i kræftrehabiliteringsforløbet.

Jeg modtager nu information i vores journalsystem fra Pernille, når hun har ernæringsscreenet en borger til fire eller derover, og jeg kalder derefter borgeren ind til Center for Sundhedsfremme, eller jeg tager på hjemmebesøg. Hjemmebesøg giver noget specielt, fordi det foregår på borgerens hjemmebane, og man kommer tæt på, når man er omgivet af billeder af børn, børnebørn, hunde og andre relationer. Man kan kigge i køleskabet sammen, og de konkrete spørgsmål til madvarer kan hurtigt afklares. Ofte er et enkelt besøg tilstrækkeligt. Derefter kan opfølgningerne ske i forbindelse med træning eller per telefon for dem, der ikke træner i Center for Sundhedsfremme.

Referencer

1. Tobberup, R., Jager-Wittenaar, H., Sørensen, J., Ottery, F.D. (2018). Linguistic and content validity of the Danish patient-generated subjective global assessment. *Elsevier*, 37(1), 238-239. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.1847>.
2. Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, Foreningen af Kliniske Diætister, Kost og Ernæringsforbundet og Fresenius Kabi (2016). *Kost og Cancer – Rapport om kræftpatienters kost og ernæring*.
3. Sundhedsstyrelsen (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. København.
4. Region Syddanmark (2020). *Kræft*. <https://www.regionsyddanmark.dk/wm430928>.

Smag som ressource

I dette tema bringes fire artikler med den nyeste viden om smag i bred forstand. Artiklerne er målrettet den kliniske diætist som privatperson og fagprofessionel, og hensigten er at bidrage med viden og værktøjer til at bruge smag som ressource.

Grundviden om smag kan anvendes som et af redskaberne i rådgivningen og vejledningen af både raske og syge.

Når vi beskæftiger os med undervisning, rådgivning/vejledning, behandling og enhver anden samtale om smag, er det imidlertid væsentligt at afgøre, om samtaleparterne forstår det samme ved smag.

Læs også en undersøgelse af hvordan udvalgte smage kan bruges i ernæringsbehandlingen til mennesker med kræft.

Vi spiser det, vi kan lide

Af Eva Rymann, *journalist, kommunikationsansvarlig og Mikael Schneider, humanbiolog, ph.d., projektkoordinator, begge Smag for Livet. Kontakt: misc1@ucl.dk*

OM SMAG

Måltidet er et særligt socialt samlingspunkt, der går igen i alle kulturer (1). Her deler vi vores smagsoplevelser og lærer at omgås hinanden, at tage hensyn og at dele. Ofte benytter vi også maden som en identitetsmarkør eller som ramme om et særligt fællesskab (2).

Så der er meget på spil, når man vil forandre sine mad- og måltidsvaner. Her kan det være en stor hjælp at undersøge smagens mange nuancer. Det gælder om ikke kun at opdele maden i det, der smager godt og det, der smager mindre godt, men også at lægge mærke til smag og tekstur såvel som de smagspræferencer, vi er født med og har tillært os, og de sammenhænge, vi spiser i (3).

Evolutionen har givet os en medfødt forkærlighed for smagen af sødt, umami og let salt (4). Det er en arv fra en fjern fortid, hvor det vigtigste for mennesket var at få næring nok. Sådan er det som bekendt ikke længere, men præferencerne har vi endnu, og det er brugbar viden, hvis vi fx ønsker at spise mere grønt (5).

Vores individuelle smag er formbar og foranderlig hele livet igennem (6). I de følgende artikler redegør vi for smagens mange dimensioner og de elementer, der tilsammen udgør menneskets evne til at smage – og til at vælge til og fra.

Om forfatterne til artiklerne side 17-24

Smag for Livet er et tværfagligt center, der forsker i smag og formidler viden om smag til børn, unge og voksne med det formål at gøre smagen til en ressource for det gode liv. Centret støttes af Nordea-fonden.

Eva Rymann er journalist og Smag for Livets kommunikationsansvarlige. Mikael Schneider er humanbiolog, ph.d. og projektkoordinator i Smag for Livet. Sammen har de udgivet bogen "Sådan smager børn. Den videnskabelige forklaring på, hvad dit barn vælger at spise – og hvorfor", Gyldendal, 2018.

Referencer i artiklerne er fortløbende og samlet på side 24.



Smag er en oplevelse for alle sanser

Menneskets evne til at smage involverer alle fem sanser og er helt afhængig af de følelser og erfaringer, smagsoplevelsen udløser. Evnen til at smage er evolutionært udviklet til at hjælpe os til at spise det, der er godt for os.

Af Eva Rymann, journalist, kommunikationsansvarlig og Mikael Schneider, humanbiolog, ph.d., projektkoordinator, begge Smag for Livet. Kontakt: misc1@ucl.dk

Øvelsen skitseret i den grå boks skal hjælpe til at vise, at vi smager med mere end smagssansen. Her er det specifikt lugtesansens rolle, der bliver tydelig, men vi smager med alle sanser. Den samlede smags-

oplevelse afhænger desuden af minder, erfaringer, kultur, normer og sociale relationer (1,3,6,7). I det følgende kan du læse om alle sansernes roller.

Smagssansen afdækker madens næringsindhold

Vi starter på tungen og i munden, hvor smagssansen som bekendt sidder. Den består af smagsceller fordelt i ca. 5.000 smagsløg fordelt på tungen smagspapiller såvel som i mundhulen og svælget (se figuren nederst på siden (8)).

De enkelte smagsceller kan hver især genkende en af de fem grundsmage: sød, sur, salt, bitter og umami (8). Hvert smagsløg indeholder alle slags smagsceller, og vi kan derfor smage alle fem grundsmage på hele tungen (9). Alle andre komponenter af den fysiologiske smagsoplevelse stammer fra inputs via vores andre sanser (7,10).

Medfødte smagspræferencer sikrer overlevelse

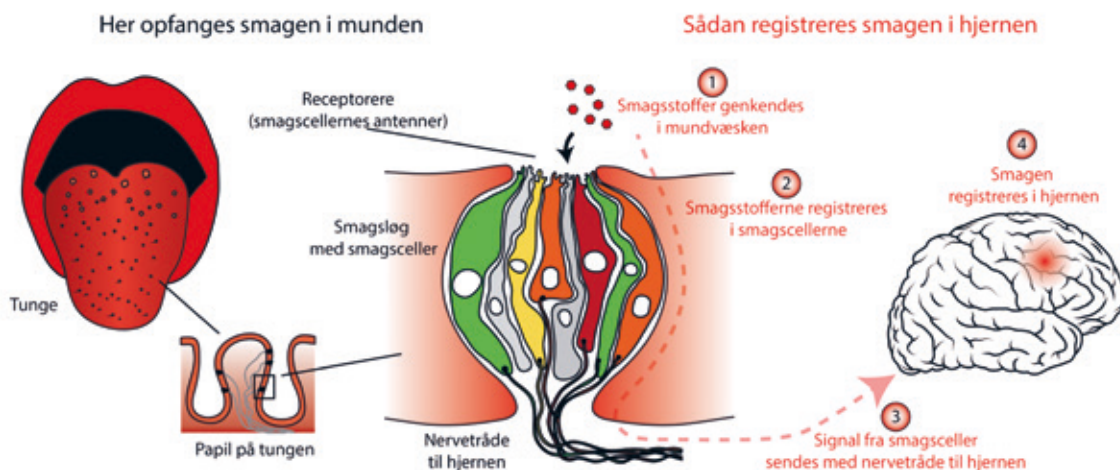
Vi er som mennesker i princippet altædende (6). Vi skal derfor hele tiden vælge, hvad vi vil spise og ikke spise. Med smagssansen har vi evolutionært udviklet et overlevelsesværktøj, der har givet os evnen til at skelne mellem spiseligt og uspiseligt, sundt og usundt – og som kan udløse følelsesmæssige reaktioner fra afsky til nydelse (4,6). Smagssansen er derfor afgørende vigtig for vores sundhed både helt konkret og i bredeste forstand.

Når vi som udgangspunkt kan lide det, der smager sødt, umami og let salt, er det, fordi vi som mennesker netop har brug for kulhydrater (sødt), aminosyrer (umami) og lidt salte (4,6). Når vi fra fødslen ikke

Smag er en sanselig oplevelse, der kan testes med en simpel øvelse, når du underviser eller vejleder:

1. Pluk et blad fra en krydderurt (et stykke frugt eller et stykke slik fungerer også godt).
2. Hold stramt for næsen.
3. Tag krydderurten i munden og tyg godt til, mens du prøver at smage efter.
4. Efter ca. 10 sekunder slipper du for næsen og puster ud gennem næsen.
5. Bemærk hvordan krydderurten nu "smager" af mere, og at smagen nærmest strømmer ud gennem næsen.

Illustration af hvad der sker når du smager



bryder os om det bitre, sure og meget salte, er det, fordi vi er biologisk kodet til at undgå giftige bitre stoffer, sur frugt og fordærvet mad samt for meget salt, som kan være akut skadeligt for kroppen (4,6).

Vores afsmag for det bitre, det sure og det meget salte er ophav til følelsen af afsky (11). Afsky er en vigtig og grundlæggende følelse for alle mennesker, medfødt og lige så basal som vrede, frygt, glæde, bedrøvelse og overraskelse. Følelsen opstår, når det, vi smager, lugter eller ser, frastøder os og virker modbydeligt. Men det er forskelligt fra person til person og fra kultur til kultur, hvad vi føler afsky for (11).

Sød smag er direkte fysiologisk koblet til oplevelsen af nydelse, men vi kan sagtens opleve nydelse og føle trang til mad, der ikke er sød, eller som i hvert fald også smager af meget mere og andet end sukker, fx umami (6,7,9). Fælles for det, vi føler lækkersult for, er, at det er noget, vi kender, og noget, vi virkelig godt kan lide (6). Det er ofte også let spiseligt og særligt velsmagende for de fleste. Vi bliver lækkersultne efter noget, fordi vi ved, at det smager godt og giver nydelse. Nydelsen, vi oplever gennem smag, er også en vigtig del af at spise (12). Nydelsen sikrer gode madoplevelser og fremmer et godt forhold til mad. Forskning viser endda, at tilfredsstillelse af sanserne kan få folk til at spise sundere og ikke nødvendigvis i for store mængder, netop fordi sanserne mættes, når maden smager godt og stimulerende (12).

Sanserne har hver sin opgave

Når vi spiser, mærker vi maden med læber, tunge, mund og evt. fingrene, og vi både ser, dufter og hører maden, mens vi spiser. Normalt flyder alle disse stimuli sammen til én integreret smagsoplevelse, dét, vi til daglig kalder smagen af maden. I virkeligheden er oplevelsen en multisensorisk integration af alle sansernes stimuli, hvor hver sans har sin funktion (7,10).

Synssansen giver genkendelse

Synet spiller en afgørende rolle for, om vi overhovedet vil spise det, vi ser (6). Allerede inden vi putter maden i munden, giver synet os genkendelse og forventninger om madens smag. Vi bruger på den måde synssansen til at vurdere, om vi ønsker at spise det, vi ser. Synet kan skræmme os fra at spise noget, vi ikke kender smagen af, for eksempel en ristet græshoppe. Omvendt kan synet give os lyst til at smage noget, vi forventer smager godt, men som vi ikke ved præcis, hvad er, for eksempel en fyldt chokolade (14).

Følesansen handler om mere end konsistens

Når vi spiser, er følesansen i spil i munden men også fx i fingrene, hvis det er håndmad. Tungen og læberne mærker madens konsistens på samme måde, som når fingrene rører ved maden. Vores oplevelse af madens konsistens kaldes mundfølelse (10). Den kan for eksempel være svampet, melet, blød, sprød, hård og meget mere. Hver mundfølelse afspejler en fysisk egenskab ved maden, som følesansen kan detektere (10). Mundfølelsens store betydning for smagsoplevelsen er ofte tydeligst, når konsistensen ikke er, som vi forventer: Når kødet er sejt i stedet for mørt, når æblet er melet, og når knækbrødet er blødt.

Lugtesansen skelner mellem aromastoffer og minder

Signaler fra næsens lugtesans udgør en meget stor del af det, vi normalt opfatter som smag. Lugtesansen kan skelne op til en billion forskellige aromastoffer og giver derfor en langt mere kompleks oplevelse af madens smag end de fem grundsmage (15). Lugtesansen stimuleres af luftbårne stoffer, aromastoffer, som enten frigøres i mundhulen, når vi tygger maden, og da finder vej til næsesvælget - retronasalt, eller som frigøres direkte fra maden, inden den kommer



DE FEM GRUNDSMAGE

SØD Smagen af sød er forbundet med tilstedeværelsen af sukker (13). Sød er derfor signal om, at maden indeholder kulhydrater og dermed lettilgængelig energi. Evnen til at smage sødt er helt fundamental for mennesket, og helt fra fødslen har vi en forkærlighed for den søde smag (3,4).

SUR Smagen af sur er et signal om syreindhold (f.eks. eddikesyre, frugtsyre eller mælkesyre (13)). Meget sur mad virker som regel frastødende for mennesker. Det afspejler formodentlig, at syre ofte findes koncentreret i umoden eller delvist fordærvet mad, som kan have en begrænset næringsmæssig værdi for os, eller som kan være direkte skadelig (9). Omvendt kan vi godt lide det, der er lidt surt, især når det også er sødt, som f.eks. frugt (4).

SALT Smagen af salt er direkte forbundet med madens indhold af natrium-ioner (Na⁺) og andre salte (13). Det menes, at vi kan smage salt for at kunne regulere kroppens essentielle funktioner som væskebalance og blodcirkulation (4).

BITTER Bittert kan give et umiddelbart ubehag, når vi smager det (13). Mange giftige planter indeholder bitterstoffer, og evnen til at smage bittert menes derfor at være udviklet for at advare os om muligt giftig mad (4). Når vi indtager bitre mad- og drikkevarer som f.eks. kaffe, kræver det af samme grund oftest en vis tilvænnning at kunne værdsætte smagen.

UMAMI Smagen af umami er koblet til genkendelsen af aminosyresaltene glutamat og i mindre grad aspartat (9). Umami menes derfor at være et udtryk for, at fødevarer er rig på (nedbrudt) protein. Smagen af umami forstærkes desuden af særlige nukleotider (guanylat, inosinat og adenylat) (9). Umami giver os en oplevelse af velsmag og er tilmed appetitregulerende (12). Smagen af umami kan både vække appetitten – det kan være en afgørende faktor for, at syge og ældre mennesker kan få næring nok – og samtidig fremme mæthed (9).

NOTE: Der forskes stadig i, om der findes andre grundsmage. Nogle nævner smagen af fedt, kaldet oleogustus, smagen af særlige peptider, kaldet kokumi (fremkommer bl.a. når hvidløg steges) og smagen af stivelse. Disse smage er dog ikke bredt anerkendt som grundsmage (13).

ind i munden og bliver inhaleret gennem næseborene - orthonasalt (7).

