Nr. 141. Juni 2016. 24. årgang

# DIÆTISTEN

## FOKUS
### Collaboration in Nutrition

Skal du med til den internationale ESPEN kongres i København?
Læs fokussiderne og bliv inspireret til at deltage

Skab nye job ved at tænke ud af boksen! Klinisk diætist Stine Junge Albrechtsen sprudler af gode idéer

Kliniske diætister skal bruges til opernæring af patienter under genoptræning

Diætetiske indsatser i kommunal kræftrehabilitering

Foreningen af
Kliniske Diætister
*For alle ernæringsprofessionelle*

www.FaKD.dk
www.diaetist.dk

# Patientens tid er dyrebar – og borgeren skal hjælpes til det gode liv!

Det kan vi godt blive enige om.
At optimere den indlagtes forløb ved at sætte ind hurtigt, hvis den indlagte er i ernæringsmæssig risiko. Med dejlige måltider, appetitlige og hyppige i gode omgivelser. Ved hyppige tilsyn under indlæggelsen og en sublim udskrivelse samt opfølgning herefter. Vi ønsker det, patienten ønsker det, og de pårørende ønsker det.

Dette kræver dog et godt tværfagligt samarbejde. Især ved sektorovergangene. Enhver diætist ønsker at følge den indlagte patienten godt hjem eller videre. Vi kan gøre det, så godt vi kan lokalt - og sikkert endnu bedre, men det kræver, at andre faggrupper også ønsker denne tværfaglighed og inddrager os. De skal kunne se meningen med det, og vi skal derfor være så synlige som muligt og vise, at det har en effekt på patientens- og borgerens forløb, at vi er tilgængelige. Vi bør selv aktivt indgå tværfagligt, og ikke vente på en direkte invitation. De andre faggrupper glemmer hurtigt vores tilstedeværelse, hvis de ikke ser os ofte. Det kan måske for nogen virke grænseoverskridende og frustrerende at være opsøgende og kombinere ydelsen behandling med service.

Den ældre medicinske patient og rehabilitering er i fokus, og der er tænkt på vores faggruppe i dette arbejde. Men diætisterne anses stadig som en specialistfaggruppe, selvom vi jo burde være en naturlig del af det sundhedsfaglige team. Andre faggrupper burde ikke pålægges opgaver, som egentlig er øremærket os. Derved kunne de løfte kvaliteten i deres arbejde, hvis vi stod klar, når der opstod en ernæringsproblematik.

Vi kommer dog ikke langt med "vores" og "deres" ,"mit" og "dit", for der er mange glidende overgange i arbejdet med både den indlagte patient, med borgeren med kronisk sygdom samt i løbet af et rehabiliteringsforløb. Vi må erkende, at ting tager tid, men terapeuterne er dog rykket godt frem ift. det tværfaglige samarbejde med lægerne og sygeplejerskerne, så jeg tror det er muligt, at vi går samme vej som dem med tiden.

Med den nye studieordning og nye bekendtgørelse kan det være, vi samlet kommer mere frem i lyset. Vi håber, vi bliver en mere samlet faggruppe og følges ad med ens fokus. Vi håber ikke, at vi splittes ift. titler eller praktikpladser.

I denne udgave har flere studerende indsendt bacheloropgaver til FaKD, det sætter vi stor pris på.

Vi er i år flere studerende medlemmer end før, og det er meget positivt, at de har et ønske om at stå sammen i FaKD. Som nyuddannet kan det være frustrerende at indse, at ernæringen faktisk ikke altid prioriteres højt ude i det virkelige liv. Men det er netop en del af vores arbejde. At præge dette fokus, at belyse denne problematik. Ingen andre gør det med samme viden og engagement som os, og det er jo fordi vi er uddannet til det - med en hel uddannelse bag os. Vi er ikke bare trådt ud af en "overbygning" eller har snuppet et supplerings-fag-kursus-, nej, vi har en hel Professionsbacheloruddannelse bag os! Efterfølgende handler det om at samarbejde med de andre dygtige sundhedsfaglige, så ernæringen får en høj prioritet. Det burde være et nyt fag på uddannelsen: Professionelt at lære at tiltrække opmærksomhed på ernæringsområdet!

**UDGIVER:**
Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

**REDAKTØR**
Ulla Mortensen
redaktoermail@diaetist.dk
Tlf. 20 67 72 31

**ANSVARSHAVENDE**
Mette Pedersen
mp@diaetist.dk

**Deadlines næste udgivelse**
Sidste frist for indlæg 1. juni.
Sidste frist for annoncer 5. juli.
Nr. 142 udkommer august 2016.

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

**DESIGN, PRODUKTION OG TRYK**
Promovista. Tlf. 20 31 80 01

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

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

Mandag - fredag kl. 9-13.00

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

# INDHOLD

KORT NYT 5

ARTIKLER

Skab nye jobmuligheder ved at tænke ud af boksen! 6

Diætetiske indsatser i kommunal kræftrehabilitering 8

Vigtigheden af kliniske diætister - Ingen genoptræning uden opernæring 11

NYE BØGER OG ANMELDELSER 13

FOKUS

ESPEN 2016; Collaboration in Nutrition
En stolt og glad præsident glæder sig til kaffepauserne! 16

ESPEN Kongressen i København – en faglig og personlig inspiration og udfordring 17

BACHELOR

Overvægt påvirker den kliniske diætists troværdighed 20

Hereditær hæmokromatose og kostens betydning 24

NCP-KLUMMEN

NCP – Journalføring med NCP 26

FORSKNINGSKLUMMEN

God compliance og tilbud om energi- og proteinrige drikke har positiv effekt
på energi- og proteinindtagelsen hos ældre patienter 27

MIN DIÆTISTDAG

Varierede arbejdsdage med en blanding af ledelse og undervisning 31

ADVOKATEN 32

DET SKER i FaKD 33

KALENDER 2016 35

**Resource 2.0+fibre findes i seks smagsvarianter,**
heraf en mild neutral som kan bruges i kaffen og madlavningen, og en med chokoladesmag som kan varmes. En flaske (200 ml) Resource 2.0+fibre indeholder 400 kcal, hvilket kan sammenlignes med et måltid som ovenstående.

For sundhedsfagligt personale

**www.nestlehealthscience.dk**

NestlēHealthScience

# Kliniske diætister runder et skarpt hjørne: Den 1. juli kan uddannelsen til klinisk diætist fejre 40 års fødselsdag

Lisbeth Flyr er én af de diætister, som har været med hele vejen fra start. Du får hendes personlige beretning her:

**1976 – 2016 er en menneskealder. Jeg har selv svært ved at forstå det**
Jeg var lige fyldt 25 år, da jeg var færdig som diætist, med god viden som ballast, men en noget begrænset livserfaring. Mange vidste i øvrigt ikke, hvad en diætist var, så jeg måtte begynde samtalen med at forklare, hvad jeg "kunne". Det var også en tid, hvor metoden skulle udvikles. Værktøjet og værktøjskassen skulle fyldes.

Jeg var optaget af at bruge min viden til at hjælpe patienterne i den situation, de var i, om det så var diabetes, hjertekarsygdomme, cøliaki, eller at de havde svært ved at spise. Jeg har altid oplevet det spændende at møde mennesker, hurtigt at danne mig et billede af, hvem personer var/er, og tage udgangspunkt i det. Den indledende "snak" for at skabe tryghed og ligeværdighed, så de optimale betingelser for en god samtale/vejledning var til stede. Gennem alle årene har det pædagogiske været meget spændende at udvikle.

Det faglige har været rygsækken med viden. Kost/diætområdet er i virkeligheden specialiseret, men også allemandsviden. Alle ved jo noget om, hvad der er godt at spise. Det har været vigtigt for mig at følge med i faget, tage på kurser og faglige dage, så min viden til hver en tid var opdateret.

**De første mange år var vi pionerer**
I juni 1976 dannede vi studerende en interessegruppe under den daværende Økonomaforening, hvor vi havde et fagligt fællesskab. Senere blev vi en selvstændig forening og begyndte at kæmpe for vores egen forhandlingsret. Det lykkedes som bekendt ikke. Men kampånden var der.

Sygeplejersker og læger var vigtige samarbejdspartnere, men ikke alle var lige begejstrede. Det var noget med at vælge sine kampe og finde dem, der ville os, og så arbejde videre der.

**Fra starten af 70'erne fødes ideen om en diætistuddannelse, der kombinerede "økonomaens praktiske færdigheder med husholdningslærernes pædagogiske og ernæringsfaglige viden". 1975: Første kursus for diætister.1976: FaKD stiftes.1981: Uddannelsen gøres permanent. 1996: Kliniske diætister får autorisation.**

**Det gjaldt om at skabe de gode historier**
At vise, at diætistens arbejde gjorde en forskel. At fru Hansen fik noget mere at spise, at blodsukkeret blev pænere, når hr. Jensen havde talt med diætisten i ambulatoriet. At synliggøre vores arbejde og at vi gjorde en forskel.

At vi kom med i forskningsprojekter, der viste vores berettigelse, hjalp også. Mange kolleger har her gjort et stort arbejde gennem årene. Alle vores kandidater har været og er stadig med til at bane vejen. Først i 0´erne kom den nye bacheloruddannelse, hvor jeg har været klinisk vejleder. Det har også været en spændende opgave.

**At blive set og anerkendt**
Jeg har arbejdet på et stort sygehus, et mindre sygehus, og nu i en kommune. Det organisatoriske apparat har ikke altid været nemt at agere i, men som lille faggruppe var det vigtigt at blive set og vel at mærke af de rigtige. Det er til stadighed en stor udfordring. Jo mindre systemer, jo nemmere. At blive set er lig med accept og anerkendelse. Der har altid været gode kolleger, der har gjort en forskel. Faglig sparring på diætistkontoret, hvor vi hjalp hinanden i diverse situationer og lagde planer for, hvordan vi nu kunne få læger, chefer og andre i tale. Få dem til at forstå, hvad vi kunne, og hvordan vores fag/viden kunne gøre en forskel i mange forskellige situationer for vores patienter. Udfordrende og spændende. Samarbejdet med mine kolleger har betydet meget gennem alle årene.

Desværre har økonomi og politiske forhold ikke gjort det nemt. Alle skal spare, og desværre går det ofte ud over de små fag som diætisterne. Både hospitalerne og kommuner er trængte. Her er det vigtigt, at kommuner får ansat diætister, der kan løfte opgaven, når patienterne bliver udskrevet.

Udfordringen efter en menneskealder i faget er stadig at møde mennesket. Samtalen og vejledningen skal til stadighed tilpasses den enkeltes behov, så det bliver realistisk og meningsfyldt. Så det kan bruges i hverdagen og få betydning for patienten/borgeren i deres videre liv.

# Skab nye jobmuligheder ved at tænke ud af boksen!

*Af Stine Junge Albrechtsen, stine@guidedbystine.dk*

Uden at jeg vil male fanden alt for meget på væggen, så er det hårde tider for sundhedsprofessionelle. Der skæres stillinger på hospitalerne, men der opstår ikke nye jobs privat eller i kommunerne i samme tempo. Det stiller os som diætister i en knibe, da det heller ikke er en dans på roser at klare sig som 100% privatpraktiserende. Hvad gør man så? Man tænker kreativt – det har jeg i hvert fald overlevet på! Derfor vil jeg her dele lidt af egen erfaring for at inspirere kollegaer til at springe ud i egne eventyr og styrke vores faggruppe som nogle stærke iværksættere, der kan og vil ud med deres faglighed på mange måder.

**Det kan betale sig at spille på mange heste!**
Lad mig slå fast med det samme – jeg har stadig min egen klinik. Den holder mig skarp på patientkontakten og er en god platform til afprøvning af vejledningsmaterialer og metoder. Klinikken udgør dog kun ca. 1/3 af min indtægt. Resten kommer fra undervisningsopgaver, konsulentopgaver, kurser og workshops, salg af digitale materialer, forfatterskab, blog og et onlineforum. Det kan lyde meget omfattende, men det er selvfølgelig opbygget over de seneste fem år og generelt bygget på den erfaring, jeg har fra mine tidligere specialer på Hvidovre Hospital og privathospitalet Aleris-Hamlet i Søborg.

**Undervisnings- og konsulentopgaver**
Jeg underviser ca. to gange om måneden i "Sund Kost" hos firmaet Contra A/S. Det er et tilbud for ledige om at blive parat til job, og det er tre timer om kostrådene. Lignende opgaver kunne sagtens ligge i jobcentre eller kommunale tilbud til ledige. Jeg har også en workshop om vægttab til ledige, da der desværre er stor risiko for at blive afvist til et job, hvis vægten er for høj. Udover Contra har jeg job som underviser på Fitness Institute, hvor jeg underviser i ernæringslære og kostplanlægning på deres kostvejlederhold. Fordelen ved begge job er, at det er gentagne arbejdsopgaver, hvor samme materiale kan anvendes mange gange. Lignende job kunne udbydes hos lokale fitnesscentre eller som aftenskolehold hos FOF eller AOF, hvor det kunne være hold om at lægge egne kostplaner ved hjælp af www.madlog.dk. En anden fast arbejdsopgave, jeg har, er hos Aarstiderne A/S. Her skriver jeg deres ugentlige tip til "low FODMAP kassen" og "Slankekassen" samt energiberegner indhold i slankekassen og hjælper kokken med at justere energisammensætningen i retterne. Samme tilbud kunne gives til andre firmaer med måltidskasser eller til restauranter og take-away restauranter. Fx at skrive deres nyhedsbreve eller energiberegne menukort og sikre, at de har sunde alternativer tilgængeligt?

**Kurser, foredrag og workshops**
Et godt sted at tilbyde workshops om vægttab, diverse diæter eller andet fagrelevant kan være AOF eller FOF. Lønnen er beskeden, men det er god PR for dig og din virksomhed, plus at der er mulighed for at få at sælge supplerende materialer som kostplaner eller indkøbsguides. Endnu en fordel er, at du ikke selv står for administration og betaling, hvilket ellers kan tage rigtig lang tid. Jeg bruger også mine egne lokaler til workshops og mini-foredrag. Jeg opretter altid billetter via biletto.dk, da det er gratis for dig og en nem måde at administrere tilmeldinger og betaling på. Billetto opkræver gebyr fra dine kunder, men ellers er der ingen hage ved det, og det er nemt at bruge.

**Forfatterskab, blog og digitale produkter**
Lad det være sagt med det samme. Bøger er ikke en god forretning! Punktum! Men det er super tilfredsstillende at få lov at udgive bøger og igen virkelig et godt PR-redskab som privatpraktiserende. Selvfølgelig er det en fordel at udgive på et forlag, men i disse digitale tider er digitale produkter også vejen frem. En anden måde at promovere bøger eller sig selv på kunne være via blogs. Jeg fik rigtig fin vejledning via den gratis side lavenblog.dk og lavede sammen med min kollega og medskribent, Lotte Juul Madsen, siden slipmadensmagt.dk. På siden skriver vi om vægttab og adfærdsændringer, og vores overordnede plan er at koble reklamer på siden samt skabe en platform for at reklamere for foredrag og egne arrangementer. Det er mit nyeste projekt og derfor under udvikling, men det er skønt at dele den slags opgaver og have et sted at sparre og idéudvikle i fællesskab.

En pæn procentdel af min månedlige indkomst kommer fra digitale produkter. Det er bl.a. kostplaner, jeg sælger via min samarbejdspartners hjemmeside, samt produkter solgt via mit eget forum (mere om det om et øjeblik). Digitale produkter kan laves i word, gemmes som PDF og sælges via hjemmeside eller via facebook (shopify). I mit tilfælde har jeg været heldig at komme ind hos en samarbejdspartner, der allerede var etableret. Det betyder, at jeg ikke har haft udgifter til reklame, opbygning af hjemmeside eller andet, men blot har leveret

planerne. Dog har jeg netop selv kastet mig ud i salg af egne digitale produkter via mit eget forum, og her kræver det lidt mere arbejde. Samarbejdsaftale med betalingskort, udgifter til hjemmeside, regnskabsprogram osv. Det er derfor klart nemmere, hvis du kan starte med at koble dig på nuværende salgskanaler af digitale produkter, inden du selv bliver ansvarlig for det hele.