Vores oplevelse af lugte kan være meget forskellige afhængig af, om de kommer ortho- eller retronasalt (7). Nogle forskere skelner endda mellem de to indgange som to forskellige sanser. Den retronasale vej er langt den vigtigste for vores smagsoplevelse og tilmed vores mest veludviklede måde at opfange lugte på (7).

Når aromastoffer stimulerer lugtcellerne i næsens loft, sendes der via den første kranienerve signal til lugtcenteret i hjernen, dvs. lugtekolben (6). En mindre del af signalet går til hjernens centre for erindring, følelser og beslutninger om belønning i hippocampus. Smagen og duften sætter sig her som "smagsbilleder", og disse "billeder" bliver fremkaldt på ny, når vi møder duften igen (10). Aromastofferne knytter sig dermed til minder og erfaringer, så vi instinktivt ved, om netop denne mad med denne duftprofil vil gøre os mætte og glade.

Høresansen sætter lyd på maden

Mad giver lyd fra sig, når den tygges og flyttes rundt i munden. Lyden fra maden i munden går gennem kraniets knogler til det indre øre, og når madens lyd ikke opfylder vores forventninger, påvirker det smagsoplevelsen (10). For eksempel oplever vi, at chips, der ikke knaser, smager forkert, mens et melet æble mangler lyden af et sprødt knæk, når tænderne bider et stykke af.

Sansernes indtryk samles i hjernen

Den samlede sansning af maden og dens smag er egentlig ikke en egenskab ved maden selv, men rettere ved madens møde med vores sanser og hjernens analyse af sanseindtrykkene. Man kan sige, at smagen er i hjernen (6,7,10).

Men der er meget andet end sanserne på spil. For hjernens analyse afhænger helt af de minder og erfaringer, vi har gjort os og den kul-



Sådan lærer vi at kunne lide nyt

Vi kan lide den mad, vi kender, og mad som giver os nydelse. Vi kan derfor komme til at værdsætte ny mad ved at smage på det og få gode oplevelser af at spise det.

Af Eva Rymann, journalist, kommunikationsansvarlig og Mikael Schneider, humanbiolog, ph.d., projektkoordinator, begge Smag for Livet. Kontakt: misc1@ucl.dk

Nogle smage og fornemmelser kan vi helt fra barnsben og som udgangspunkt lide – f.eks. sødt, fedt og sprødt – eller ikke lide – f.eks. bittert, surt og slimet (3). Men en meget stor del af vores smagspræferencer skabes gennem livet ved, at vi bliver udsat for forskellige smagsoplevelser (5). Vi lærer at kunne lide noget og ikke at kunne lide andet. Udvikling af smagen er størst i barndommen, men hvad vi kan lide, og hvad, vi vælger at spise, ændrer sig også, når vi er voksne (3).

Måden, hvorpå vi lærer at kunne lide noget bestemt, er at smage det (5). For vi kan lide det, vi kender – og vi lærer noget at kende ved at møde det ofte og i forskellige sammenhænge. Smager vi noget flere gange med jævne mellemrum og får en god oplevelse med smagen, begynder vi at kunne lide det (5,16).

Det betyder ikke, at man bevidstløst skal tvinge sig selv eller andre til at spise dampet rosenkål 14 dage i træk. I så fald bliver maden kedelig, uindbydende og i øvrigt associeret med noget negativt (5,16). Smagsoplevelser, især dufte, knytter sig til minder og følelser. Der er derfor større chance for, at man lærer at kunne lide noget, hvis man smager det i en sammenhæng, som er positiv og kærlig – og ikke fuld af kontrol og tvang (5,17).

Dette hænger også sammen med smagens sociale aspekter. Vores smagspræferencer er meget afhængige af, hvem vi spiser og smager sammen med (1). Vi spejler os i de andre om bordet, og på den måde er vi alle smagsrollemodeller for hinanden (3). Også fagprofessionelle som fx diætister kan gå forrest, når formålet er at fremme madmodet eller nye spisevaner.

Positiv opbakning og god stemning om bordet giver også større trykthed (5,16). Når vi er trygge, er vi mere modige, også madmodige, og tør derfor i højere grad udfordre os selv til at prøve nyt (5,17). Trykthed og kendskab til mad og smag kan vi også få ved selv at gå i køkkenet og gå nysgerrigt og legende til madlavningen. Det giver et ejerskab til maden og smagen, som er grundlaget for at udvikle et sundt forhold til mad og til at spise godt (3,5).

Sådan får man mere madmod

På denne baggrund kan man pege på en række gode råd og metoder, som kan fremkalde mere madmod. Det er ikke sikkert, at de alle virker for den enkelte. Man må prøve sig frem, være tålmodig og undgå at være kontrollerende over for den, der skal tilegne sig ny mad (5,18). For det skal være rart og hyggeligt at spise. Med disse forudsætninger på plads følger her en oversigt over nogle af de tilgange, man kan forsøge (se desuden 5,16):

Prøv mange gange

Det mest effektive, man kan gøre for at lære at spise noget bestemt, er at møde madvaren med jævne mellemrum og smage på den i både rå og tilberedt tilstand (5,16). Man skal blive ved flere gange, end man måske tror – for voksne 10-15 gange over tid - men variere tilberedningerne og tilpasse råvaren til måltidet (5). Ellers vil man op-

tur og sociale sammenhæng, vi befinder os i (6,7). Når vi smager og spiser, integrerer hjernen indtrykkene fra alle vores sanser, vender dem med vores minder og erfaringer og fælder derpå vores smagsdom.

Smagsdommen afhænger derfor af, hvad vi hver især har erfaret. Har vi gode minder om stegt flæsk med persillesovs til den årlige familiekomsammen på den lokale kro, er chancen for, at vi kan lide denne ret større, end hvis mindet i stedet var af far, der vedholdende insisterede på, at vi spiste det og spiste op, selvom vi ikke havde lyst. Chancen for overhovedet at have minder om stegt flæsk med persillesovs er naturligvis langt højere i den danske madkultur end i andre dele af verden. Kultur påvirker således også vores smag ved at afgrænse, hvilke smage vi har mulighed for at møde (1,6).

Endelig foregår smag ikke kun i den enkelte men også mellem os (1). Vi kommunikerer og deler vores smagsoplevelser med hinanden, og denne deling er med til at definere vores smag (1,2). Vores trang til at være sammen om måltidet og dele oplevelserne omkring mad er så stærk, at det påvirker smagen. Forskning viser, at mad kan smage bedre, når vi spiser sammen med andre (1). Vi påvirker hinandens smag mere, end vi måske umiddelbart lægger mærke til, og vi fungerer alle som hinandens smagsrollemodeller i større eller mindre omfang.

Dermed er smag og smagspræferencer også noget, som vi tilegner os, og som vi kan ændre.

TRÆN SMAG – din egen eller din klients/borgers/patients

Vi har brug for at kende vores egen smag, så vi kan tage kritisk og bevidst stilling til vores madvalg. Derfor er det en god idé at øve sig i at blive bevidst om smagen. Til daglig kan vi glemme at smage efter, men med denne lille øvelse genoplever man, hvor meget sanserne er i gang og kan fortælle os, når vi spiser:

- Tag et æble eller noget andet, du eller din klient godt kan lide.
- Brug synssansen og sæt ord på, hvilke forventninger synet af æblet giver dig/hende (fx sprødt, saft, kedeligt, lækkert).
- Brug følesansen i fingrene og lad klienten sætte ord på, hvad vedkommende kan mærke (f.eks. hårdt, rynket, rundt).
- Brug lugtesansen og forsøg at beskrive duften (fx mildt, æbleagtigt, af efterår/jul).
- Brug høresansen når du bider og tygger i æblet og bemærk, hvilke lyder der opstår (fx smask, knæk, slurp).
- Brug smagssansen på tungen og smag efter grundsmagene.
- Brug følesansen i munden til at mærke æblets mundfølelse (fx sprødt, melet, saftigt).
- Brug lugtesansen igen og læg mærke til, hvordan duften fra æblestykket i din mund slipper fra mundhulen og bagom op i næsen.

leve, at maden bliver kedelig og uindbydende. Vær også bevidst om, at metoden ikke er skudsikker. For nogle gør det ingen forskel, hvor mange gange de møder en given fødevarer (3,16).

Brug flavour-flavour-læring

Den såkaldte flavour-flavour-læring – eller "smagsparring" på dansk – går ud på at kombinere den smag, man skal lære at kende, med en smag, man kender i forvejen og godt kan lide (5). For eksempel kan man hælde smørsovs på broccolien, drysse revet ost på bønnerne eller bruge noget andet vellidt som en vej ind til den nye madvare, der skal introduceres.

Vær bevidst om, at smag er noget, vi lærer

Vores opfattelse af smag er tillært, og vores smag er plastisk og kan forandre sig (3). Det kan være godt at minde sig selv om. Man skal ikke acceptere, at man aldrig kommer til at kunne lide fx spidskål, fordi man allerede har prøvet for længe siden, hvor man ikke kunne fordrage det. I stedet kan man forsøge at etablere nysgerrighed over for smagen og afprøve nye tilberedninger (5).

Lad dig påvirke af de gode rollemodeller

Vi bliver alle påvirkede af vores omgivelser, også i forhold til den mad, vi kan lide (1,3,5). Man kan opleve, at både børn og voksnes smag ændrer sig alt efter, hvem de spiser sammen med. Det kan man

benytte sig af, fx hvis en ven er på besøg, og man ved, at hun elsker bestemte madvarer. For børn har aldersforskellen også betydning, hvis det er et ældre barn, der inspirerer barnet til at spise noget bestemt, ligesom voksne familiemedlemmer, "helte", mediepersonligheder m.fl. kan fungere som rollemodeller (3,5).

Lav en afslappet spisesituation og nyd maden

Gør det hyggeligt og afslappende at spise. Dyrk nydelsen og det legende. Der er ikke megen forskning i effekterne af at lege med maden, men der er masser af god erfaring med leg og eksperimenter i køkkenet, og vi anbefaler gerne leg tilpasset situationen, hvis man i øvrigt synes, det er i orden at lege lidt ved bordet (5). Leg har den fordel, at den fjerner lidt af fokus på maden eller giver den en ny betydning.

Vær varsom med grøntsager gemt i kødsovsen

Det gamle husmortrick med at blende grøntsagerne og blande dem i kødsovsen, lasagnen eller frikadellefarsen virker, hvis målet kun er at få mere grønt indenbords (5). Vi anbefaler dog ikke denne metode, netop fordi grøntsagerne skjules, så man ikke bliver bevidst om smagen af det, man spiser (3,5,17). En mere konstruktiv tilgang kan være at acceptere eller fortælle, at der faktisk er løg i frikadellerne, men at de er fintrevne, så man ikke kan mærke dem, kun fornemme den gode smag, de giver.

Vi kan smage i otte dimensioner



Når vi beskæftiger os med undervisning, rådgivning/vejledning, behandling og enhver anden samtale om smag, er det væsentligt at afgøre, om samtaleparterne forstår det samme ved smag.

Af Eva Rymann, journalist, kommunikationsansvarlig og Mikael Schneider, humanbiolog, ph.d., projektkoordinator, begge Smag for Livet. Kontakt: misc1@ucl.dk

Smag og behag kan ikke diskuteres, lyder talemåden godt nok, men det er noget vrøvl, for vi diskuterer smag hele tiden. Det er rigtigt, at vi ikke nødvendigvis spiser på samme måde eller har samme smagspræferencer, men det betyder ikke, at vi ikke kan forstå hinandens smag eller diskutere smag. Vi skal blot gøre os én ting klart først:

Gennem vores arbejde i Smag for Livet har vi erfaret, at mange har en gængs/tillært forståelse af mad og smag som opdelt i "det sunde" og "det usunde", underforstået "fornuftig og lidt kedelig mad", der giver næring, og "lækker og lidt forbudt mad", der giver nydelse (19). Men denne polarisering i sundt-kedeligt og usundt-lækkert er en ensidig forståelsesramme, der ikke rummer ret mange muligheder for at skabe nye madvaner eller forstå, hvorfor vi spiser, som vi gør (3).

Opgaven falder altså i to dele. Vi må forsøge at udvide vores begreb om smag. Dernæst må vi i samtalen om mad og smag sørge for at være bevidste om, hvilke dimensioner af smagen, vi taler om (20). Det åbner for rige muligheder for at forstå, rådgive, undervise eller inspirere til nye perspektiver på smag og måske nye smagsoplevelser.

Professorerne Karen Wistoft og Lars Qvortrup fra Aarhus Universitet har kategoriseret otte måder at forstå smag på: Otte dimensioner, som beskrives i bogen Smagens didaktik (20). Her skal vi se nærmere på, hvordan smagens dimensioner kan bruges til at skabe et fælles udgangspunkt for samtale og en bredere forståelse af smagsoplevelser.

Den skønne smag

Dimensionen "skøn smag" omfatter velsmag, nydelse og æstetik. Maden "smager skønt" - i betydningen, at fx en frisk fisk eller en sprød agurk smager godt. Når vi vurderer den skønne smag, kommer vi med en æstetisk smagsdom baseret på en personlig oplevelse af nydelse. Nydelsen kan selvfølgelig komme fra selve maden, men også fra fx omgivelserne, borddækningen eller den måde, maden er tilberedt eller anrettet på.

Når vi spontant udbryder "uhm, hvor er det lækkert", taler vi som regel om den skønne smagsdimension.

Vil du vurdere madens skønne smag, så overvej:

- Hvad er det ved maden, der smager skønt?
- Hvad nyder jeg mest ved måltidet og hvorfor?
- Hvad minder smagen mig om? Hvad betyder minderne for madens smag?
- I hvilken sammenhæng, stemning, årstid smager maden særlig godt?

Den sunde smag

Den sunde smagsdimension handler naturligvis om sundhed og ernæring, men også om trivsel. Fx kan en familie glæde sig over, at det er sundt at have tid til hinanden under måltidet, hvor de spiser sund og nærende mad.

I den sunde smagsdimension bliver de usunde dele af vores spisevaner til kontraster i måltidet og smager måske ligefrem lidt syndigt eller forbudt: Uhm, der er fløde i sovsen eller kage på bordet.

Den sunde smagsdimension ses også i madtrends med fokus på madens indhold af næringsstoffer, hvor fx en salat eller smoothie fremhæves, fordi den har "nogle gode proteiner i". Kulhydraterne i fx hvidt brød, pasta eller sukker trækker ned, fordi en af de mange madmyter er, at de giver store udsving i blodsukkeret. Mad bliver til kroppens brændstof, og vi taler om sund mad som noget, der er "godt for os" i fysisk forstand. Man vurderer primært madens energi- og næringsindhold – giver maden mæthed, vitaminer og stabilt blodsukker?

Overfor visse målgrupper kan det være en fordel at se sundhedsbegrebet mere bredt og overveje trivselsaspektet ved måltidet. For beboerne på et plejehjem kan det fx give større velvære at nyde et glas vin til maden, smukke blomster på bordet eller en kage til kaffen.