**Onlineforum og medlemssider**
Min største og vildeste satsning er stadig under opbygning. Det er en medlemsside for IBS-ramte; www.ibsforum.dk, som jeg har skabt som et tværfagligt projekt med en kandidat i folkesundhed og coach, Ida Vanman Jakobsen, og en sygeplejerske, Ditte Junge Thorsen. Vi har fået sparring fra studerende på Erhvervsakademi Sjælland i Køge, hvor vores forum blev givet som eksamensprojekt til en masse studerende. De skulle så bygge siden til os, lave markedsføringsplan og forslag til logo og grafisk profil. Vi deltog i processen og i deres præsentationer, hvilket var lærerigt og udviklende. Det kan klart anbefales! Så mangler du hjælp til en hjemmeside, markedsføring eller andet, så se hvad der er af lokale uddannelsessteder, og kontakt underviserne for at høre, om du kunne være en god case?

**Rom blev ikke bygget på en dag**
Jeg er på ingen måde en superkvinde! Jeg er helt almindelig ægtefælle og mor til to og har også kun 24 timer i døgnet. Jeg har derfor taget et projekt ad gangen og bygget min virksomhed op et skridt ad gangen. Startede med 30 timers fast job og en ugentlig fridag. Så skar jeg over 5 år mere og mere ned, indtil det var omvendt – 8 timers fast job og 4 dage selvstændigt. I dag har jeg som nævnt mange jobs, men jeg kan lide dem alle og elsker fleksibiliteten. Det er ikke kommet gratis, men jeg har været udadvendt og netværket, alt hvad jeg kunne. Det er stadig en kamp, og mange af mine projekter er lang tid undervejs, må ændre form eller droppes. Jeg har søgt sparring via mange gratis tilbud fx www.capnova.dk, www.vækstfabrikkerne.dk, SKAT, haft mentor via væksthus Sjælland, deltaget i iværksætterkurser og netværksgrupper. Så lov mig, at nogle af jer prøver det samme og skaber en varieret, sjov, synlig og fagligt stærk skare af diætister. Der er nemlig plads til os alle!

GOD KAMP!

**Stine er forfatter eller medforfatter til følgende bøger:**

"Gastric Bypass", udgivet i samarbejde med "Den Skaldede Kok", kogebog og vejledning til fedmeopererede, Muusmann forlag, 2012.

"Low FODMAP diet - få ro i maven" - medforfatter sammen med Mette Borre, Lisbeth Jensen, Marianna Lundsteen Jacobsen og Cæcilie Seidel, Muusmanns forlag, april 2013.

"Superhelten og Prinsessen på ærten spiser også madpakker" - udgivet i samarbejde med lærer Anne Albrechtsen, Muusmanns forlag, juni 2013.

"Low FODMAP diet - få ro i maven 2 - basiskøkkenet og flere opskrifter", medforfatter sammen med Mette Borre, Lisbeth Jensen, Marianna Lundsteen Jacobsen og Cæcilie Seidel, Muusmanns forlag, 2014.

"10 kostråd, 10 familier", Muusmanns forlag, marts 2014.

"Tab 12 kilo på 12 uger" medforfatter sammen med Henrik Duer, Politikens forlag, april 2015.

"Low FODMAP diet - få ro i maven 3 - lev godt med IBS", medforfatter sammen med Mette Borre, Lisbeth Jensen, Marianna Lundsteen Jacobsen og Cæcilie Seidel, Muusmanns forlag, august 2015.

"Nudging - slip madens magt", medforfatter sammen med Lotte Juul Madsen, Muusmanns forlag, november 2015.

"BARIATRI i et tværfagligt perspektiv". Forfatter til kapitlet "Diætetisk behandling af helbredstruende overvægt", Nyt Nordisk forlag, februar 2016.

# Diætetiske indsatser i kommunal kræftrehabilitering

*Af Vibeke Sode, klinisk diætist, cand. scient. klinisk ernæring, Center for Kræft og Sundhed København*
*http://www.kraeftcenter-kbh.dk*

I den seneste tid har der været en del politiske drøftelser og omtale i medierne baseret på manglende diætetisk vejledning og ernæringsbehandling af kræftpatienter. På den baggrund har vi i Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) opgjort årsagerne til, at borgere, der deltager i et kommunalt rehabiliteringsforløb under og efter kræftbehandling, efterspørger hjælp i forhold til kost og ernæring.

**Center for Kræft og Sundhed København**
Københavns Kommune tilbyder rehabilitering til alle københavnere diagnosticeret med kræft, der er henvist af behandlende kræftafdeling eller praktiserende læge.
Centrets kommunale tilbud omfatter samarbejde med kontaktperson, instruktion og træning, patientundervisning, diætvejledning og socialrådgivning samt støtte ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet. CKSK samarbejder med Kræftens Bekæmpelse, der tilbyder rådgivning og samtalegrupper til patienter, pårørende og efterladte i centret, uanset bopælskommune.

Den enkelte borgers forløb tilrettelægges med udgangspunkt i ICF (1) i et samarbejde mellem borger og kontaktperson og kan omfatte såvel genoptræning som de rehabiliterende indsatser, der er beskrevet i Implementeringsplan for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (For hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden, 2014) (2). De tilbudte indsatser afhænger af borgerens ønsker og behov.

**Ernæringsvejledning er integreret i en tværfaglig indsats**
Det sundhedsfaglige personale i centret er organiseret i tre tværfaglige teams med fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker og diætister. Alle sundhedsfaglige medarbejdere fungerer som kontaktpersoner sideløbende med deres monofaglige arbejdsområder.

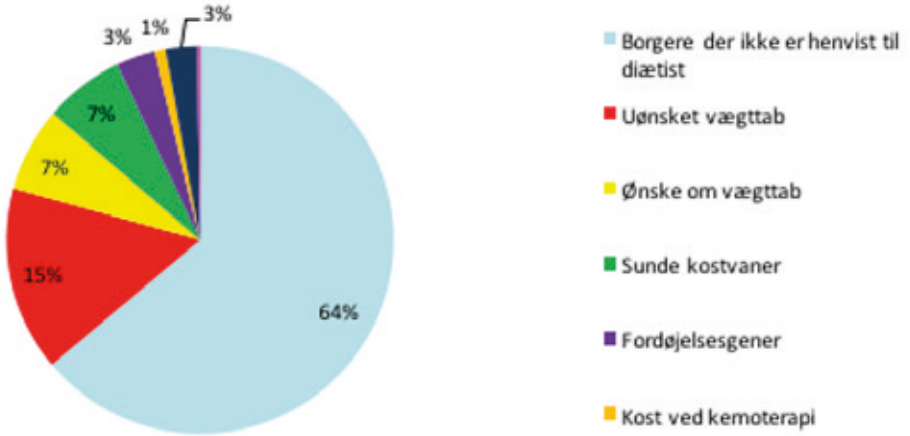
Den tværfaglige vinkel på rehabiliteringsindsatsen indebærer, at eventuelle spiseproblemer og ernæringsrisici kan drøftes ved visiterende og opfølgende samtaler mellem borger og kontaktperson og eventuelt udløse kontakt til diætist.

Den diætetiske indsats består af individuel vejledning og undervisning, gruppebaseret undervisning samt praktisk madlavning på hold.

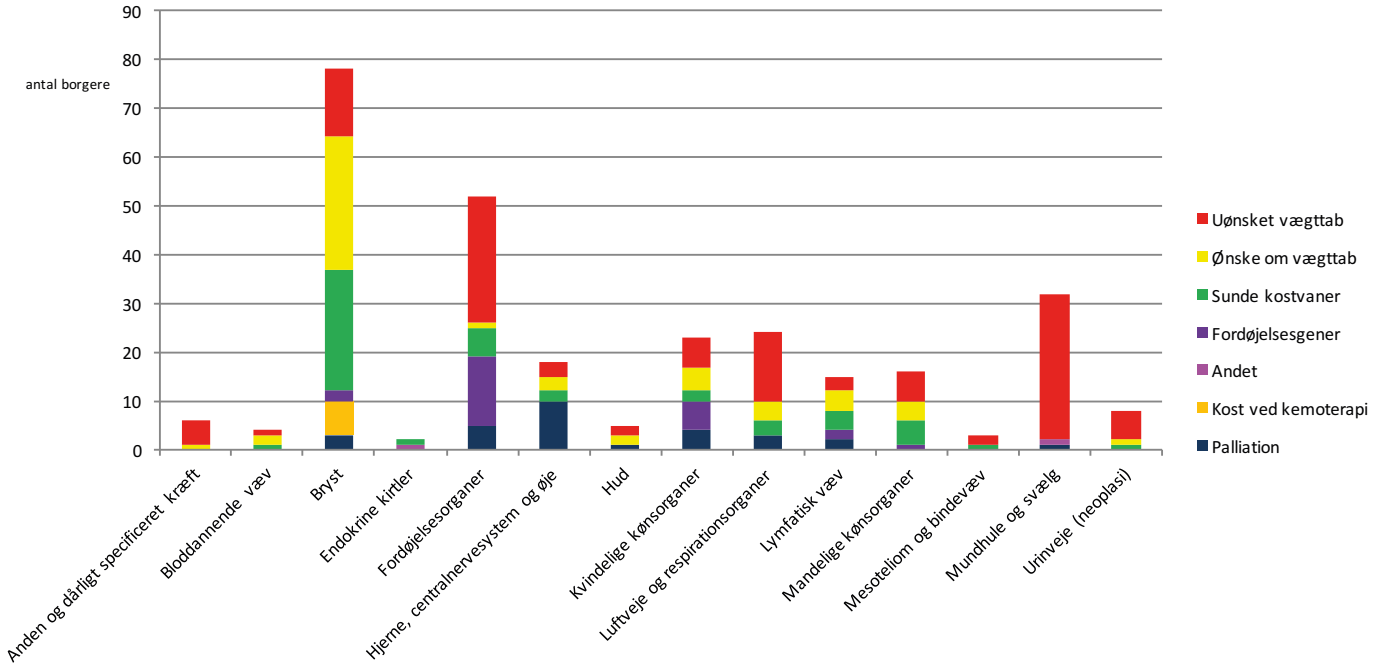
**Ernæringsvejledning**
En opgørelse af de borgere, der deltog i et forløb i CKSK i 2014, viste, at 36% (n=277) modtog individuel vejledning ved diætist som en del af deres rehabilitering (Figur 1). Behovet for vejledning omhandlede utilsigtet vægttab (15%), ønske om vægttab, udfordringer ved kostindtag under kemoterapi eller behov for vejledning i sunde kostvaner (15%), gener fra mavetarmkanal uden ernæringsrisiko (3%) samt palliativ støtte (3%).

**Kompleksitet**
Der er, afhængigt af sygdommens placering (Figur 2), progression og behandling, stor variation i behovet for diætetisk vejledning og ernæringsbehandling af kræftpatienter. Således blev 40% af borgere med kræft i

**Figur 1** Andel af borgere, der har deltaget i kræftrehabilitering i 2014 (n=767), som har modtaget individuel diætistvejledning, som del af deres forløb



**Figur 2** Behov for diætetisk vejledning i forhold til sygdomsplacering for n= 277borgere




fordøjelseskanal henvist til forløb ved diætist i modsætning til kvinder med brystkræft, hvor kun 25% fik behov for diætetisk støtte som en del af rehabiliteringen.

Vejledning om sunde kostvaner, med henblik på forebyggelse af vægtøgning eller udvikling af recidiv, er en hyppigt efterspurgt ydelse. Dette gælder både kvinder i behandling med kemoterapi efter operation for brystkræft og borgere, der er erklæret sygdomsfri eller er i livslang behandling for deres kræftsygdom. I modsætning hertil har patienter med dissemineret sygdom eller med kræft i mundhule og svælg, fordøjelseskanal eller luftveje hyppigt svære ernæringsmæssige udfordringer med stort vægttab, dysfagi eller malabsorption til følge.
En enkelt samtale eller to er oftest tilstrækkeligt til at sortere i diverse myter og tvivlsspørgsmål om sunde kostvaner. Omvendt kan komplekse ernæringsmæssige udfordringer i kombination med for eksempel svær sygdom, komorbiditet og/eller sociale og psykiske vanskeligheder indebære behov for op til 10 eller flere vejledninger samt kontakt til behandlende afdeling, egen læge eller hjemmesygepleje.

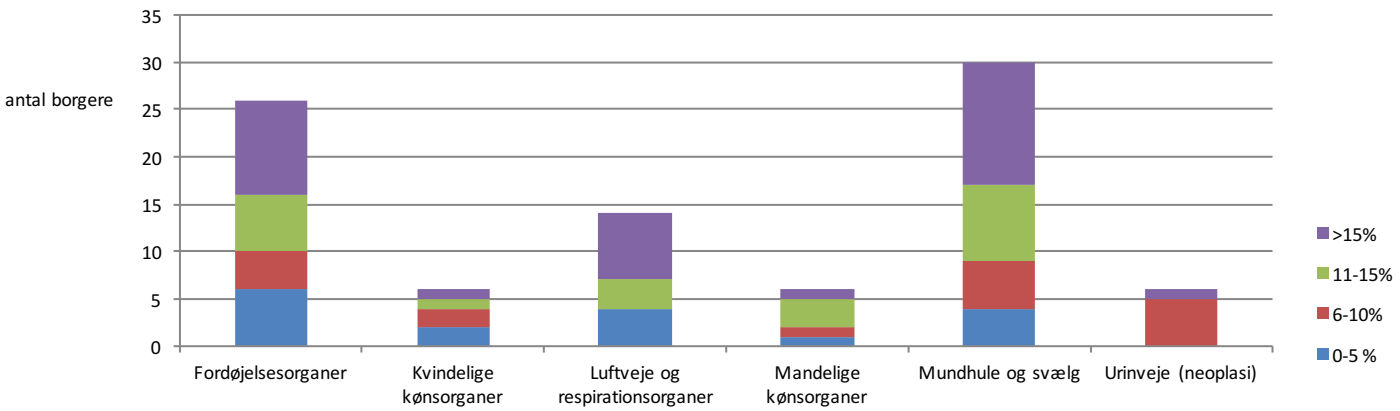
**Utilsigtet vægttab**
118 borgere (15% af alle i aktivt forløb) blev henvist til diætist i CKSK på grund af utilsigtet vægttab.
Der var stor variation i forhold til graden af ernæringsrisiko, komorbiditet samt sygdomsprogression og behandling. Borgere, der blev henvist på baggrund af kræft i mundhule og svælg, fordøjelseskanal eller luftveje, havde allerede ved visiterende samtale haft massive vægttab i forhold til deres habituelle vægt (figur 3). Andre blev typisk først henvist senere i deres rehabiliteringsforløb på baggrund af utilsigtet vægttab relateret til igangværende behandling eller progression af kræftsygdommen.

5% (n=36) havde allerede ved start af rehabiliteringsforløbet haft et vægttab på > 15% i forhold til habituel vægt. Knap halvdelen af disse (n=16) havde et vægttab på mellem 20 og 30%, målt ved oplyst vægt før sygdom minus den aktuelle målte værdi. Opgørelsen omfatter ikke vægttab under forløbet, og patienter, som af forskellige årsager ikke blev vejledt af diætist i CKSK, er ikke medregnet.

En gennemgang af de 118 journaler med borgere i ernæringsrisiko viste, at 38 havde problemer med dysfagi, og heraf blev 18 helt eller delvist ernæret ved sonde.

Ni borgere var beskrevet som palliative, otte var diagnosticeret med diabetes, fem var i behandling for pankreasinsufficiens, og to borgere havde henholdsvis dumping og cøliaki. Herudover fulgte 10 borgere alternative kostråd, der indebar, at de ikke kunne dække deres behov for makronæringsstoffer og

**Figur 3** Procentvise vægttab ved visiterende samtale for udvalgte diagnosegrupper n= 88



specielt behovet for protein.

Endelig blev der i journalerne beskrevet en varieret grad af problemer med social isolation, dårlig økonomi, psykisk sygdom og misbrug hos flere af de ernæringsruede patienter.

**Perspektiv**

Komplekse diætetiske problemstillinger skal behandles på hospitaler med adgang til patientjournaler og i et tværfagligt samarbejde mellem læger, sygeplejersker og diætister. Det er vigtigt, at patienten efter udskrivelsen har den nødvendige viden og handlekompetence i forhold til at sikre en så optimal ernæringstilstand som muligt. Det vil dog hyppigt være sådan, at mange af borgerens problemer relateret til ernæring først folder sig endeligt ud, når patienten er hjemme i vante omgivelser svækket af sygdom, senfølger og vægttab - og skal klare sig selv med indkøb og madlavning.