Vil du vurdere madens sunde smag, så overvej:

- Er måltidet overordnet sundt? Hvad gør det sundt?
- Hvad værdsætter jeg især ved måltidets sunde egenskaber? Hvorfor?
- Hvordan bidrager maden og måltidet til min eller min klients trivsel?

Den sansede smag

Den sansede smagsdimension træder frem, når vi bruger vores fem primære sanser - synet, hørelsen, føle-, lugte- og smagssansen - til at analysere maden og dens smag. Vi bruger desuden vores kemestetiske sans, dvs. sans for det stærke, snerpende og irriterende/stimulerende i maden.

Den sansede smag bruger vi også før måltidet, når vi skal vælge de madvarer, vi vil spise - ser de friske ud, dufter de rigtigt, føles de modne - og under tilberedning af måltidet, når vi smager maden til eller bruger følesansen til at vurdere, om kartoflerne er kogt færdige, og om dressingen eller sovsen er tilpas cremet og tyk.

Vil du vurdere din sansede smag af maden, så overvej:

- Hvilke forventninger får jeg ved synet og duften af maden? Smager maden som forventet, eller bliver jeg overrasket over noget?
- Hvordan føles madens forskellige teksturer og konsistenser i munden?
- Hvilke grundsmage - sur, sød, salt, bitter og umami - kan jeg smage i maden?
- Hvilke aromaer (dufte) kan jeg lugte og smage?

Vi kan bevidst fokusere på madens grundsmage, aromaer, mundfølelse, udseende og lyd. Men når hjernen bearbejder oplysningerne fra vores sanser om maden, inkluderer den også vores forventninger til smagen, vores minder, associationer og stemninger i rummet for endelig at give os et samlet billede af madens smag (se forrige artikel). Forskellige forventninger, minder og påvirkninger fra omgivelserne kan betyde, at to mennesker kan få vidt forskellige smagsoplevelser, selvom de spiser det samme.

Den moralske smag

I den moralske smagsdimension kan de spisende fx værdsætte, at grøntsagerne er dyrket i egen have eller købt hos den lokale økologiske landmand og dermed skåner miljø og klima. Det er et udtryk for moralsk smag, når vi vægter fx bæredygtig produktion, økologi eller dyrevelfærd. Det er også i den moralske smagsdimension, vi forsøger at mindske madspild og tager hensyn til, om en råvare er i sæson eller skal fragtes kloden rundt for at havne på supermarkedets hyld.

Den moralske smag afhænger i høj grad af de normer og den sociale sammenhæng, vi befinder os i, og spørgsmålene kan derfor varieres i det næsten uendelige.

Vil du vurdere den moralske smag, så overvej:

- Kommer råvarerne fra lokalområdet, eller er de transporteret langt?
- Hvordan er produktionsforholdene? Har dyr eller natur/miljø/klima været unødigt belastet af produktionen?
- Hvor vigtigt er det, at maden er økologisk? Vil jeg hellere have et lille økologisk æble end et stort konventionelt?
- Vil jeg spise mindre kød eller udelukkende plantebaseret?

Den religiøse smag

I denne dimension af smag lægger vi vægt på madens religiøse symbolværdi, fx ved et rituelt måltid eller den slags mad, der i forskellige religioner spises før og efter en fasteperiode. Den religiøse smag vil også i nogle tilfælde være koblet sammen med den moralske smag, dvs. underlagt forskellige regler og normer om, hvad man spiser og ikke spiser.

Vil du vurdere den religiøse smag, så overvej:

- Er maden og smagen knyttet til et bestemt religiøst ritual eller en tradition på helligdage eller højtider?
- Hvad symboliserer smagen i de enkelte madvarer og/eller i måltidet som helhed?

Den kærlige smag

Denne smagsdimension handler om, at måltidet er tilberedt med kærlighed og/eller omsorg for den, der skal spise det. Hvad enten maden laves af en familiefar eller -mor, et barn, en kæreste eller en madmor i en daginstitution, er der en relation mellem den, der laver maden og dem, der skal spise den, og maden bruges til at udtrykke kærlighed og omsorg.

Den kærlige smag kobles til den sunde smagsdimension, når fx ægtefæller med diabetes yder omsorg for hinanden ved at lave sund aftensmad - "vi vil passe på hinanden, så vi spiser sundt sammen". Samme familie kan sammenkoble kærlig smag med den skønne smagsdimension en fredag aften med kage eller slik på bordet. Her er budskabet, at "nu fejrer vi vores kærlige fællesskab, så vi spiser noget, vi synes er lækkert".

Som enhver madprofessionel vil vide, kan måltidet eller slikket også fungere som egenomsorg, og forståelsen af et måltids kærlige dimension kan derfor give nyttig viden om, hvad det er, den spisende aktuelt fokuserer på.

Vil du vurdere den kærlige smag, så overvej:

- På hvilken måde kan jeg smage, at maden er tilberedt med kærlighed?
- Udtrykker maden passion eller omsorg?
- Hvad gør maden og dens smag for relationen mellem de spisende og/eller kokken og de spisende?
- Hvis du er den, der laver maden: Hvordan udtrykker jeg kærlighed i måltidet?

Den smarte smag

I den smarte smagsdimension er måltidet tilrettelagt ud fra de herskende madtendenser i den kultur, vi befinder os i, og vi værdsætter følelsen af at følge disse tendenser.

Det kan handle om at spise et bestemt sted eller mad af en bestemt genre - fx street food, Ny Nordisk eller frilandskød og -grønt. Mulighederne er mange og afhængige af vores kultur og de medier, vi bruger til at kommunikere vores smag med.

Forskellige tilberedningsmetoder kan også være udtryk for smart smag og gå op eller ned på trendbarometret afhængigt af omgivelser og kultur. Eksempler kan være sous vide-tilberedning, syltning og fermentering.

Endelig er bestemte råvarer jævnlige trendy. Pludselig er havtorn, tang eller karse alle vegne, mens 1980'ernes kinakål er usmart - medmindre man skal bruge den til kimchi, for så er den igen smart smag.

Vil du vurdere den smarte smag, så overvej:

- Hvad vil jeg fortælle andre om det, jeg spiser/drikker nu?
- Hvilken kultur, trend eller fællesskab knytter jeg mig til ved at spise/drikke dette her?
- Hvad betyder det for min oplevelse af smagen, at den er trendy?
- Hvordan smager måltidet, hvis der ikke er noget ved maden/drikkevarerne, der er smart?

Den økonomiske smag

Den økonomiske smag har fokus på produktets pris, mængde eller eksklusivitet.

En lav pris og stor mængde kan opfattes positivt - som et udtryk for god økonomisk sans, "meget for pengene", og omvendt kan en høj pris og eksklusivitet gøre det samme for den oplevede smag. Her bidrager mængde, pris og eksklusivitet til den oplevede smag.

Vil du vurdere den økonomiske smag, så overvej:

- Hvilken betydning har mængden for mit madvalg og min oplevelse af maden?
- Hvilken betydning har prisen for, hvad jeg vælger at spise, og hvordan jeg oplever maden?

Viden og værktøjer til at bruge smag som ressource

Materialer til gode og sunde madvaner gennem viden om og fokus på smag

Smag for Livet udvikler øvelser, aktiviteter og materialer baseret på centrets ekspertviden fra forskellige fagområder og praksisser. Materialerne kan bruges til undervisning og formidling om mad og sundhed gennem smag. Alle Smag for Livets materialer er gratis og frit tilgængelige på www.smagforlivet.dk. Det er desuden muligt at bestille fysiske udgaver af udvalgte materialer ved at skrive til kontakt@smagforlivet.dk. Her præsenteres et udpluk.

Plakater og kort til formidling om og gennem smag - smagforlivet.dk/plakater

Her er bl.a. plakater om grundsmagene, hvordan vi bruger vores sanser, når vi smager, madlavningsmetoder, køkkentips til tilsmagning og smagens mange elementer og dimensioner.



Hjælp til mere madmod - smagforlivet.dk/madmod

Madmodige børn er et inspirationskatalog til forældre, der gerne vil støtte deres børn i at udvikle madglæde, spise varieret og prøve ny mad (5). Kataloget gennemgår den eksisterende viden om, hvordan børn får mod på at smage nyt og præsenterer en række konkrete tilgange. Den forskningsbaserede viden og anvisninger om, hvordan vi tilegner os madmod og nye smagspræferencer, kan også overføres til det professionelle arbejde med voksne.



Spil for mere mod på frugt og grønt - smagforlivet.dk/smagsriget

Smagsriget er et specialdesignet spil til hele familien baseret på videnskabelig indsigt i, hvordan spilelementer (gamification) kan motivere os til at spise mere af det grønne (23). Spillet foregår i et kongerige, hvor der skal være fest på slottet. Spillerne skal hjælpe kokken med at samle grøntsager og frugt til festmiddagen, og det foregår bl.a.



ved at finde på kreative retter og smage på seks forskellige hemmelige frugter og grøntsager undervejs. Ingredienserne til spillets hemmelige smagninger vælger man frit selv.

Grundsmagene i køkkenet - smagforlivet.dk/grundsmage

Grundsmagene er vigtige elementer at have styr på, når man tilbereder og tilsmager maden. I dette tema findes kokkefaglig og handlingsanvisende viden om grundsmagene i køkkenet.

Nøglen til velsmagende grøntsager: umami – smagforlivet.dk/umami

Når det kommer til grønt og vegetarisk mad, er det særligt afgørende at have fokus på grundsmagen umami. Grøntsager er nemlig kendetegnet ved ofte at være bitre og mangle umami og sødme, som er de grundsmage, vi foretrækker. I denne film præsenteres fire måder at få mere umami i måltidet.

Særligt vedrørende ældre - smagforlivet.dk/tags/ældre

Ældre mennesker kan have nedsat appetit og være småtspisende. Det er der både fysiologiske og sociale forklaringer på (1,24). Mange ældre lider af mundtørhed, og det nedsætter evnen til at smage umami og dermed også appetitten. Derudover spiser mange ældre alene eller i ikke så hyggelige sociale rammer; det påvirker smagsoplevelsen, nydelsen og derfor lyst til at spise. Både umami, velmag og andre sansemæssige stimuli kan således bedre ældres spiseoplevelse og madindtag (24). På denne side findes ny viden om smagens rolle for ældres appetit.

Mere viden om smag – smagforlivet.dk/fakta

På denne side er fakta, forskning og viden om smag samlet. Siden omfatter:

- En serie artikler, der går i dybden med den nyeste viden om smag, skrevet af centrets eksperter
- Et opslagsværk med helt korte artikler om en lang række aspekter af smag
- Smag for Livet Forlags bøger i skriftserien Smag, der præsenterer videnskab og praksis omkring smag (se bl.a. ref. 25)
- Korte videoer om, hvordan vi smager, og hvordan vi kan bruge sanserne
- En liste over Smag for Livets videnskabelige publikationer

Referencer

1. Højlund S. Smag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2016.
2. Schneider M. Den gode smag: Afhænger af kultur og hvem du spørger [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2016. Available from <http://www.smagforlivet.dk/materialer/den-gode-smag-afhænger-af-kultur-og-hvem-du-spørger>
3. Schneider M, Rymann E. Sådan smager børn. København: Gyldendal; 2018.
4. Breslin PA. An evolutionary perspective on food and human taste. *Curr Biol*. 2013 May 6;23(9):R409-18.
5. DeCosta P, Møller P, Frøst BM, Olsen A. SMAG #05: Madmodige børn. Odense: Smag for Livet Forlag; 2017.
6. Prescott J. Taste Matters. London: Reaktion Books; 2012.
7. Shepherd GM. Neurogastronomy: How the brain creates flavour and why it matters. New York: Columbia University Press; 2012.
8. Clausen MP, Christensen M. Smagsløg [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2015. Available from: <http://www.smagforlivet.dk/materialer/smagsløg>
9. Mouritsen OG, Styrbæk K. Umami - gourmetaben og den femte smag. København: Nyt Nordisk Forlag; 2011.
10. Mouritsen OG, Styrbæk K. Fornemmelse for smag. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015.
11. Chapman HA, Anderson AK. Understanding disgust. *Ann N Y Acad Sci*. 2012 Mar;1251:62-76.
12. Møller P. Taste and appetite. *Flavour* 2015 Feb;4(4). Available from: <https://doi.org/10.1186/2044-7248-4-4>
13. Clausen MP, Christensen M. Grundsmagene [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2015. Available from: <http://www.smagforlivet.dk/materialer/grundsmagene>
14. Stevenson RJ. The psychology of flavour. Oxford: Oxford University Press; 2009.
15. Bushdid C, Magnasco MO, Vosshall LB, Keller A. Humans can discriminate more than 1 trillion olfactory stimuli. *Science*. 2014 Mar 21;343(6177):1370-2.
16. DeCosta P, Møller P, Frøst BM, Olsen A. Changing children's eating behaviour - A review of experimental research. *Appetite* 2017 June;113:327-57.
17. Leer J, Wistoft K. SMAG #02: Mod en smagspædagogik. Odense: Smag for Livet Forlag; 2015.
18. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*. 2006 May;46(3):318-23.
19. Krogager SGS. Smagsklummen: Skal man spise sine gulerødder først? [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2016. Available from: <http://smagforlivet.dk/artikler/smagsklummen-skal-man-spise-sine-gulerødder-først>
20. Wistoft K, Qvortrup L. Smagens didaktik. København: Akademisk Forlag; 2018.
21. Smag for Livet. Fag med Smag [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2016. Available from: www.smagforlivet.dk/fag-med-smag
22. Smag for Livet. Smag for Livets hjemmeside [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2015. Available from: www.smagforlivet.dk
23. Skouw S, Suldrup A, Olsen A. A Serious Game Approach to Improve Food Behavior in Families - A Pilot Study. *Nutrients* 2020 May;12(5):1415.
24. Rymann E. Forskning: Velmag kan forbedre ældres sundhed [Internet]. Odense: Smag for Livet; 2015. Available from <http://www.smagforlivet.dk/artikler/forskning-vel-smag-kan-forbedre-ældres-sundhed>
25. Hedegaard L, Leer J, editors. SMAG #06: Perspektiver på smag. Odense: Smag for Livet Forlag; 2017.

Erfaringsprogram hos kræftpatienter med smagstilpassede ernæringsdrikke

Af Randi Tobberup og Anne Kahr Lysdal, kliniske diætister, Aalborg Universitetshospital. Kontakt: r.tobberup@rn.dk

Op mod 70% af alle patienter med kræft oplever sensoriske forandringer som følge af deres sygdom og/eller bivirkning til behandlingen (1). Sensoriske forandringer kan inkludere aversion mod eller afsky ved bestemte smage og lugte, ændringer i mundfølelse og smagspræferencer, dårlig smag i munden og ændret lugtesans. Sensoriske forandringer kan være en medvirkende årsag til vægttab (2,3).

Evidensgrundlaget for ernæringsindsatser hos patienter med sensoriske forandringer er sparsomt, og kostråd målrettet patienter, der oplever sensoriske forandringer, er i høj grad baseret på best practise (4-6). Patienterne anbefales typisk, at

1) spise neutraltsmagende, kold mad for at minimere smags- og lugteindtryk og begrænse unormale, intense smagsindtryk, som kan opleves kvalmegerende eller anderledes (fx metalsmag) og

2) krydre maden med fx chili eller ingefær for at aktivere den trigeminale sans, som kan være med til at give en smagsoplevelse/ stimuli, når de vanlige smags- og lugtesanser svigter.

Der er udviklet tre smagsvarianter af en ernæringsdrik for at imødekomme smagsforandringer hos kræftpatienter. Et sensorisk studie på 50 kræftpatienter viste, at de tre smage var dem, der scorede højest ud af fem nyudviklede, smagstilpassede drikke (10). Drikkene er hhv.:

- Cool rød frugtsmag med menthol, hvilket giver en kølende effekt i munden (7).
- Hot tropisk med ingefærsmag med naturligt varmende komponenter fra chili, som aktiverer den trigeminale sans (8).
- Neutral smag, som kan være anvendelig i perioder med hypersensitivitet over for lugt, da den ikke medfører yderligere sansestimuli (4-6).

Praksisnær erfaring

Et erfaringsprogram blev udført med det formål at generere praksisnær erfaring hos patienter med kræft i Danmark med

Den trigeminale sans (9)

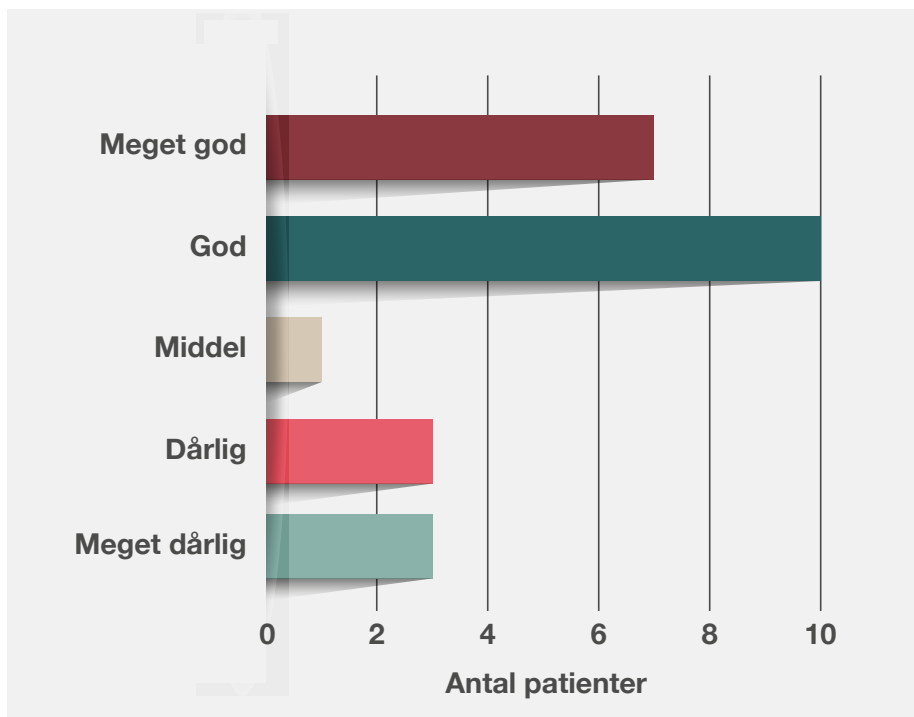
- Trigeminale stoffer i fødevarer inkluderer chilipeber, paprika, ingefær, sort peber, sennep, løg, peberrod mv.
- Kulde og varme registreres også af den trigeminale sans, fx menthol (kulde).
- Receptorer for trigeminal sansning sidder i munden, svælget, næsen og omkring øjnene.
- Trigeminale stimuli kan sammenlignes med irriterende, da disse stimuli alene kan være ubehagelige.
- Trigeminal sansning er afgørende for den totale sansning af et måltid.



Metode

Figur 1. Oversigt over erfaringsprogrammet





Figur 2. Vurdering af smagsoplevelsen på en skala fra 'meget dårlig' til 'meget god' (n=24).

de tre smagstilpassede ernæringsdrikke. Patienterne fik udleveret smagsprøver på de tre forskellige ernæringsdrikke og blev instrueret i at bestille de ønskede drikke direkte fra producenten. Drikkene var gratis og blev leveret hver 14. dag, og patienterne kunne derfor løbende ændre valg af smag. Patienterne blev instrueret i at indtage to drikke dagligt over en periode på otte uger.

Et erfaringsprogram kan forstås som et projekt, hvor der indsamles praktisk erfaring med anvendelsen af et produkt hos en bestemt målgruppe. Der blev indsamlet erfaring fra ambulante patienter fra i alt tre hospitaler (Rigshospitalet, Aalborg Universitetshospital og Regionshospitalet Herning) samt et rehabiliteringscenter (Center for Kræft og Sundhed, København) i 2018-2019. Deltagerne i erfaringsprogrammet blev udvalgt af det sundhedsfaglige personale, som vurderede, hvilke patienter der potentielt kunne have gavn af produkterne. Det betyder, at der ikke blev opstillet prædefinerede in- og eksklusionskriterier. Ved start og efter otte uger udfyldte sundhedspersonalet et spørgeskema i dialog med patienten (se oversigt i figur 1). Patienterne blev spurgt om kræftform, behandlingstype, aktuel vægt, funktionsevne, almen tilstand, vægttab de seneste tre måneder (ja, nej, ved ikke), vægt i slutningen af erfaringsprogrammet, gennemsnitligt indtag af drikke/dag (0-1, 1-2, 2-3), og hvor godt de kunne lide drikkene (meget godt, godt, middel, dårlig eller meget dårlig).

Figur 3. Andelen af patienter der vurderede smagen som "god" eller "meget god" inddelt efter, om patienten indtog 0-1 drik/dag eller >1 drik/dag.

De indsamlede data blev analyseret deskriptivt. Da det ikke er et konventionelt studie, men et erfaringsprogram, ville det være misvisende med statistiske sammenligninger, derfor deskriptivt. De otte uger blev vurderet som værende en relevant periode, da det typisk afspejler intervallet mellem behandlinger/ambulant besøg og har en tilstrækkelig længde til, at man kunne forvente en ernæringsmæssig gevinst.

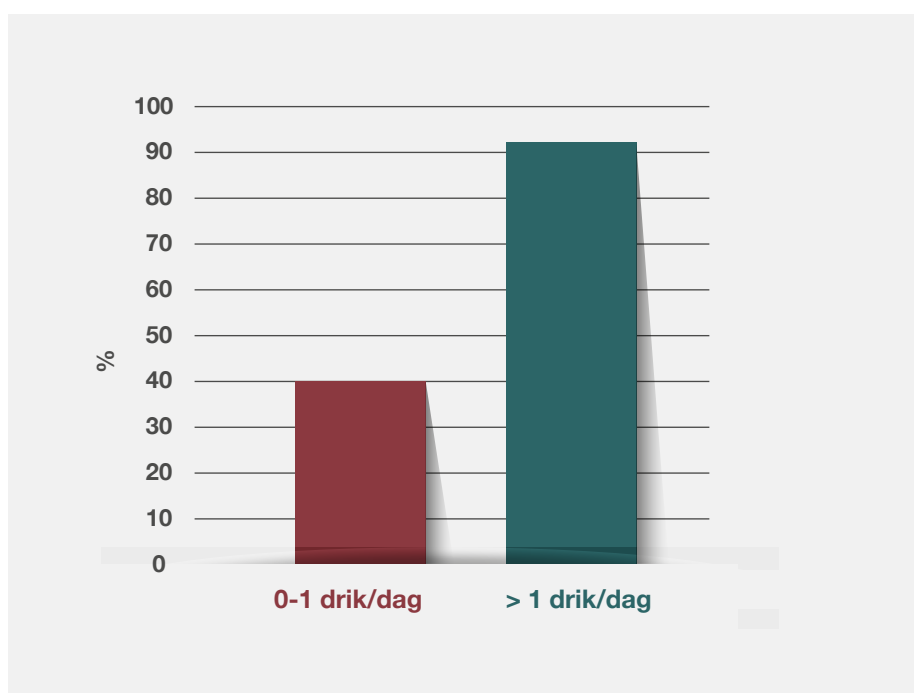
Resultater

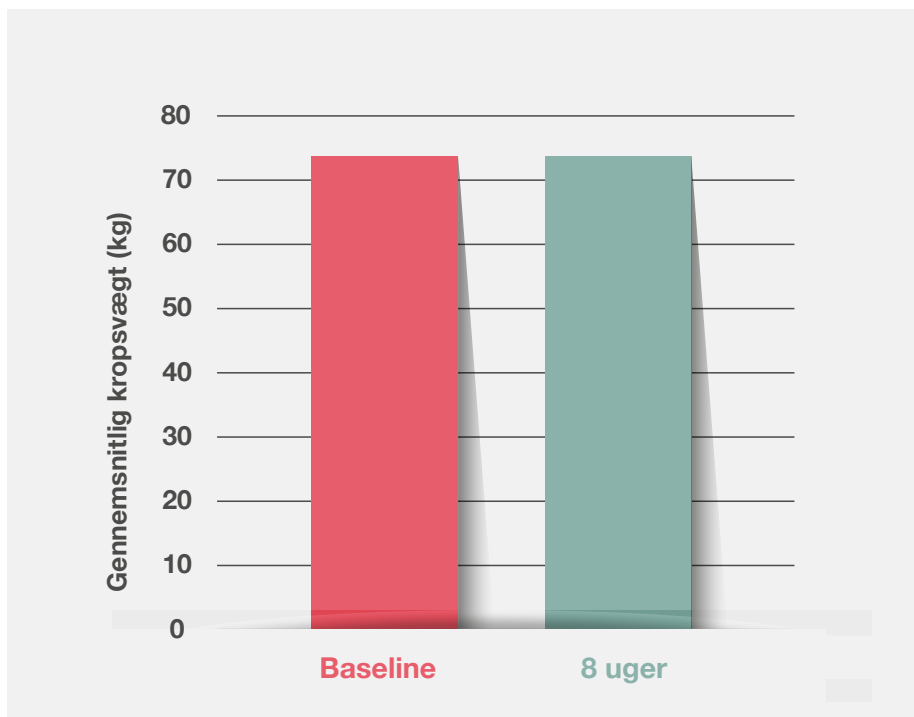
25 af de inkluderede 32 patienter fuldførte erfaringsprogrammet. Det vides ikke, hvor mange patienter der takkede nej til erfaringsprogrammet. Frafaldsårsag inkluderer mors (n=2), kunne ikke lide drikkene (n=1), ikke muligt at få kontakt ved opfølgning

(n=1), ukendt årsag (n=3). Patienterne havde forskellige kræftsygdomme, herunder cardia (n=7), hoved-hals (n=5), colorektal (n=4), lunge (n=2), øsofagus (n=2), ovarie (n=2), hæmatologi (n=1), gastrointestinal (1) og øvrige kræftsygdomme (n=8). Behandlingen inkluderede kemoterapi alene (n=15) eller i kombination med kirurgi (n=7) eller anden medicinsk behandling (n=5), stråleterapi (n=2), kirurgi (n=1) og ukendt behandling (n=2). Patienternes funktionsevne blev vurderet vha af ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) på en skala fra 0-5, hvor 0 er helt frisk, og 5 er død. Fordelingen var 0 (n=7), ECOG 1 (n=18), ECOG 2 (n=5) og ECOG 3 (n=2). Vægttab ($\geq 5\%$) de seneste tre måneder var registreret hos 25 ud af 30 patienter.

Smagen i drikkene blev vurderet som 'meget god' eller 'god' hos 17 ud af 24 patienter (71%), se figur 2. 14 patienter indtog mindst 1 drik/dag, hvoraf 13 (93%) vurderede smagen som værende 'god'/'meget god'. Ti patienter indtog 0-1 drik/dag, hvoraf 4 (40%) vurderede smagen som værende 'god'/'meget god'.

Den gennemsnitlige ændring i kropsvægt i løbet af erfaringsprogrammet var -0,04% (n=25). Kun fem ud af 25 patienter tabte kropsvægt (defineret som mindst 2,5%). Den gennemsnitlige vægtændring var -2,32% hos patienter, som indtog 0-1 drik/dag, hvoraf





Figur 4. Vægt ved baseline og efter otte uger (n=25).

tre ud af 10 patienter tabte kropsvægt. Den gennemsnitlige vægtændring var +1,96% hos de patienter, der indtog >1 drik/dag, hvoraf to ud af 14 patienter tabte kropsvægt. Hos patienter med et forudgående vægttab var den gennemsnitlige vægtændring -2,62% ved indtagelse af 0-1 drik/dag (n=8) vs. +1,85% hos patienter, som indtog >1 drik/dag (n=10).

Diskussion

Gennem et simpelt, praksisnært erfaringsprogram var det muligt at generere erfaringer med brugen af tre smagstilpassede ernæringsdrikke hos 25 kræftpatienter i Danmark. Drikkene var vellidt, hvor 71% af patienterne vurderede smagen som god eller meget god. Dette stemmer overens med et hollandsk-belgisk sensorisk studie, der validerede smagen af de samme tre smagsvarianter hos 50 kræftpatienter, og hvor mellem 68-84%

af deltagerne vurderede smagen positivt (10). Det er interessant, hvordan en positiv smagsvurdering så ud til at gå hånd i hånd med compliance til ernæringsdrikkene. En logik, som mange anvender, men som ikke er specielt videnskabeligt underbygget. Det sætter imidlertid fokus på diætistens vigtige rolle i individualiseringen af ernæringsplaner, så planerne målrettes patientens specifikke præferencer og udfordringer og inddrager tilgængelige og relevante pædagogiske værktøjer.

På trods af at størstedelen af patienterne rapporterede et forudgående vægttab, bevarede de fleste patienter vægten under erfaringsprogrammet. Der blev observeret en tendens til bedre vægtudvikling blandt patienter, som indtog >1 drikke dagligt sammenlignet med patienter, som indtog 0-1 drikke dagligt.

Erfaringsprogrammet tillader ikke konklusioner om kausalitet, men kan tillade observation af tendenser og generering af hypoteser. Vores hypotese er, at tiltalende smag er afgørende for indtag, og at et større indtag har positiv effekt på vægtudvikling.

Vægttab er en stor udfordring hos patienter med kræft, uanset BMI, hvor så lidt som 2,5% vægttab signifikant forkorter patientens restlevetid (11). Udfordringer ved smags- og lugtændring hos patienter med kræft er velkendte og øger risiko for underernæring (1-3). At der nu er udviklet drikke tilpasset denne patientgruppe, er en positiv og vigtig udvikling. Jo flere muligheder vi har for at ernære patienterne, desto bedre er chancen for at sikre sufficient indtag per os før eventuel overgang til sonde- eller parenteral ernæring.