Accelererede patientforløb og reduktion i ressourcer til diætetiske ydelser på nogle af landets hospitaler har den konsekvens, at flere opgaver med diætetisk vejledning flyttes ud til kommunerne. Dette sker, uden at der nødvendigvis følger ressourcer med til varetagelse af opgaven, som ligger inden for rammerne af ydelser i forbindelse med rehabilitering og palliation. Indsatsen skal tilrettelægges på baggrund af viden om det aktuelle ernæringsbehov under hensyn til den enkelte borgers funktionsniveau samt psykiske og sociale forudsætninger.

For at løse denne opgave i kommunerne vil det være nødvendigt at sikre tilstrækkelige ressourcer og diætetiske kompetencer til vurdering af ernæringsbehov og ernæringsindsatser, men der er i lige så høj grad brug for en optimering af det tværsektorielle samarbejde med en tydelig præcisering af opgavefordelingen. Dette vil kunne afdækkes ved udviklingsprojekter mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, så borgeren sikres, at den diætetiske indsats fungerer tværsektorielt.

**Referencer**


1. ICF – Den danske vejledning og eksempler fra praksis. International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen 2005
2. Implementeringsplan for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. For hospitaler, kommuner og almen praksis i Region Hovedstaden 2014

# "Synspunkt"

## Vigtigheden af kliniske diætister - Ingen genoptræning uden opernæring

*Af Sarah Winkler Hansen, Hasse Holm von Haven, Marie Louise Olsen, Julie Margaux W. Berliner. Klinisk diætist-studerende, modul 11, VIA University College, Aarhus.*

**Forsøg at bygge et hus, uden at der først er etableret et stabilt fundament. Byggeriet kan gennemføres, ja, men et hus uden fundament står ikke stabilt.**
**Det er netop det, vi som klinisk diætist-studerende oplever, at der sker, når underernærede patienter forsøges genoptrænet efter en hospitalsindlæggelse.**

Omkring 40% af patienterne på de danske hospitaler er underernærede eller i ernæringsmæssig risiko (1). Ca. 20% er i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelse, og kun 25% af disse får tilstrækkelig energi og protein under indlæggelsen (2). Underernæring koster samfundet seks mia. kr. årligt (3), og manglende opmærksomhed på ernæringsområdet er i høj grad en medvirkende årsag til underernæringen (4). Hele 25% af læger og sygeplejersker finder det vanskeligt at identificere underernærede patienter, og 39% mangler teknikker til at identificere ernæringsproblematikkerne (5).

Sygeplejerske Anne Mette Kristiansen fra Aarhus Universitetshospital (AUH) udtaler følgende: "Lægerne interesserer sig desværre ikke nok for det (ernæringen), og samtidig synes jeg, det er problematisk, når man som mål vil give sundhedsydelser af høj kvalitet, at man så går ind og skærer på en gruppe (kliniske diætister), der er så vigtig, og som vi har brug for at samarbejde med".
Med dette udgangspunkt søger vi som klinisk diætist-studerende en samfundsmæssig anerkendelse og en bred erkendelse af ernæringsproblematikkerne blandt politikere og andre beslutningstagere.

### Vigtigheden af ernæring

På Herlev Hospital har man i et tværprofessionelt samarbejde set positive effekter hos en gruppe underernærede patienter, der fik tilbudt diætbehandling. De positive effekter viste sig ved en markant reducering af genindlæggelser hos disse patienter over en periode på seks måneder. I gruppen af intervenerede patienter blev 9 ud af 30 patienter genindlagt inden for de seks måneder, mens der i kontrolgruppen med 30 patienter var 16 genindlæggelser i samme periode (6).

Gentofte Hospital har ligeledes set god effekt ved en ernæringsintervention i et tværprofessionelt samarbejde. Projektet viste positive resultater hos de patienter, der fik udleveret en ernæringsplan af en klinisk diætist inden udskrivelse og efterfølgende blev fulgt af en sygeplejerske og klinisk diætist. Patienterne tog gennemsnitligt 1,2 kg på i vægt, hvorimod kontrolgruppen gennemsnitligt havde et vægttab på 0,8 kg i samme periode (7).

Som klinisk diætist-studerende har vi et ønske om at skabe mere fokus på ernæringsområdet og vigtigheden af kliniske diætister i det tværprofessionelle samarbejde. Vores fokus er rettet mod rehabilitering, da vi finder det foruroligende, at underernærede patienter udskrives med en genoptræningsplan uden samtidig fokus på ernæring.

### Genoptræningsplaner

De lovbestemte genoptræningsplaner jf. Sundhedslovens §84 og §140 fremgår af "Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner" af Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed i 2014 (8). Genoptræningsplanerne har til formål "…at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter." Ligeledes står der, at lægen i forbindelse med udarbejdelsen af en genoptræningsplan inddrager andre sundhedspersoner, bl.a. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sygeplejersker (8).

Som klinisk diætist-studerende ser vi flere problematikker ved denne vejledning. Den ene problematik omhandler ønsket om et effektivt genoptræningsforløb. Med vores sundhedsfaglige baggrund ved vi, at fysisk aktivitet, herunder genoptræning, kræver tilstrækkelig energi og protein. Graden af fysisk aktivitet har indflydelse på kroppens energibehov. Dermed er det i vores optik meningsløst, at patienten er fysisk aktiv uden at være tilstrækkeligt ernæret (9).

Studier viser, at patienter, der udskrives i dårlig ernæringstilstand uden diætbehandling, fortsætter med at tabe sig i mindst tre måneder efter udskrivelsen (10). Det medvirker til en negativ effekt på rehabiliteringsprocessen, som genoptræningen er en del af. Vi finder de kliniske diætisters rolle lige så central og selvfølgelig i forhold til opernæring som fysioterapeuternes rolle i forhold til genoptræningen.

Underernæring i sig selv vil medføre, at et rehabiliteringsforløb forlænges. De meget alvorlige konsekvenser for den enkelte borger vil være nedsat livskvalitet og øget dødelighed (11).

**Et tværprofessionelt samarbejde**

Vi finder det endvidere problematisk, at kliniske diætister ikke er nævnt i vejledningen som andre sundhedspersoner i forbindelse med genoptræningsplanen. Hvis man ønsker at få lægen, sygeplejersken og andre fagpersoner til at anerkende ernæringsproblematikker, er det nødvendigt, at kliniske diætister medinddrages. De kliniske diætister vil være med til skabe forudsætninger for, at en genoptræningsplan kan gennemføres - ingen genoptræning uden opernæring.

"Det er rigtig svært med ernæring… Det er simpelthen meget, meget svært som sygeplejerske at servere den rigtige mad og vælge de rigtige fødevarer... Vi ved ikke nok om det (ernæring), og det mener jeg heller ikke, vi skal, fordi det skal være en tværfaglig opgave", fortæller sygeplejerske Anne Mette Kristiansen.

En forudsætning for tværprofessionelt samarbejde er yderligere, at kliniske diætister er mere synlige og tilgængelige. I den forbindelse kræver det muligvis, at kliniske diætister er fleksible i arbejdstider - og opgaver, hvilket vi vurderer vil styrke professionen og ikke mindst det tværprofessionelle samarbejde.

Ved at arbejde tværprofessionelt er der fokus på mere end faglighe-den, da professionsidentiteten udfordres og medvirker til et fælles ansvar for patienten (12). Dette fælles ansvar, vurderer vi, vil øge patientsikkerheden og ikke mindst behandlingskvaliteten for den enkelte patient.

**Fremtidigt ernæringsfokus**

Vi er ikke de eneste, der ser et behov for en sammenkobling mellem genoptræning og opernæring. P.t. udarbejdes og gennemføres et projekt med en hypotese om, at effekten af genoptræningen øges med en samtidig opernæringsplan (10). For fremtiden håber vi på mere opmærksomhed på opernæring i forbindelse med genoptræning, og ikke mindst et øget tværprofessionelt samarbejde.

Vores medstuderende på VIA University College arbejder ligeledes med at sætte fokus på den manglende erkendelse af ernæringsproblematikkerne. Der er ikke kun behov for et øget fokus på opernæring i forbindelse med genoptræning, men også i høj grad et behov for en øget ernæringsindsats ved sektorovergange hos underernærede patienter og borgere i kommunerne.

**Referencer**


1. Rasmussen H. H., et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin. Nutr. 2004; 23: 1009-1015
2. Kondrup J., et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin. Nutr. 2002; 6: 461-468
3. Freijer K., et al. The economic costs of disease related malnutrition. Clin. Nutr. 2013; 1: 136-141
4. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Albertslund, 2008. (http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/E47596E7CCB4491FB80FAB352750793C.ashx, april 2016)
5. Mowe, M., et al. Insufficient nutrition knowledge among health care workers? Clin. Nutr. 2008; 27: 196-202.
6. Ernæring er en vigtig del af behandlingen. Gentofte Hospital. Jan. 2016. (https://www.gentoftehospital.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/nyheder/Sider/Ernæring-er-en-vigtig-del-af-behandlingen.aspx, april 2016)
7. Damgaard K, et al. Effekt af opfølgende ernæringsintervention til den underernærede geriatriske patient efter udskrivelse - En randomiseret interventionsundersøgelse. Gentofte kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal kommune. 2015. (https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering-og-planer/arbejdsgrupper/permanentegrupper/Documents/Effekt%20af%20opfølgende%20ernæringsintervention%20til%20den%20underernærede%20geriatriske%20patient%20efter%20udskrivelse%20(Gentofte%202015).pdf, april 2016)
8. Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner. Okt. 2014. VEJ nr. 9759 (https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=164990, april 2016)
9. Tetens I. et al.. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. DTU Rapport 2013. (http://orbit.dtu.dk/fedora/objects/orbit:125347/datastreams/file_72ec7016-de77-4426-a75f-6eb25a91d54b/content, marts 2016)
10. Tværsektorielt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, der udskrives med en genoptræningsplan. Frederiksberg: Frederiksberg kommune. Okt. 2014. (www.frederiksberg.dk/~/media/eDoc/2/5/7/2578905-2755568-1-pdf.ashx, marts 2016)
11. Arla & Kost- & Ernæringsforbundet. Underernæring - Det skjulte samfundsproblem. Feb. 2014. (http://docplayer.dk/3607173-Underernaering-det-skjulte-samfundsproblem.html, april 2016)
12. Højholdt A. Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis. 2. udg. København: Hans Reitzels, 2016.

# Nye bøger modtaget på redaktionen

Skriv en mail til redaktoermail@diaetist.dk, hvis du har lyst til at anmelde en af bøgerne her i bladet.

## Biokemi og genetik

Bogen er 6. udgave af den oprindelige bog "Biokemi". Som noget nyt er der i 6. udgave et kapitel, der omhandler klinisk kemi, relateret til blodprøver, og der gives flere eksempler på blodprøvesvar i et særskilt appendiks bagest i bogen.
Forfattere: Oluf Nielsen og Mette Juel Bojsen-Møller. Antal sider: 416. Udgivet: januar 2016 på Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Pris: Kr. 379,95

## KOSTVEJLEDNING

-Teorier, metoder og perspektiver

Hvad kræver det at imødekomme de mange udfordringer, der opstår i en kostvejledningsproces? Hvilke kostvejledningsteorier, - metoder og – perspektiver kan kostvejlederen anvende? Og hvorfor er det relevant at opnå indsigt i kostvejledningens kompleksitet?
Redigeret af: Lenette Nielsen. Antal sider: 304. Udgivet: marts 2016 på Munksgaard. Pris: Kr. 350,00

## Kognitiv behandling ved overvægt og fedme

Bogen beskriver et program (Cognitive Treatment Restraint Therapy) for behandling af overvægt. Programmet præsenteres i lektionsform – enkelt og pædagogisk at følge eller lade sig inspirere af som kostvejleder eller diætist.
Forfatter: Lisbeth Stahre. Antal sider: 211. Udgivet: februar 2016 på Munksgaard. Pris: Kr. 250,00

## KLINISK FORSKNINGSMETODE 4. udgave

Klinisk forskningsmetode giver en introduktion til klinisk forskning, og denne 4. udgave af bogen imødekommer det fortsatte behov for en basal, bred lærebog inden for de kliniske forskningsdiscipliner.
Redigeret af: Torben Jørgensen, Erik Christensen og Allan Linneberg. Antal sider: 272. Udgivet: marts 2016 på Munksgaard. Pris: Kr. 325,00

## BARIATRI i et tværfagligt perspektiv

Bogen er en antologi om forebyggelse og behandling af svært overvægtige personer i Danmark. Kapitlerne er skrevet af specialister med forskellig uddannelsesmæssig baggrund og stor erfaring indenfor det pågældende emne. Bogen henvender sig primært til sundhedsprofessionelle, der beskæftiger sig med svært overvægtige børn, unge og voksne.
Redaktion: Jette Ingerslev og Andreas Printzlau. Antal sider: 432. Udgivet: februar 2016 på Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Pris: Kr. 379,95

**Boganmeldelse**

# "Nudging – slip madens magt"

"Nudging – slip madens magt" omhandler strategier til at opnå vægttab ved at ændre på den fysiske kontekst og er skrevet af to diætister. Det er umiddelbart positivt, at denne faggruppe byder ind på markedet for selvhjælpsbøger om vægttab, da det jo netop er diætister, som ideelt set kan kombinere opdateret viden om ernæringsfysiologi, mad og psykologiske faktorer og omsætte denne viden til vejledning for den enkelte.

Bogen henvender sig til lægmandslæseren, der er interesseret i vægttab, og denne bliver på bagsiden af omslaget lovet intet mindre end: "Du må spise, som du vil, og vi lover, at du bevarer madglæden, mens du opnår en sund livsstil og vægttab". Forfatterne har efter eget udsagn sat sig for at "knække koden til vægttab" (s. 8), hvilket ifølge dem handler om anvendelse af nudging, mindful spisning og psykologien bag vaneændringer. Bogen har imidlertid nogle helt grundlæggende problemer i sin tilgang til teorien bag og evidensen for sit indhold, hvilket gør at dens relevans og brugbarhed i sidste ende er begrænset.

For det første er der for nudgings vedkommende kun yderst sparsomt forskningsmæssigt grundlag for at hævde, at denne tilgang til adfærdsændringer fører til vægttab, for ikke at tale om vægttab på længere sigt. De empiriske studier på området finder som regel, at faktorer i de fysiske omgivelser påvirker, hvad og hvor meget der købes eller forbruges, men decideret vægttab som outcome-mål er yderst sjældent, og da er der i bedste fald kun tale om beskedne tab uden længere follow-up perioder (se f.eks. Wansink, 2010; Wansink & Chandon, 2014)). Mindful spisning som strategi til at opnå vægttab har et endnu mere spinkelt evidensgrundlag (for et review af mindfulness-baserede vægttabsinterventioner, hvoraf der kun findes få indeholdende elementer af mindful spisning, se Olson & Emery, 2015). Det er muligt, at forfatterne mener at basere deres argument på en blanding af egne praksiserfaringer og ekstrapolering fra teori og adfærdsændringer til deciderede vægttab, men dette fremgår ikke tydeligt af teksten. Tværtimod henvises flittigt til forskningsstudier, men når referencepraksissen samtidig er inkonsistent (ikke alle studier behæftes med kilder), er det svært at finde ud af, om forfatterne ønsker at anføre forskningen som argument for deres råd, eller om denne blot tjener som interessant baggrundsviden for erfaringsbaserede anvisninger. Under alle omstændigheder forventer man ikke at finde så mange fejl og mangler i referencelisten, som tilfældet desværre er – ønsker forfatterne at give læseren indtryk af videnskabeligt grundlag og mulighed for at opsøge dette, bør denne del af publikationen selvfølgelig være i orden.

For det andet præsenteres forståelser af spisningens psykologi på problematiske måder. Forholdet mellem overspisning og følelser i form af emotional eating og differential hypotesen (følelser forveksles med sult) behandles uden henvisning til forskningsområdets aktuelle tilstand, hvor disse fænomeners prævalens og deres rolle i overspisning og overvægt i høj grad er draget i tvivl (se f.eks. Stroebe, van Koningsbruggen, Papies, & Aarts, 2013; Adriaanse, de Ridder, & Evers, 2011). Tværtimod

# Boganmeldelse

Anika Karlsen Thor: "Madværkstedet"
Udgivet af Struerskolen og KursusCenter Struer, november 2015.
Bogen er på 143 sider.

"Madværkstedet" er en kogebog, og en af de fineste af slagsen, hvis man som jeg blandt andet underviser borgere med kroniske sygdomme/livsstilsygdomme på hold i madlavning. Ligesom forfatteren, diætist Anika Karlsen Thor, har jeg mange års erfaring med at inspirere kursister til en sundere livsstil, herunder eksempelvis at spise sundt og varieret, via undervisning i madlavning.