Konklusion

De fleste patienter vurderede smagen af de smagstilpassede ernæringsdrikke, som værende 'god' eller 'meget god'. Vurderingen af en 'god' eller 'meget god' smag synes at være afgørende for compliance. De fleste patienter kunne holde vægten under erfaringsprogrammet - selv de patienter, der havde haft et forudgående vægttab.

Referencer

- Spotten LE, et al. Subjective and objective taste and smell changes in cancer. *Annals of Oncology* 2017; 28(5): 969-84.
- Brisbois TD, et al. Characterization of Chemosensory Alterations in Advanced Cancer Reveals Specific Chemosensory Phenotypes Impacting Dietary Intake and Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 41(4): 673-83.
- Boltong A, et al. Experiences and consequences of altered taste, flavour and food hedonics during chemotherapy treatment. *Support Car Cancer* 2012; 20(11): 2765-74.
- Epstein JB; Barasch A. Taste disorders in cancer patients: Pathogenesis, and approach to assessment and management. *Oral Oncology* 2010; 46(2):77-81.
- Kræftens Bekæmpelse. www.cancer.dk/hjaelp-viden/bivirkninger-senfolger/gode-raad-smagsforandringer.
- National Cancer Institute. Support for people with cancer. Eating hints, before, during, and after cancer treatment. www.cancer.gov/publications/patient-education/eating-hints.
- Wolfgang B. L. TRP Ion Channel Function in Sensory Transduction and Cellular Signaling Cascades. Boca Raton, London & New York. CRC Press Taylor & Frances Group. 2007.
- Tominaga M, et al. 2005. Molecular Mechanisms of Trigeminal Nociception and Sensation of Pungency. *Chemical Senses*; 30(1): i191-i192.
- Møller P, et al. Smagens fysiologi. I: Astrup A, Bügel S, Dyerberg J, Stender, Red. *Menneskets Ernæring*. 3. udgave. Munksgaard Danmark 2010: 255-264.
- De Haan, JJ et al. Impact of taste alterations during systemic anti-tumour therapy on the liking of oral nutritional supplements with adapted flavours. *Annals of Oncology* (2018) 29 (suppl_8): viii603-viii640. 10.1093/annonc/mdy300.
- Martin L, et al. Diagnostic Criteria for the Classification of Cancer-Associated Weight Loss. *J Clin Oncol*. 2015 1;33(1):90-9.



ALVORLIG OG LANGVARIG ANOREKSI

Beskrivelse af en patientgruppe

Af Pernille Sørensen, klinisk diætist, Loa Clausen, psykolog, ph.d., Sanne Lemcke, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien.
Kontakt: pernsor@rm.dk

Denne artikel og de følgende to artikler omhandler alvorlig og langvarig anoreksi. Formålet med de tre artikler er at reddegøre for den nuværende viden om emnet, præsentere en ny tilgang til behandling samt i den sidste artikel at beskrive et muligt indhold i og organiseringen af kostvejledning til denne patientgruppe.

Artiklerne er baseret på erfaringer fra klinisk praksis og på en litteratursøgning i tre medicinske databaser i september 2019 og manuel søgning i referencer og fagbøger. I litteratursøgningen er der søgt på engelske fagtermer, -synonymer og -begreber, der umiddelbart synes at være dækkende for emnet (tabel 1). I artikelserien dækker begrebet kostvejledning den diætbehandling, der er varetaget af en autoriseret klinisk diætist, og hun/hendes betegner anoreksipatienten.

Anorexia nervosa

Spiseforstyrrelsen anorexia nervosa (herefter anoreksi) er en psykisk lidelse karakteriseret ved, at en persons forhold til mad, spisning, krop og vægt er forstyrret i en sådan grad, at det truer helbredet, både fysisk og psykisk (1-3). Spiseforstyrret adfærd som restriktiv spisning, opkastninger, misbrug af afføringsmidler, intens motionering samt den lave vægts indflydelse på almentilstanden forårsager under- og fejlnæring, og er en tilstand, som kan resultere i nedsat kognitiv funktion og en forvrænget virkelighedsopfattelse (1,4).

Antallet af unge i behandling for spiseforstyrrelser i Danmark er steget fra 1.118 til 2.551 i perioden 2006-2016 (5). Ofte ses komorbiditet i form af depression, personlighedsforstyrrelser, angst og ADHD, hvilket komplicerer sygdommen (6,7). Anoreksi har den højeste mortalitetsrate blandt psykiatriske sygdomme, hvilket skyldes følgevirkningerne af anoreksi og en høj forekomst af selvmord (2,7,8). Sygdommens ætiologi er kompleks, idet den er multifaktoriel betinget, hvor faktorer af både psykologiske, sociale, kulturelle, genetiske og biologiske karakterer spiller ind (3).

Pga. sygdommens kompleksitet anbefales det, at behandlingen varetages af et tværfagligt team, og at der fokuseres på kernesymptomerne, hvorfor normalisering af vægt og de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer er centrale (2,3,9).

Vedvarende alvorlig anoreksi

Trods højt specialiserede og intensive, tværfaglige behandlingsforløb forbliver op til 25% af patienterne syge i adskillige år, hvilket har alvorlige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser (7,10-12). Disse patienter har ofte et højt niveau af depression og angst, er socialt isolerede, har betydelig funktionsnedsættelse samt nedsat evne til

at tage vare på sig selv (13). Vedvarende alvorlig anoreksi betegnes typisk "Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SE-AN)" (12,14). Disse patienter modsætter sig tit behandling, falder fra under behandlingsforløb og/eller får tilbagefald kort efter afsluttet behandling (10). Ofte bliver de beskrevet som personer, der har modstand imod eller manglende motivation for behandling.

Modstand, motivation og overlevelse

To studier har imidlertid vist, at denne beskrivelse ikke yder patientgruppen retfærdighed (7,15). I et kvalitativt studie, som undersøgte, hvordan patienterne klarede at leve med de fysiske og psykiske udfordringer, som fulgte af deres mangeårige sygdomsforløb, var det overordnede resultat, at trods den alvorlige sygdom ydede de alle en stor indsats for at klare sig (7,15). De var overlevende! Patienterne beskrev, hvordan anoreksien kunne have en gavnlige funktion ved fx at give mening og struktur i livet og en oplevelse af at være i kontrol og fremkalde omsorg og opmærksomhed. De syntes, de vidste, hvordan de skulle overkomme anoreksiens udfordringer modsat andre af livets udfordringer (7,15).

Definition af SE-AN og mulige indikatorer

Der synes i litteraturen at være konsensus om, at SE-AN er associeret med:

- ringe adaptive funktioner
- vedholdende højt symptomniveau
- fysisk og psykisk komorbiditet
- dårlig fastholdelse af behandling med negative psykologiske følger (bl.a. demoralisering) efter talrige fejleslagne behandlinger
- social isolation og stigmatisering

Desværre findes der endnu ikke en entydig og accepteret definition af SE-AN (4,12,14,15). Afgørende indikatorer er særlig lang sygdomsvarighed, manglende effekt af tidligere behandling og lavt BMI. Der er dog store forskelle på, hvordan hver enkelt indikator bruges i forskellige definitioner af SE-AN (7,14,15). Denne manglende konsensus vanskeliggør diagnosticering, generering af viden og arbejdet med at udvikle en ny og effektiv behandling (11,14). En ny behandlingstilgang er dog på vej med fokus på at øge livskvaliteten for denne patientgruppe med forventning om, at dette sekundært forbedrer behandlingsalliancen, spiseforstyrrelsessymptomerne og patientens motivation for behandling samt minimerer risikoen for frafald (4,7,10,16-18). De nye tilgange fokuserer på at møde patienten i hendes ønske om at lave forandringer på egne livsomstændigheder uden krav om vægtøgning, hvilket både synes relevant, men også udfordrende.

<ul style="list-style-type: none"> • Severe • Enduring • Adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> • Eating disorders • Anorexia nervosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Dietetic intervention • Dietetic practice • Nutrition practice • Nutrition Counseling 	<ul style="list-style-type: none"> • Diet • Refeeding • Weight gain
--	--	--	--

Tabel 1. Søgeord og strategi anvendt i litteratursøgningen

Palliativ behandling

Trods udviklingen af en ny SE-AN-behandling er der patienter, som ikke bedres eller er i stand til at opretholde en nødvendig mindstevægt (4). Det er ikke ualmindeligt, at disse behandles under tvang. Dog taler nogle for, at en undergruppe af disse bør tilbydes palliativ behandling. Palliation betyder at lindre og er ofte forbundet med terminalpleje. Dog bør vi skelne mellem palliation svarende til recovery-behandlingsbegrebet og palliation svarende til terminal behandling (4).

Terminal palliativ behandling er et kontroversielt emne, når det handler om anoreksibehandling (7). Anoreksi passer ikke ind i den almene definition af terminalbegrebet, da problemet ikke er, at der ikke findes en behandling, men snarere, at patienterne afviser denne (4). I en artikel af Lopez et al. argumenteres for vigtigheden af at overveje terminal behandling til de allerdårligste patienter, som ikke har responderet på nogen form for kvalificeret behandling, og som vedvarende afviser medicinsk og psykiatrisk hjælp (19). Forfatterne henviser til, at behandlingsprincipper fra andre medicinske specialer, hvor behandlingen har vist sig udsigtsløs, og fra det palliative område, måske kan bidrage med inspiration. Forfatterne taler for, at palliativ behandling måske, for denne meget lille patientgruppe, er den mest humane behandling, som kan tilbydes (19).

Det er et etisk dilemma, om patienter med anoreksi skal tilbydes disse behandlingsmuligheder, da et kernesymptom ved SE-AN netop er forstyrret kognition og manglende sygdomsindsigt. Følgelig er et centralt spørgsmål, om den enkelte patient er i stand til at træffe en velfunderet beslutning om at afvise behandling (4). Patienter med SE-AN, som efter egen anmodning var blevet tilbudt aktiv dødshjælp i Holland, opgav denne mulighed, da det kom til stykket, hvilket måske viser, at selv patienter med SE-AN tror på bedring og overordnet set ikke ønsker at dø (7). Patienter med SE-AN er således en gruppe, som kræver vores tålmodighed og vedvarende støtte og behandling.

Pernille Sørensen er uddannet folkeskolelærer, klinisk diætist og klinisk vejleder og har en sundhedsfaglig Diplomuddannelse. Hun har siden 2004 arbejdet som klinisk diætist, primært med voksne anoreksipatienter på Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS), Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien. I PKS behandles moderate til svære spiseforstyrrelser, og PKS har landsdelsfunktion.

Artiklerne i denne udgave af Diætisten er produktet af et tre-måneders projektføreløb, som faggrupper med en mellemlang videregående uddannelse ansat i PKS kan ansøge om mhp. at udvikle og/eller undersøge områder, som har relevans for praksis.

Referencer

1. Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling. Rapport. Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa. Sundhedsstyrelsen, 2016.
3. National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi. Sundhedsstyrelsen, 2015.
4. Westmoreland P, Mehler PS. Caring for Patients With Severe and Enduring Eating Disorders (SEED): Certification, Harm Reduction, Palliative Care, and the Question of Futility. *J Psychiatr Pract.* 2016;22(4):313-20.
5. Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser. Bilagspublikation. Sundhedsstyrelsen, 2017.
6. Golan M. The journey from opposition to recovery from eating disorders: multidisciplinary model integrating narrative counseling and motivational interviewing in traditional approaches. *J Eat Disord.* 2013;1:19.
7. Russell J, Mulvey B, Bennett H, Donnelly B, Frig E. Harm minimization in severe and enduring anorexia nervosa. *Int Rev Psychiatry.* 2019;31(4):391-402.
8. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *J Psychiatr Res.* 2015;65:16-22.
9. Hart S, Abraham S, Luscombe G, Russell J. Eating disorder management in hospital patients: Current practice among dietitians in Australia. *Nutrition & Dietetics.* 2008;65(1):16-22.
10. Williams KD, Dobney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(2):90-6.
11. Touyz SG, D.L.; Lacey, J.H.; Hay, P. Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A clinician's guide. New York: Routledge; 2016.
12. Bamford B, Barras C, Sly R, Stiles-Shields C, Touyz S, Le Grange D, et al. Eating disorder symptoms and quality of life: where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2015;48(1):133-8.
13. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2013;43(12):2501-11.
14. Broomfield C, Stedal K, Touyz S, Rhodes P. Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis. *Int J Eat Disord.* 2017;50(6):611-23.
15. Robinson PH, Kukucska R, Guidetti G, Leavey G. Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(4):318-26.
16. Hay P, Touyz S. Treatment of patients with severe and enduring eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(6):473-7.
17. Mittnacht AM, Bulik CM. Best nutrition counseling practices for the treatment of anorexia nervosa: a Delphi study. *Int J Eat Disord.* 2015;48(1):111-22.
18. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J Hum Nutr Diet.* 2011;24(2):144-53.
19. Lopez A, Yager J, Feinstein RE. Medical futility and psychiatry: palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2010;43(4):372-7.



ALVORLIG OG LANGVARIG ANOREKSI

En ny tilgang til behandlingen

Af Pernille Sørensen, klinisk diætist, Loa Clausen, psykolog, ph.d., Sanne Lemcke, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien.
Kontakt: pernsor@rm.dk

Som beskrevet i den første artikel i denne serie af tre i dette nummer af Diætisten vedbliver en gruppe af patienter med anorexia nervosa, trods en omfattende tværfaglig indsats, at være syge i mange år. Nye tilgange til behandling af Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SE-AN) er derfor blevet foreslået (1). Hvor man i traditionel anoreksibehandling har fokus på fuld bedring med normalisering af vægt, spisning og forhold til krop, synes dette ikke at give mening for SE-AN-patienter (2-4). Disse patienter har, efter mange års mislykket kamp og lidelse med anoreksien, brug for at sætte andre mål for bedring (2). Der er således voksende konsensus om en behandlingstilgang, hvor det primære fokus er på øget livskvalitet og social tilpasning (1,2,4-7). En tilgang som tager højde for de fastholdende faktorer og særlige udfordringer ved SE-AN såsom lav motivation for forandring, kognitive vanskeligheder samt en selvopfattelse og levevis tilpasset til sygdommen (5,6). Denne behandlingstilgang sigter mod at minimere frafald i behandlingen, forbedre livskvaliteten og minimere både fysiske og psykiske skader, sådan at flere mislykkede og afbrudte behandlingsforløb undgås. Der er således tale om symptomstabilisering (harm reduction) og bedring af social tilpasning frem for normalisering af vægt og spisning (8).

Det bredere fokus synes yderst relevant, idet Robinson et al. i et kvalitativt studie fandt, at SE-AN-patienterne havde udfordringer indenfor mange forskellige områder, hvor de tre mest fremtrædende var af psykologisk og social karakter samt vanskeligheder i forhold til familie (9). Det er derfor afgørende, at alle de berørte områder indgår i en SE-AN-behandling, og at det primære fokus er at øge patientens livskvalitet og generelle funktionsniveau (2,5,6).

Der ses en voksende konsensus om denne nye behandlingstilgang, men der tegner sig endnu et uklart billede af, om det er muligt at forbedre denne gruppes livskvalitet og som følge deraf forbedre deres somatiske tilstand (1,2,7,9).

Behandling af SE-AN bør varetages af et tværfagligt team, hvor god behandling sikres gennem regelmæssig koordinering og supervision (7,10). Derudover bør pårørende inddrages, således at der tages hånd om dem og deres rolle (5).

Undgå "dropout" i behandlingen

SE-AN synes at være associeret med dropout i behandlingen, ugunstige psykologiske påvirkninger og demoralisering efter gentagne, afbrudte og mislykkede behandlinger (1). Første trin i behandlingen er derfor at sikre, at patienten ikke dropper ud af behandlingen (6). Traditionel anoreksibehandling med krav om normalisering af vægten antages at være en af grundene til, at patienter med SE-AN dropper behandlingen (1,2,6,8). Patienter med SE-AN beskriver, at de har følt sig traumatiserede af hospitalsindlæggelser og efterfølgende afvist af ambulante behandlere, hvis en vægtøgning ikke kunne opretholdes. De følte sig fastlåste og magtesløse i en behandling, som de oplevede som en straf (5).


En SE-AN-behandling med fokus på håb og egne mål for et godt liv synes mere acceptabel for patienterne, fordi de føler sig mindre truede og mere styrkede i selv at foretage forandringer (6,8). Derudover møder de ikke krav, som de har erfaring med, er umulige at indfri. Dette synes vigtigt, da deres egen tro på behandlingen har afgørende betydning for udfaldet (11).

Afgørende for patienterne for at overkomme deres modstand mod behandlingen er en stærk behandlingsalliance og tillidsfuld relation (1). Langvarig og regelmæssig kontakt har betydning for opnåelse af dette (9). At være der "på den lange bane" for patienterne, mens man forsøger at mobilisere de ressourcer, de har, har betydning for, at de ikke oplever sig opgivet (9).

Touyz et al. har undersøgt, hvorvidt en behandlingsalliance tidligt såvel som sent i et behandlingsforløb vil være en prædikator for positive behandlingsudfald (6,8). Studiet viste, at en behandlingsalliance tidligt i et behandlingsforløb kan være en signifikant prædikator for ændringer i nogle af spiseforstyrrelsessymptomerne og sent i behandlingen en positiv prædikator for ændringer af alle spiseforstyrrelsessymptomerne. Dette understreger vigtigheden af, at SE-AN-patienter ikke afsluttes pga. manglende fremskridt, og at det er muligt at få det bedre, uanset hvor lang tid man har været syg (7,9).

Patienten sætter mål for behandlingen

At møde patienten i ønsket om at skabe forandringer i egne livs-omstændigheder, selv om hun ikke ønsker fokus på vægtindhentning og helbredelse, handler om, at behandlingen giver mening og håb for patienten (2,11). Yderligere kan det bevirke, at patienten føler sig set og værdsat, og at engagement og motivation for forandring øges (3,5,6,8,11). Effekten er dog kun dokumenteret i to studier (3,6). Et studie har afprøvet ændringer i den traditionelle behandling,



kognitiv adfærdsterapi og specialiseret støttende klinisk behandling, hvor fokus blev flyttet fra vægtindhentning til bedre livskvalitet med opfordring til men ikke krav om vægtindhentning (2,7,8,11). 87% af patienterne gennemførte behandlingen, som varede otte måneder, og patienterne fik øget deres generelle tilfredshed med livet, mindsket depressive symptomer og opnåede en let forøgelse af vægten.

Et canadisk ambulat behandlingsprogram til SE-AN-patienter var planlagt i samarbejde med tidligere patienter med fokus på at a) øge livskvaliteten på trods af spiseforstyrrelsen, b) mindske angst- og depressionssymptomer, c) øge autonomi, og d) forstærke håb for fremtiden (3). Studiet viste signifikant bedring af depressive symptomer, spiseforstyrrelsessymptomer, BMI og relationer til andre. Dog fandt man ingen signifikant forskel på livskvalitet, hvilket forfatterne mener skyldes, at tidsperioden for registrering af ændringer var for kort.

Monitorering, vægt og vægtøgning

I enhver anoreksibehandling er der behov for løbende medicinsk behandling samt monitorering af og støtte til ernæringsrehabilitering. Selv om vægtøgning er vigtig for både den fysiske og psykiske tilstand hos en patient med anoreksi, vil det som tidligere nævnt ikke nødvendigvis være det primære fokus i en SE-AN-behandling. I stedet er "harm reduction", både fysisk og psykisk, kernen i behandlingen (5). Her synes det konstruktivt at arbejde med at sætte en grænse for mindstevægt fremfor et mål om vægtindhentning til normalvægtsområdet (6). Det er indlysende, at der i enhver behandling skal tages højde for fysiske og psykiske konsekvenser som følge af fejl- og underernæring. Patienter, som indgår i en "harm reduction"-behandling, skal følges tæt mhp. monitorering af kropstemperatur, væske- og elektrolytbalance, forebyggelse af refeeding syndrom, påvirkning af hjerte- og nyrefunktioner, samt diagnosticering og behandling af eventuelle infektioner. Endvidere vil der skulle monitoreres for depression og selvmordstanker og ydes støtte til egenomsorg i form af fx viden om god mundhygiejne efter opkastninger eller vigtigheden af at undgå perioder med semifaste som følge af lange intervaller mellem måltiderne (4,5).

En mindre vægtøgning eller reduktion i kompenserende adfærd kan være med til at stabilisere og mindske risikoen for disse skader (5). Derfor skal der allerede fra starten være klare aftaler og rammer for behandlingen, som ikke er diskuterbare af hensyn til patientens sikkerhed (5).

Det er tvivlsomt, om positive forandringer i livskvalitet kan fastholdes over tid, medmindre der også sker en reduktion i spiseforstyrrelsessymptomerne og en øgning af BMI (2,5,6). Derfor skal der til stadighed i behandlingen motiveres og opmuntres til vægtøgning.

Tvangsbehandling

Det antages, at fokus på patientens egne målsætninger vil bedre behandlingsengagement hos patienten og dermed minimere nødvendigheden af tvangsbehandlinger (1). I tilfælde af at en patient kommer i en kritisk somatisk tilstand, kan det dog fortsat være nødvendigt også i en SE-AN-behandling at anvende tvang, hvis patienten modsætter sig nødvendig indlæggelse (1,5). For at minimere negative konsekvenser af en tvangsbehandling for den enkelte og for behandlingsalliancen er det derfor vigtigt, at der fra starten i en SE-AN-behandling er klare aftaler for situationer, hvor tvangsbehandling kan blive nødvendig, og at tvang kun er en kortvarig løsning (4,5). Ligeledes kan det være vigtigt, at tvangsbehandlingen ikke foregår med henblik på fuld vægtindhentning, men med henblik på stabilisering til igen at kunne indgå i en behandling uden tvang.

Livskvalitet fremfor vægtøgning

Nye tilgange til behandlingen af SE-AN er på vej. De afspejler, at anoreksi er en sygdom med både psykiske og somatiske komplikationer. Ved at have fokus på øget livskvalitet for patienten og patientens egne mål for behandlingen fremfor vægtøgning søges patienten fastholdt i behandlingskontakten, dels for at give den enkelte et bedre liv og dels for på længere sigt at mindske symptomer og komplikationer til spiseforstyrrelsen.

Referencer

1. Hay P, Touyz S. Treatment of patients with severe and enduring eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(6):473-7.
2. Bamford B, Barras C, Sly R, Stiles-Shields C, Touyz S, Le Grange D, et al. Eating disorder symptoms and quality of life: where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2015;48(1):133-8.
3. Williams KD, Dobney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18(2):90-6.
4. Westmoreland P, Mehler PS. Caring for Patients With Severe and Enduring Eating Disorders (SEED): Certification, Harm Reduction, Palliative Care, and the Question of Futility. *J Psychiatr Pract*. 2016;22(4):313-20.
5. Russell J, Mulvey B, Bennett H, Donnelly B, Frig E. Harm minimization in severe and enduring anorexia nervosa. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31(4):391-402.
6. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2013;43(12):2501-11.
7. Touyz SG, D.L.; Lacey, J.H.; Hay, P. *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A clinician's guide*. New York: Routledge; 2016.
8. Stiles-Shields C, Touyz S, Hay P, Lacey H, Crosby RD, Rieger E, et al. Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2013;46(8): 783-9.
9. Robinson PH, Kukucska R, Guidetti G, Leavey G. Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(4):318-26.
10. Golan M. The journey from opposition to recovery from eating disorders: multidisciplinary model integrating narrative counseling and motivational interviewing in traditional approaches. *J Eat Disord*. 2011;19.
11. Stiles-Shields C, Bamford BH, Touyz S, Le Grange D, Hay P, Lacey H. Predictors of therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2016; 5;4:13.



ALVORLIG OG LANGVARIG ANOREKSI

Et bud på kostvejledning

Af Pernille Sørensen, klinisk diætist, Loa Clausen, psykolog, ph.d., Sanne Lemcke, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien.
Kontakt: pernsor@rm.dk

Skiftet i behandlingsmål for patientgruppen med alvorlig og langvarig anoreksi (SE-AN), som omtalt i de to foregående artikler, kalder på en tilpasning af rammer og indhold for kostvejledningen samt den kliniske diætists rolle. Denne artikel udspringer af arbejdet med at tilrettelægge kostvejledningen i et tre årigt projekt i Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien (PKS). Projektet blev igangsat i efteråret 2018 og omhandler "Styrket indsats til Alvorligt syge og Langvarigt syge Anoreksipatienter", i daglig tale SALA. Formålet med SALA er at etablere en systematisk, forbedret behandling til de mest syge patienter med fokus på patienternes funktionsniveau og livskvalitet. I artiklen her redegøres for SALA, evidensen for diætetisk intervention i en traditionel anoreksibehandling, de diætetiske kompetencer og ansvarsområder og forslag til kostvejledning i SALA-projektet.

SALA

SALA er et tre-årigt satspuljeprojekt, hvor målet er at bedre den somatiske tilstand, øge funktionsniveauet samt reducere brugen af tvang for SE-AN-patienter i PKS. SALA-behandlingen er et 1-årigt behandlingstilbud startende med en fornyet udredning indeholdende en opdateret sygdomshistorik med status over patientens sygdoms- og behandlingsforløb samt sociale indsatser. Derefter udarbejdes en individuel plan for behandlingen med fokus på patienternes ressourcer og livsudfordringer. Behandlingen centrerer om det daglige funktionsniveau og bedring af patientens livskvalitet. Af planen skal også fremgå aftaler om minimumsvægt samt hvilke interventioner, der træder i

kraft i tilfælde af, at patienten kommer under denne vægt eller bliver somatisk truet.

Evidens og kostvejledning

Der er national og international konsensus om, at i en traditionel anoreksibehandling bør kostvejledning indgå som en væsentlig del af den tværfaglige behandling, og den kliniske diætist er et vigtigt medlem af det tværfaglige team (1-4). Der findes imidlertid kun begrænset evidens for diætetiske interventioner i en spiseforstyrrelsesbehandling, hvad angår form, rammer og indhold (5-8). I et review af den internationale litteratur konkluderes det, at evidensen for den diætetiske intervention er mangelfuld, at den diætetiske behandling af patienter med spiseforstyrrelser ikke er tilstrækkeligt defineret, og at der er brug for, at kliniske diætister generelt konsoliderer og definerer deres rolle i spiseforstyrrelsesbehandlingen (6).

I Sundhedsstyrelsens referenceprogram for behandling af spiseforstyrrelser nævnes ernæringsterapi som en del af den tværfaglige behandlingsindsats (9). Desværre omtales diætbehandling ikke i den nationale kliniske retningslinje (NKR) for behandling af anorexia nervosa. Dog understreges det, at normalisering af kropsvægt er central for behandlingen af anoreksi, og at det er vigtigt at sikre patientens forståelse for kropsvægt og spisning (4).

Den kliniske diætists kompetencer og ansvarsområder

At kunne kostvejlede i en spiseforstyrrelsesbehandling kræver viden om psykiatri og forståelse for kompleksiteten i spiseforstyrrelser (1,10). Det fordrer indsigt og erfaring i at bruge forskellige sundhedspædagogikker, måder at kommunikere på samt at kunne arbejde tværfagligt. I en kostvejledning anvendes der viden fra kognitiv adfærdsterapi samt interaktionelle, relationelle og uddannelsesmæssige teknikker (6).

Tabel 1. Tre formål med kostvejledning i en traditionel anoreksibehandling

Overordnet mål	Indhold	Kræver viden om
Opnå og bibeholde en god ernæringstilstand	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorering af ernæringsstatus • Opretholdelse af en sund kropsvægt • Plan for op-ernæring • Kostplan • Fordøjelsen • Somatiske konsekvenser ved restriktiv spising • Metabolisme og energibehov • Set point teori • Kropsopfattelse 	<ul style="list-style-type: none"> • BMI • Ernæringsbehov; beregning, BMR, PAL • Kroppens salte • Jern- og blodmangel • Calcium og D-vitamin, osteoporose • Zink, thiamin og fosfat • Refeeding syndrom • Følger af fejl- og underernæring • Søvnbesvær, amenoré • Hvordan "gemmer" vi ved positiv energibalance, lipolyse • Ernæringsterapi, op-ernæringsmetoder fx nasogastrisk sonde
Genoprette almindelige spisevaner og et normalt spisemønster	<ul style="list-style-type: none"> • Respons på sult- og mæthedsfornemmelse • Normalisering af spisemønstre • Sundt forhold til mad • Social spising 	<ul style="list-style-type: none"> • Appetitregulering • Måltidsfrekvens og spisehastighed • Overnight faste • The binge eating cycle • Portionsstørrelser
Almen ernæringslære	<ul style="list-style-type: none"> • Nuancering af "sundhedsbegrebet" • Fejlopfattelser og forstyrrede forestillinger om mad • Diæter og udelukkelse af hele fødevarergrupper • Næringsstofbehov 	<ul style="list-style-type: none"> • WHO og sundhed • De energigivende og ikke energigivende næringsstoffer • Næringsstofbehov for både syge og raske • Fødevarerenskab • De nordiske næringsstofanbefalinger (NNR) • Planlægning af indkøb og udarbejdelse af madplaner • Madlavningskompetencer

BMI=Body Mass Index; BMR=Basal Metabolic Rate; PAL=Physical Activity Level; NNR=Nordic Nutrition Recommendation (8)

Den kliniske diætist vil i den tværfaglige spiseforstyrrelsesbehandling ikke alene have det diætetiske ansvar i forhold til patienten, men også være ansvarlig for at bidrage med evidensbaseret viden om ernæring i behandlingsteamet. Dette for at sikre, at teamet arbejder evidensbaseret og er enige i ernæringsrådgivningen af patienten (7). Den diætetiske behandling er både relateret til forebyggelse og behandling af de komplikationer, som kan opstå som følge af en spiseforstyrrelse (1,10). På baggrund af kliniske vejledninger og evidensbaseret litteratur er der i tabel 1 lavet en oversigt over indholdet i kostvejledningen i en ambulant traditionel anoreksibehandling og de relaterede nødvendige kompetencer hos diætisten (2,4,9-11).