I den kontekst er kogebogen et fremragende redskab, idet den understøtter de sundhedsmæssige ledestjerner som jeg selv navigerer efter i undervisningen, nemlig at "sund mad" handler om mængder (små mængder); om tilberedningsmetode; om variation og smagsoplevelser samt om helt almindelige råvarer og fødevarer indkøbt i nærmeste supermarked. Der er ingen hokuspokus!

Opskrifterne, også kaldet "Struermaden", er resultatet af et mangeårigt samarbejde mellem diætist og kursister på KursusCenter Struer om at skabe genkendelig hverdagsmad, som kan nydes, tilberedes og mætte alle. Hovedmålgruppen på KursusCenter Struer er mennesker der ønsker vægttab via livsstilkurser.

Bogen indledes med kort introduktion til principperne i bogen samt inspiration til morgenmad, mellemmåltider og madpakker. Herefter følger 115 sider med virkelig inspirerende opskrifter på sund hverdagsmad med fokus på grøntsager, lækkert tilbehør, bagværk og søde sager. Afslutningsvis fire sider med forslag til madplan efter årstiderne. De fleste opskrifter er beregnet til 4 personer, og alle opskrifter har angivelse af kcal. pr. person.

En ekstra bonus er, at bogen er af høj papirkvalitet og med spiralryg, så den er nem at bruge i køkkenet.

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

indeholder bogen flere "faktabokse", hvis indhold desværre langt fra kan betragtes som "fakta" (og desuden ofte er uden referencer til litteraturen, hvorfra disse "fakta" stammer). For eksempel er behandlingen af emnet vaner, og hvordan disse brydes, yderst ensidig, med bastante udsagn som "Vaner kan kun ændres, hvis du tager hånd om følelser" (s. 181). Det stemmer ikke overens med den dominerende forskning på området (se f.eks. van't Riet, Sijtsema, Dagevos, & De Bruijn, 2011). Bogen igennem rodes vaner og fristelser sammen, selv om disse er væsensforskellige fænomener, med forskellig indflydelse på adfærd og helt forskellige interventioner (Quinn, Pascoe, Wood, & Neal, 2010). Manglende inddragelse af eating styles og den nyere forskning i overvægtiges forøgede sensitivitet over for nydelsesrelaterede stimuli (se f.eks. Stroebe et al., 2013) forvrænger yderligere billedet af, hvem der overspiser hvorfor, og dermed, hvem der kan og ikke kan have glæde af bogens råd.

Samme kritik kan gives af bogens afsnit om sukkerafhængighed, der præsenteres som en enkelt forklaret og væsentlig årsag til at spise for meget, specielt af søde sager. Sukkerafhængighed er et kontroversielt emne i forskningen, og forfatterne burde enten have en mere grundig omtale af afhængighedslignende spisemønstre eller have taget forbehold for den manglende evidens i beskrivelsen af emnet.

Kort kan også fremhæves problemer med pædagogiske aspekter: måden hvorpå teorierne omsættes til praksis. F.eks. indeholder bogen en række opskrifter med tilhørende billeder af maden. I flere tilfælde er der uoverensstemmelse mellem billeder og opskrift, f.eks. side 49 og 50, hvor opskriftens mængder og ingredienser ikke stemmer overens med billedet. På side 34 er der i forbindelse med et afsnit om sunde snacks og forslag til at spise mange grøntsager fremfor frugt afbildet en stor (men dekorativ) klase vindruer.

Bogen ville vinde ved at love mindre (adfærdsændringer frem for vægttab) og ved at begrænse sig til nudging-delen; denne indeholder mange fine ideer til ændring af omgivelserne (som forfatterne tilsyneladende har gode erfaringer med i praksis), der muligvis kunne medvirke til et vægttab i kombination med andre strategier. Med et sådant fokus kunne bogen indgå i undervisning og i praktikerens værktøjskasse, med alle forbehold for casens evidensstyrke. I sin nuværende form lover den langt mere, end der er empirisk grundlag for, og mangler opdatering og nuancering, hvilket hverken gør den velegnet som selvhjælpsbog, praktikerredskab eller undervisningsmateriale.

*Bogen er anmeldt af Karen Søndergaard, uddannelsesleder, og Anette Schniber, lektor, cand. psyk, VIA University College, Aarhus.*

**Referencer**


1. Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T. D., & Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? Psychology & Health, 26, 23-39.
2. Olson, K. L. & Emery, C. F. (2015). Mindfulness and weight loss: A systematic review. Psychosomatic Medicine, 77, 59-67.
3. Quinn, J. M., Pascoe, A., Wood, W., & Neal, D. T. (2010). Can't control yourself? Monitor those bad habits. Personality and Social Psychology Bulletin, 36, 499-511.
4. Stroebe, W., van Koningsbruggen, G. M., Papies, E. K., & Aarts, H. (2013). Why most dieters fail but some succeed: A goal conflict model of eating behavior. Psychological Review, 120, 110-138.
5. van't Riet, J., Sijtsema, S. J., Dagevos, H., & De Bruijn, G. J. (2011). The importance of habits in eating behaviour. An overview and recommendations for future research. Appetite, 57, 585-596.
6. Wansink, B. (2010). From mindless eating to mindlessly eating better. Physiology & Behavior, 100, 454-463.
7. Wansink, B. & Chandon, P. (2014). Slim by design: Redirecting the accidental drivers of mindless overeating. Journal of Consumer Psychology, 24, 413-431.

ESPEN 2016; Collaboration in Nutrition

# En stolt og glad præsident glæder sig til kaffepauserne!

**Overlæge ved Aalborg Universitetshospital, klinisk professor Henrik Højgaard Rasmussen (HHR) er præsident for dette års internationale ESPEN-kongres i Danmark. Sammen med andre af Danmark og Norges spydspidser indenfor klinisk ernæring, herunder det Norske Selskab for Klinisk Ernæring (NSKE) og Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE), står han i spidsen, når Bella Centret i København i september byder velkommen til omkring 3500 ernæringsinteresserede fagfolk fra mere end 60 lande.**

Den 38. ESPEN Congress 2016, som for første gang er et samarbejde mellem to lande, Norge og Danmark, afholdes i Danmark for første gang. ESPEN blev formelt etableret i 1980, men fundamentet blev lagt ved et uformelt internationalt møde i Stockholm i 1979. Her blev det besluttet at oprette et tværfagligt selskab med fokus på metaboliske og ernæringsmæssige konsekvenser af akut og kronisk sygdom, og tidsskriftet Clinical Nutrition så dagens lys.

Diætisten har spurgt præsidenten for dette års ESPEN, hvad han glæder sig mest til ved kongressen i Danmark.
Henrik Højgaard Rasmussen ler og svarer: Kaffepauserne! Kaffepauserne er nemlig en enestående chance for noget helt særligt. Mange af mine samarbejdsrelationer inden for klinisk ernæring har jeg mødt i en kaffepause på ESPEN, hvor jeg har deltaget siden midten af 80'erne. Bl.a. qua frugtbare snakke i kaffepauserne har det også været muligt for Danmark og Norge at organisere dette års ESPEN sammen. Vi har samarbejdet i mange år om forskning på ernæringsområdet, og deraf opstod også ideen om at ansøge ESPEN-komitéen om at få lov at afholde ESPEN i Danmark. Det var nærliggende at vælge Collaboration, altså samarbejde, som årets tema.

Det er et kæmpe arbejde og et helt unikt samarbejde, gruppen af ernæringsprofessionelle fra Danmark og Norge har om at få den bedste ESPEN-kongres afholdt i Danmark. Samarbejde på tværs af fag og sektorer i relation til ernæring er vigtigt og har optaget mig, siden jeg i 80'erne som læge blev optaget af undernæring, klinisk ernæring og metabolisme særligt i relation til behandling af patienter med tarmsvigt. Men også det internationale samarbejde er uhyre vigtigt, når vi skal nå resultater på et område, som på trods af vigtigheden ikke er øverst på den politiske dagsorden i Danmark.
År efter år kan jeg se, at ESPEN er et betydningsfuldt sted at mødes. Både for dem, der kommer som en del af deres uddannelse, for dem, der vil præsentere noget forskning, og for alle ernæringsprofessionelle, som ønsker at dele og diskutere ny viden inden for klinisk ernæring.