Generelt er det ikke muligt i litteraturen om SE-AN-behandling at finde konsensus om, hvordan kostvejledningen i behandlingen skal gennemføres. Kostvejledning og klinisk diætist nævnes, og der er både beskrevet behandling, hvor den kliniske diætist kun inddrages på konsulentbasis, og hvor patienten ses af den kliniske diætist op til to gange om ugen. Gældende for begge yderpunkter er, at form og indhold ikke er beskrevet nærmere (12-15).

Kostvejledning i SALA

For at diætetisk behandling kan understøtte den samlede behandling i SALA, skal den kliniske diætist være tilgængelig og fleksibel. I tabel 2 er skitseret et forslag til en organisering af kostvejledning i SALA-projektet indeholdende fire elementer, som hver især kan aktiveres i forskellige dele af behandlingen. Denne opdeling giver mulighed for at møde patienten og gå efter hendes mål samtidig med, at der er en ramme for kostvejledningen.

Statussamtale: SALA-patienten har gennem mange år været i skiftende behandlinger og har som følge deraf typisk fået en del kostvejledning og arbejdet med at spise mhp. vægtøgning efter kostpla-

ner. Når patienten selv er med til at sætte målene for sin behandling, bliver opgaven for diætisten sammen med patienten at undersøge, hvordan kostvejledningen kan støtte de nye mål. Der er ikke længere et krav om en ugentlig vægtøgning, men patienten skal arbejde med at kunne spise i overensstemmelse med egne fastsatte mål, hvilket måske kan give ro til at arbejde med spiseadfærd og udfordringer, som på sigt kan føre til et øget kostindtag. Ved statussamtalet skal der optages en kostanamnese, som giver et billede af patientens kostindtag. Denne status stilles op i et dokument og skal være en fælles viden for patient og behandlingsteamet, en viden som også kan bruges til at tydeliggøre det, som lykkes. Det er vigtigt, at kostanamnesen udarbejdes neutralt og uden vurdering.

Psykoekation: SALA-patienten har i tidligere behandlingsforløb modtaget kostvejledning, som typisk har taget udgangspunkt i vejledninger om kost til småtspisende og ernæringsterapi (16,17).

Dette sammenholdt med patientens anorektiske forestillinger og diverse mediernes oplysninger om, hvad det vil sige at spise sundt, afføder hos denne patientgruppe ofte en del forvirring, angst og uro. Målet med et psykoekationsforløb er at facilitere viden om almen ernæringslære, motivere til en positiv spiseadfærdsændring samt understøtte behandlingens sekundære fokus på at motivere til symptomreduktion og vægtstabilisering eller -øgning. Hvis psykoekationen foregår i gruppe, er det desuden muligt at lade et måltid indgå, hvorved patienten under kendte rammer kan støttes i at spise sammen med andre og øve sig i at spise fødevarer, der opleves udfordrende. Der kan endvidere arbejdes med det sociale aspekt ved et måltid. Måltidet skal medbringes af patienten selv og være svarende til, hvad patienten plejer at spise, eller det kan serveres eller vælges på stedet, afhængigt af muligheder og patientens ressourcer og mål. Individuel kostvejledning: Dette tilbydes, når patienten er klar til/

ønsker at arbejde med reduktion af symptomer og/eller at udfordre sin spiseadfærd med fx. større variation i valg af fødeemner, at øge sit kostindtag eller at spise regelmæssigt. Indledningsvis er det vigtigt at aftale mål og delmål, rammer og relevante deltagere, fx. at patienten inddrager pårørende, bostøtter, bosteder mm.

Somatisk truet: I tilfælde af at patienten bliver somatisk truet og de på forhånd indgåede aftaler om, hvilke interventioner der træder i kraft, inddrages diætisten i planlægningen af ernæringsterapi i den akutte samt den efterfølgende stabiliserende fase.

Kommunikation om adfærdsændringer og The Real Food Guide

I studierne omhandlende diætetiske interventioner i en spiseforstyrrelsesbehandling, er der enighed om, at der i kostvejledningen skal arbejdes med motivation og adfærdsændringer samt anvendes patientcentrerede sundhedspædagogikker (1,5,8,10). Strategier for sundhedskommunikation som fx Den Motiverende Samtale, Guidet egenbeslutning samt modellen for adfærdsændring, Stage of Changes, kan alle være relevante (18-20). I en kostvejledning vil de alle kunne støtte en mulig progression, da alle tre er strukturelt udformet med en indbygget progression.

The Real Food Guide (figur 1) er udarbejdet af den australske diætist Susan Hart mhp. visuelt at understøtte kostvejledning af patienter med spiseforstyrrelser (7). Guiden er udformet som en pyramide i lag

af fødevarergrupper. For hver fødevarergruppe er overordnede anbefalinger samt baggrunden for disse skrevet i overskifter. Råd og vejledninger er tilpasset de særlige behov for energi og næringsstoffer, som gør sig gældende for patienter med spiseforstyrrelser. Endvidere giver den mulighed for at arbejde med ændringer af forstyrrede tanker og følelser om mad og måltider (7). Den sundhedspædagogiske tilgang i guiden gør det muligt i behandlingen at arbejde visuelt med relevante ernæringsområder som fx øget fleksibilitet i valg af fødevarer, at spise i sociale sammenhænge og at have fokus på nydelse i stedet for vægtkontrol.

Med denne artikelserie om SE-AN håber vi at give indblik i, hvordan kliniske diætister i en SE-AN-behandling kan arbejde med at møde patienten og sammen gå efter hendes mål i en kostvejledning på hendes præmisser. Det er tydeligt, at der i forhold til diætbehandlingen i en SE-AN-behandling ligger en stor og vigtig udviklingsopgave.

Tabel 2. Forslag til fire diætetiske interventioner i et SE-AN-behandlingsforløb

Organisering Behandlings aftale	Formål	Indhold	Redskaber	Tidsforbrug
1. Status I forlængelse af introduktionsforløbet. Obligatorisk individuel samtale	<ul style="list-style-type: none"> • Intro til kostvejledningen. • Forventningsafstemning • "Hvad kunne du tænke dig af en kostvejledning?" 	<ul style="list-style-type: none"> • Status over kostindtag og spiseadfærd 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostanamnese • Caseformulering • Spisedagbog med dagbogsoptegnelser til brug for registrering af spiseadfærd, tanker og følelser i forbindelse med måltider samt evt. kompenserende adfærd 	1 time + Journalføring (evt. opfølgninger)
2. Psykoedukation Gruppe 2-6 deltagere inkl. måltid Obligatorisk at deltage en gang	<ul style="list-style-type: none"> • Kroppens behov • Motivation til at kunne se muligheder • Almen ernæringslære 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernæringslære • Energibehov • Næringsstoffer 	Spisedagbog The REAL food Guide	3 x 1 time psykoedukation + 3 x ½ time fælles frokost
3. Kostvejledning Individuelt forløb når patienten er parat til at lave forandringer	<ul style="list-style-type: none"> • Symptom-reducering • Vægtøgning og/eller større variation i valg af fødeemner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostplaner • Vejledning i øgning af kostindtag. • Støtte til social spisning og større variation • Planlægning af indkøb mm. 	<ul style="list-style-type: none"> • The REAL food Guide • MS • GEB • Stage of change • Spisedagbog 	1. kontakt, 1 time + opfølgninger 30 minutter
4. Ved somatisk truet	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Beriget mad • Supplerende ernæring i form af fx energi- og proteintilskud (ernæringsdrikke)• Nasogastrisk sonde 	

Caseformulering=opdateret sygdomshistorik og planlagt ved start i SALA; MS=Den Motiverende Samtale; GEB=Guidet Egen-Beslutning

Figur 1.

REAL Food Guide. Gengivet med tilladelse fra forlaget fra "Development of the "Recovery from Eating Disorders for Life" Food Guide (REAL Food Guide) – a food pyramid for adults with an eating disorder" (7).



Referencer

- Ozier AD, Henry BW. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(8):1236-41.
- Noland D, Raj S. Academy of Nutrition and Dietetics: Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Nutrition in Integrative and Functional Medicine. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics.* 2019;119(6):1019-36.
- Sundhedsstyrelsen. Behandling af moderat og svær bulimi. 2015.
- Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa. 2016.
- Hart S, Abraham S, Luscombe G, Russell J. Eating disorder management in hospital patients: Current practice among dietitians in Australia. *Nutrition & Dietetics.* 2008;65(1):16-22.
- Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J Hum Nutr Diet.* 2011;24(2):144-53.
- Hart S, Marnane C, McMaster C, Thomas A. Development of the "Recovery from Eating Disorders for Life" Food Guide (REAL Food Guide) - a food pyramid for adults with an eating disorder. *J Eat Disord.* 2018;6:6.
- Mittnacht AM, Bulik CM. Best nutrition counseling practices for the treatment of anorexia nervosa: a Delphi study. *Int J Eat Disord.* 2015;48(1):111-22.
- Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling. 2005.
- Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract.* 2010;25(2):122-36.
- Foreningen af kliniske diætister. Rammeplan for diætbehandling af børn, unge og voksne med Anorexia Nervosa 2009. www.diaetist.dk.
- Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2013;43(12):2501-11.
- Touyz SG, D.L.; Lacey, J.H.; Hay, P. *Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A clinician's guide.* New York: Routledge; 2016.
- Williams KD, Dohney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(2):90-6.
- Russell J, Mulvey B, Bennett H, Donnelly B, Frig E. Harm minimization in severe and enduring anorexia nervosa. *Int Rev Psychiatry.* 2019;31(4):391-402.
- Kost og Ernæringsforbundet. Kost til småtspisende. 2016. I: Den Nationale Kosthåndbog. <https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/>.
- Fagligt selskab for Kliniske Diætister. Rammeplan for Ernæringsterapi. 2008.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivationsamtalen i sundhedssektoren.* 1 ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
- Zoffmann V, Lauritzen T. Guidet egen-beslutning øger livsdygtighed med type 1 diabetes og A1C i randomiseret, kontrolleret undersøgelse. *Klinisk Sygepleje.* 2009(04):34-46.
- Prochaska JO, Norcross JC, DiClemnte C. *Varig forandring.* Haderslev: Sydgården; 2008.



ESPEN Highlights

Af Anne Marie Beck, klinisk diætist, PhD, seniorforsker ved Herlev-Gentofte Hospital og docent ved Københavns Professionshøjskole, ambe@kp.dk

ESPEN skulle i år have været holdt i Lyon i Frankrig, men på grund af en vis virus blev kongressen i stedet afholdt virtuelt. Resultatet blev desværre en meget blandet oplevelse rent fagligt, da arrangørerne havde store udfordringer med at få det virtuelle til at fungere. Formentlig også madmæssigt, for mange deltagere har sikkert siddet foran computeren med, hvad køleskabet lige kunne præstere og ikke turdet gå ud at købe ind af angst for, at det virtuelle ville komme til at fungere, når man vendte ryggen til.

Til gengæld var der meget flot repræsentation af danske bidragydere med baggrund som klinisk diætist. Ved optælling blev der fundet 21 abstracts, og heraf havde de 15 en førsteforfatter med baggrund som klinisk diætist. En oversigt fremgår af boksen, og detaljer kan findes på www.dske.dk samt i et nummer af ESPENs tidsskrift *Clinical Nutrition*, der udkommer inden jul.

Tre danske abstracts blev udvalgt til oral præsentation, og alle disse havde en førsteforfatter med en baggrund som klinisk diætist: Tina Munk fra Ernærings- og forskningsenheden på Herlev-Gentofte Hospital fortalte om resultaterne af projektet "Kom Mæt Hjem". I det randomiserede studie blev ca. halvdelen af deltagerne (i alt 209 som alle var over 50 år og i ernæringsmæssig risiko) fulgt hjem med en madpakke til et døgn, ernæringsdrikke til en uge, og individuel diætvejledning ved klinisk diætist der også omfattede råd om fysisk aktivitet. Vejledningen blev fulgt op hhv. fire og 30 dage efter udskrivelsen, og indholdet blev kommunikeret videre til indlæggelseskommunen. Tina fortalte, at resultaterne viste en positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen, fysisk funktion målt ved en rejse-sætte-sig test og selvoplevet livskvalitet, mens der ikke var forskel på overlevelse og risiko for genindlæggelser.

I forbindelse med studiet havde Jonas Ainas Svendsen fra samme sted kigget nærmere på, hvordan det gik med de deltagere, der takkede nej til at være med i selve studiet "Kom Mæt Hjem". Årsagen til at takke nej var primært, at de ikke orkede en ernæringsindsats. Jonas fandt, at de, der takkede "nej", havde en langt større risiko for at blive genindlagt end kontrolgruppen. Konklusionen blev derfor, at det er vigtigt at finde en ernæringsindsats, som også denne gruppe orker at tage imod.

Der arbejdes fortsat med at analysere data, så flere detaljer planlægges fremlagt ved årsmødet i DSKE i maj 2021.

Udover de to oplæg fra Herlev-Gentofte Hospital fortalte Nikita Misella Hansen, ph.d.-studerende på Rigshospitalet, om resultaterne af sit kandidatprojekt. I det randomiserede studie blev ca. halvdelen af deltagerne (i alt 40 som alle var 65 år eller ældre og indlagt med

pneumoni) tilbudt en ernæringsindsats under indlæggelsen og 60 dage efter udskrivelse, bestående af bl.a. diætistvejledning og ernæringsdrikke. Nikita fortalte, at resultaterne viste en positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen og risikoen for genindlæggelser.

Alt i alt må det konkluderes, at intet er så galt, at det ikke er godt for noget – og at 5000 kongresdeltagere således har fået flotte eksempler på, hvad danske diætister kan.

Danske abstracts fra ESPEN-kongressen 2020

Randi Tobberup et al. Accuracy of screening tools in predicting malnutrition in cancer outpatients according to the glim criteria. Poster
Nikita Misella Hansen et al. The effect of protein-based nutritional supplementation during and after hospital stay in patients with community acquired pneumonia. Foredrag.

Daniel Knaap Jørgensen et al. Bioelectrical Impedance (BIA) compared to Dual Energy X-Ray (DXA) in elderly patients admitted with acute pneumonia. Poster

Sara Kring Nielsen et al. Postoperative blood glucose after surgery in the head and neck region with pre-operative Dexamethasone. Poster

Charlotte Lock Rud et al. Quality of life and wellbeing in patients with an ileostomy: a cross sectional study. Poster

Tina Munk et al. A multimodal nutritional intervention after discharge improves Quality of Life and Physical function in older patients. Foredrag

Tina Munk et al. Accuracy of the calculated serum osmolarity to screen for hyperosmolar dehydration in older hospitalized medical patients. Poster

Jonas A Svendsen et al. Older patients (50+ y) declining participation in a randomized controlled nutritional trial have higher risk of readmissions. Poster tour

Camilla Balle Bech et al. An optimized texture modified diet improves energy and protein intake in hospitalized patients with dysphagia. Poster

Anne Wilkens Knudsen et al. Assessment of Nutritional Risk and Intake in Danish Hospitalized Patients. Poster

Cecilie Meldgaard Møller et al. Nutritional status in patients attending International Lung Day in a hospital setting. Poster

Marianne Boll Kristensen et al. Nutritional status and nutritional risk in danish head and neck cancer survivors 1-5 years after radiation therapy – Results from a nationwide cross-sectional survey. Poster

Anne Marie Beck et al. An innovative rehabilitation Meals-on-wheels service for frail old people. A controlled feasibility study. Poster

Mette Overgaard Holm et al. Postoperative nutritional management is insufficient in maintaining body weight in esophageal cancer patients. Poster

Malene Lyngesen & Ines Raben. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish University hospitals using the NRS2002. Poster

Boganmeldelse

Ansigt, mund og svælg

Forfatter: Annette Kjærsgaard
Forlag: Munksgaard, 2. udgave, 2020

Af Majbritt Blume-Hellesøe, klinisk diætist, Fredericia Kommune
Majbritt.blume-hellesoe@fredericia.dk

Annette Kjærsgaard tager os i sin bog med på en rejse i dysfagiens verden og kommer med dybdegående forklaring på facetterne omkring det at opspore og behandle dysfagi. Bogen henvender sig alle, der arbejder med dysfagi - ergoterapeuter, diætister og plejepersonale. Den fremhæver vigtigheden af det tværfaglige samarbejde omkring borgeren/patienten med dysfagi og tydeliggør betydningen af, at alle omkring borgeren er inddraget i behandlingen, da alle kan bidrage med hver deres faglige tilgang.

Bogen indledes med en introduktion til dysfagi. Herefter gennemgås de forskellige undersøgelser til opsporing og udredning. Dette følges af information om den normale synkeproces, og hvordan ansigt, mund og svælgets knogler og muskler relateres til dette. Herefter gennemgås grundigt, hvordan undersøgelse af ansigt, mund og svælg bør udføres, og hvordan spisning kan foregå som del af behandlingen og undersøgelsen. Der er desuden et kapitel omkring screening af et måltid, hvor man får redskaber til at kunne genkende tegn på dysfagi ved at observere en borger/patient under et måltid. Denne observation kan udføres af alle, der har den grundlæggende viden om dysfagi og vil derfor være relevant for en diætist at inddrage i sit arbejde. De sidste kapitler i bogen omhandler mundstimulation og vigtigheden af mundhygiejne samt betydningen af siddestilling og åndedræt.



Til bogen hører desuden en stor mængde ekstramateriale, som kan hentes på Munksgaard.dk. Her findes de i bogen nævnte skemaer til screening, undersøgelse og behandling samt en spiseinformation, som henvender sig til de fagfolk samt pårørende, som er sammen med borgeren/patienten i de daglige spisesituationer. Her findes også det tidlige nævnte skema til observation af et måltid.

Annette Kjærsgaards passion for dysfagi fremgår tydeligt hele bogen igennem, og opsætningen og gennemgangen er yderst professionel og inspirerende. Dog savner jeg, at billederne er med farve. De ellers meget brugbare fotos kommer ikke helt til deres ret, når de ses i sort/hvid.

“Ansigt, mund og svælg” giver læseren en mængde brugbar viden og konkrete eksempler, som man kan bruge i arbejdet med mennesker med dysfagi; også selvom man ikke har uddannelsen i FOTT (Facio Oral Tract Therapy = Ansigt-, mund-, svælgterapi). Jeg vil anbefale bogen til alle, som ønsker at bidrage til at systematisere tilgangen, opsporingen og behandlingen af mennesker med dysfagi.

NY BOG

Meyers Grønne proteiner

Titel: Grønne proteiner
Forfatter: Meyers
Omfang: 400 sider
Udkom: Oktober 2020

Hvis vi vil spise mere klimavenligt, skal vi hente flere af vores proteiner i planteriget. Det er budskabet fra forskere verden over, og det bliver også et tema i de nye danske kostråd, der er på vej. Men hvordan gør vi det?

Det giver bogen Meyers Grønne Proteiner sit meget konkrete svar på i form af over 150 opskrifter, der sætter de proteinrige ingredienser fra planteriget som bælgfrugter, korn,

nødder og bladgrøntsager i centrum for enkle og indbydende hverdagsmåltider - altid med velsmag som ledestjerne.

Bogen er fyldt med inspiration fra lande som Italien, Spanien, Mexico, Indien, Marokko og Brasilien. Men også de nordiske råvarer og årstider står skarpt, når bogen følger naturens gang i køkkenet. Bogen genopdager nordiske bælgfrugter, som nu er på vej tilbage på de danske marker og kan berige vores grønne måltider. Opskrifterne trækker også på de spanske, mexicanske og japanske køkkener.

Meyers Grønne Proteiner dyrker det fuldenndte grønne måltid med saft, kraft og dybde. Det er vegetarisk og plantebaseret mad, hvor selv inkarnerede kødspisere går mætte og tilfredse fra bordet.





Min diætistdag



*Bolette Olsen, klinisk diætist, motions- og kostvejleder, Lyngby lægeklinik
Bolette.kostogmotion@gmail.com*

Jeg er ansat som diætist i en visionær lægeklinik i Lyngby 32 timer om ugen, fastlønnet uafhængigt af klientbehov, men har altid en fuld kalender.

Fredag arbejder jeg som selvstændig i Forsvaret med fysisk træning, kost- og motionsvejledning. Mine primære arbejdsområder i lægeklinikken er forebyggelse af livsstilssygdomme som adipositas, diabetes, dyslipidæmi, anoreksi og BED, og indimellem kan der være sygeplejeagtige opgaver som vaccination eller blodprøve. Jeg starter denne kolde decembermorgen som vanligt hjemmefra kl. 7 på cyklen.

Kl. 8.00 -9.15 har jeg fem klienter med 15 minutter til hver.

Den første har jeg fulgt i længere tid; han kæmper med overvægt, dårligt selvværd og diabetes. Han har tabt 20 kg, men det sidste halve år har været svært. Han er gået på pension, er alene og har svært ved at finde sin rolle i samfundet. Nu nærmer julen sig, og han føler sig altid ekstra ensom i julen. Vægttabet giver ham håb om, at han bliver mere attraktiv. Han har sluppet sin diabetesmedicin, men det er vigtigt at holde ham motiveret, så han bliver ved med at kunne undgå medicinen. Vi aftaler, at han skal fokusere på motionen, og at jeg næste gang tager en HbA1c-blodprøve. De næste fire klienter har lidt samme tema; de kæmper med at fastholde opnåede vægttab og vil gerne længere ned. Det er ekstra svært i denne tid med julefristelser mange steder.

Kl. 9.30-9.45 har vi pause i klinikken og mødes i flydesofaerne. Vi gennemgår nye coronaretningslinjer, hvad vi har lavet i weekenden, og ofte bliver der grinet højt og længe. I dag er særlig munter, for vi har afholdt vores julefrokost, som altid er velplanlagt, og alle går op i den, som var det den sidste.

Kl. 9.45-10.15 har jeg en 50-årig mand, som er holdt op med at ryge og har taget 20 kg på. Han sover dårligt og har meget lidt overskud. Jeg laver en kostanamnese, og ud fra den giver jeg forslag til ændringer. Vi snakker kort om motion og bliver enige om, at daglige gåture er et godt sted at starte for at blive klar til opstart af de tidligere løbeture igen.

Kl. 10.15-10.30 ser jeg en nydiagnosticeret patient med diabetes, kvinde, 65 år. Jeg kender hende fra syv år tilbage, hvor hun havde et vægttabsforløb hos mig. Hun tabte sig, men synes det var uretfærdigt, at hun ikke kunne spise, som hun havde lyst til. Det er en forskrækkelse for hende at have fået diabetes type 2 og medicinske bivirkninger i form af kvalme. Hun taber sig måske mere end nødvendigt af den grund. Vi gennemgår ideer til små måltider, der kan afhjælpe kvalmen, og jeg anbefaler hende at kontakte lægen for at se, om der er en anden mulighed for medicin.

Kl. 10.30-10.45

Jeg ser 90-årig kvinde, som jeg tager INR (blodfortyndende) prøve på. Da resultatet ikke er i niveau, fortæller hun, at hun i går har fået stuvet grønkål. Det forklarer udsvinget. Hun har lidt svært ved at rejse sig fra stolen og har fået nogle stoleøvelser af mig. "Laver du dem?" Hun ler: "Kun den første uge efter jeg har været hos dig", og så griner vi, mens hun lover at lave dem til næste gang.

Kl. 10.45-11.15

28-årig anoreksiklient med anoreksi siden hun var 12 år. Har været indlagt flere gange, men har hver gang efter udskrivelse tabt sig voldsomt igen. Jeg havde et forløb med hende for fire år siden, hvor hun var svært personlighedsforstyrret. Nu er hun tilbage med lidt mere selvindsigt, og jeg har fået mere erfaring. Hun har siden taget 14 kg på, går op i vegansk mad, reflekterer over livet og vores snakke. De handler egentligt sjældent kun om mad, men meget mere om de udfordringer der er ved at skulle samle op på 15 års selvdestruktivt liv.

Kl. 11.15-11.30

Jeg tager en blodprøve på en patient og når at skære aubergine og rød peber og sætte i ovnen til frokost.

Kl. 11.30-11.45

En 45-årig pakistansk kvinde skal have hjælp til et vægttab. Hendes børn og mand vil have ris og pandebrød, og hun har svært ved at spise anderledes end dem. Vi aftaler bl.a., at hun fokuserer på reducere portionstørrelsen, kun en "knytnæve" ris og lidt flere grønsager.

Kl. 11.45-12.00

Opringning til en kræftramt kvinde, der får sondemad hjemme, men kan spise lidt flydende. Hun ved, hun er terminal. Jeg foreslår 4-5 ideer, som hun vil prøve, for hun vil gerne have lidt overskud i julen, hvor familien samles.

Kl. 13.00-14.45

Efter en hyggelig frokost har vi i dag sat eftermiddagen af til at vaccinere de sidste mod influenza og lungebetændelse. Der er ikke samme run som i oktober/november, hvor det hele kørte på samleband pga. corona. Trods nye procedurer forløber alt, som det skal.

Kl. 14.45-15.15

Jeg tjekker dagens program og sikrer mig, at jeg har journalført alt og taget de ydelser, der skal tages og tjekker mail. I dag er der en forespørgsel fra et af kommunens bosteder om hjælp til vægttab hos en af deres borgere. Den skal vendes med en læge, så jeg venter, til en af cheferne er ledig. Han synes, det lyder som en god ide, men da borgeren er svært handicappet og autist, skal vi have hans kontaktperson med. Jeg rydder op og lukker ned på kontoret, skifter til cykeltøj og kører ud i den frostklare dag og nyder min halve times cykeltur hjemover.

DSKE Temadag: Ernæring i sygeplejepraksis

Tid: 22. marts 2021

Sted: Aarhus

Mere info på dske.dk

Årsmøde, DSKE 2021

Tid: 7. maj 2021

Sted: Admiral Hotel, København

Mere info på kost.dk/fakd

Årsmøde, FaKD 2021

Tid: 4. juni 2021 kl. 10.00-16.00

Mere info på kost.dk/fakd

Rehabilitation International World Congress 2021, "Moving Societies"

Tid: 7.-9. september 2021

Sted: Aarhus

Mere info på <http://www.riglobal.org/ri-world-congress-2021>

International Congress in Dietetics 2021

Tid: 1.-3. september

Sted: Cape Town, Sydafrika

Mere info på icda2020.com

13th EFAD European Congress of Dietetics

Tid: 22.-23. oktober

Sted: Budapest, Ungarn

Mere info på efadconference.com

NY BOG

Apropos bladets fokus på SMAG

Titel: SMAG
Forfatter: Yotam Ottolenghi
og Ixta Belfrage
Omfang: 352 sider
Udkom: Oktober 2020



SMAG er en grøn kogebog med 100 opskrifter på grøntsagsretter til både vegetariske og veganske måltider. Opskrifterne er sammensat med fokus på tre principper for at få retterne til at gå op i en højere enhed: tilberedningsmetoder; råvarer samt de fire basissmagsgivere, surt, stærkt, fedt og sødt. I hver enkelt opskrift er der arbejdet med og tænkt over alle tre principper for at få bedst mulig smag ud af den færdige ret.

BESTYRELSEN I FAKD

Formand

Mette Theil

E-mail: mp@diaetist.dk

Næstformand og kasserer

Trine Klindt

E-mail: tk@diaetist.dk

Ansvarlig for kommunikation og NCP

Louise Persson Kopp

E-mail: lk@diaetist.dk og

kommunikation@diaetist.dk

Ansvarlig for rammeplaner

Louise Rasmussen

E-mail: lr@diaetist.dk

Christian Antoniussen

E-mail: ca@diaetist.dk

Øvrig bestyrelse

Randi Tobberup

E-mail: rt@diaetist.dk

REDAKTIONSUDVALG

Jette Thomsen Fabricius

Christian Antoniussen

Dorte Sunke Knudsen

Kirsten Færgeman

Anne Marie Beck

Trine Klindt

Redaktør Anne W. Ravn

E-mail: redaktor@diaetist.dk

Diætisten i 2021

Vi vil gerne høre fra dig med dine ønsker til temaer, artikler og øvrige ideer eller dit eget bidrag til bladene i 2021.

I forbindelse med samsending med Kost og Ernæringsforbundets blade udkommer Diætistens seks numre i 2021 efter en foreløbig plan således:

nr. 169: 4. februar

nr. 170: 11. marts

nr. 171: 10. juni

nr. 172: 16. september

nr. 173: 21. oktober

nr. 174: 9. december

Deadline for tilsendelse af materiale er ca. syv uger før udgivelsen.



Fresubin® 2 kcal DRINK Genvejen til energi, protein, vitaminer og minerale

Vi har samlet de 8 bedste smagsvarianter i Fresubin Startpakke, så patienten kan smage sig frem til sine favoritter.

1. Fresubin 2 kcal DRINK Skovbær
2. Fresubin 2 kcal DRINK Vanille
3. Fresubin 2 kcal DRINK Cappuccino
4. Fresubin 2 kcal DRINK Abrikos-Fersken
5. Fresubin 2 kcal DRINK Karamel
6. Fresubin 2 kcal DRINK Neutral
7. Fresubin 2 kcal Fibre DRINK Chokolade
8. Fresubin 2 kcal Fibre DRINK Lemon



**FRESENIUS
KABI**

caring for life