Jeg håber, det giver genlyd, også i medierne, når 3500 diætister og andre ernæringsprofessionelle, sygeplejersker, læger, farmaceuter og forhåbentlig nogen af dem, der skal sætte ernæring på den politiske dagsorden, samles på dansk landjord for at ... drikke kaffe sammen i pauserne og for at nå nogle skridt videre, så ernæring bliver en konstant integreret del af behandlingen af vores patienter og borgerne. Underernæring og fejlernæring koster det danske samfund mere end fedme og uhyggelig meget livskvalitet, så det er også i bred forstand en kæmpegave og chance, at vi har fået lov at afholde ESPEN i Danmark. Der er stor konkurrence landene imellem for at få lov at afholde ESPEN på trods af det store arbejde med at stable sådan en kongres på benene.

I kraft af samarbejdet med Norge var det lige til højrebenet at vælge Collaboration. Temaet om samarbejde er også indarbejdet i det mangfoldige, faglige program, for samarbejde på tværs af sektorer og på tværs af faggrupper er alfa og omega, hvis patienter og borgere skal have forsvarlig ernæringsbehandling.

Dette års videnskabelige møde, både i de formelle sammenhænge og over kaffen, glæder jeg mig så meget til. Jeg håber, jeg også skal drikke kaffe med et par politikere, der med sådan en kongres kan se, at det er en blåstempling af betydningen af integreret ernæringsbehandling, og at det er på tide, at vi ikke længere diskuterer, om vi skal ernære, men hvordan vi bedst gør det.

Overlæge, ph.d. Henrik Højgaard Rasmussen, er leder af Center for Ernæring og Tarmsygdom samt Center for Tarmsvigt, Aalborg Universitetshospital, og professor i klinisk ernæring ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet. Henrik Højgaard Rasmussen er gastroenterolog og har gennem en årrække desuden arbejdet og forsket i underernæring såvel nationalt som internationalt. Han er medlem af Council for European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), tidligere medlem af Motions- og Ernæringsrådet og formand for Dansk Selskab for Klinisk Ernæring.

# ESPEN Kongressen i København
## – en faglig og personlig inspiration og udfordring

**Naturligvis ligger der et imponerende stykke forarbejde forud for kongressen. Mette Holst er én af dem, som med en kæmpe indsats har gjort ESPEN i Danmark mulig. Læs Mettes beretning om planlægningen af det store arrangement her.**

*Af Mette Holst, Forskningsleder, Phd. ved Center for Ernæring og Tarmsygdomme, ved Aalborg Universitetshospital, mette.holst@rn.dk*

**Hvorfor ESPEN i København sammen med Norge?**
Ideen til at afholde ESPEN i København kom i forlængelse af kongressens afholdelse i Gøteborg, hvor Henrik Højgaard Rasmussen, Øivind Irtun fra Tromsø og jeg selv var på sidste afrundende seminar med Nordisk Nutritions Akademi. Det havde været en supergod kongres, som havde været lidt anderledes end de øvrige kongresser, fordi vi kunne kende den nordiske tankegang meget mere i programmet, så vi var virkelig inspirerede. Vi fik sat en ansøgning sammen og vandt kongressen 2016, i hård konkurrence med flere andre lande. Siden fik vi Morten Mowe fra Oslo, som vi tidligere har lavet en del arbejde sammen med, med i styregruppen, og gik i gang med at engagere deltagere i de faglige grupper, som er henholdsvis en "Education and Practice Committee", en Scientific Committee, samt en "Ad Hoc Komite", som skulle hjælpe med inspiration og "rugbrødsarbejde" til alle de ting, der ikke er så faglige, men betyder utrolig meget for, hvordan deltagerne oplever en kongres. Det drejer sig blandt andet om de sociale arrangementer, forplejningen, lokaleforhold til posters og pauser, transport mv.

ESPEN er som sådan en sammenslutning af de respektive landes kliniske ernæringsselskaber, og på den måde er alt det arbejde, der gøres i planlægningen, også gensidigt forankret i Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE), og det tilsvarende Norske selskab, NSKE. Vi 4 i "spidsen", med Henrik Højgaard Rasmussen som formand og lokal repræsentant for kongressen 2016 og dermed repræsentant i Executive Committee i ESPEN for den godt 2 års periode, hvor planlægningen foregår, Øivind Irtun som lokal repræsentant for Scientific committee, og Morten Mowe som "Vice-president" har dermed haft til opgave at sørge for inspiration og involvering af de lokale komiteer og at "gå deres ærinde" i de centrale komiteer.

**De lokale faglige komiteer og programsætningen**
Vi tilstræbte at sammensætte de lokale faglige komiteer på en måde, hvor vi har dækket såvel de forskellige professioner og specialer, samt med tanker for unge / ældre deltagere, forskellige personlige kompetencer, og noget "Ping", som er enormt vigtig i ESPEN sammenhæng. Vi har alle gerne villet give kongressen et nordisk præg og have sat vores specielle mærke på kongressen. Min vigtigste ambition har været, at det skulle være mere tydeligt, hvad man går ind til, når man går ind til en Education and Practice session. Jeg har selv mange gange oplevet at skulle vælge mellem to sessions og så ærgre mig lidt over valget, fordi det så viste sig, at den session jeg kom ind til, slet ikke var det, jeg havde regnet med. Vi startede i vores lokale gruppe (Mest DK, med lidt N indslag) med at snakke om at lave titlerne på sessionerne mere tydelige, men endte ud med at ønske os læringsmål for disse "uddan-

nelses- og praksissessioner". Således kan foredragsholderne have en ramme at opfylde og forholde sig til, og deltagerne ved, hvad de kan forvente og kan tage et mere kvalificeret valg af session. Der var heldigvis opbakning i ECPC til dette, selvom det ikke har været helt uden sværdslag. Nu krydser jeg bare fingre for, at det faktisk også kommer med i programmet. Det er en ekstern organisation, MCI, der står for meget af det praktiske, som tryk af programmet, tilmeldinger mv.

"Min vigtigste ambition har været at jeg gerne ville have, at det skulle være mere tydeligt, hvad man går ind til, når man går ind til en Education and Practice session"

I planlægningen af programmet er der en hel masse ting at tage hensyn til. Der skal være repræsentanter fra de fleste medlemslande, så selv om vi har en masse danske og norske kompetencer, er der mange andre hensyn, der vejer højt. Økonomi er selvfølgelig altid en kæmpe faktor, så det er begrænset, hvor mange oversøiske foredragsholdere vi kan invitere. Og så er der jo en masse politik i sådan en organisation. Jeg er virkelig glad for, at vi alle 3 (Henrik, Øivind og jeg) er drevne ESPEN folk. Det kan være virkelig svært at navigere i og at finde ud af de henholdsvis officielle og uskrevne regler. Desuden er der en hel masse logistik, som vi har skullet tage os af. Der er jo fem sideløbende sessioner og en del møder undervejs, så det har været med at holde tungen lige i munden, når vi skulle dække alle funktioner, som foredragsholdere og moderatorer samtidig, uden at dobbeltbooke nogen, eller give dem for mange eller for få opgaver.

En anden ambition for den dansk/norske ECPC-gruppe har været, at der godt måtte være en lidt anden kreativ tilgang, hvor man kunne se at læringsmetoder, implementering, og ikke mindst tværfaglighed er i højsædet her i Norden. Det er noget af det, vi "bryster os af" at være gode til, og som vi håber at kunne formidle til vores kollegaer rundt om i verden. Igen har vores forslag selvfølgelig været en tur igennem det centrale ESPENs kritiske mølle, og der er da også blevet skiftet lidt ud i de ønskede foredragsholdere. Men - mon ikke man alligevel vil kunne kende programmet som et dansk værk, med lidt norsk og internationalt smagstilsætning.

"...der måtte godt være en lidt anden kreativ tilgang, hvor man kunne se at læringsmetoder, implementering, og ikke mindst tværfaglighed er i højsædet her i Norden"

**Det sociale program**

I den sociale del af programmet, som vi har lavet i den danske ad hoc-gruppe, har vi været ret personlige og tænkt på, hvad vi hver især er stolte af ved Danmark og synes kunne være sjovt og hyggeligt at vise vores kollegaer fra hele verden. Vi ville gerne have noget med kongehuset, noget ballet, noget folkelig dansemusik, og så noget nordisk inspireret mad til velkomstreceptionen. Udover velkomstreceptionen har ad hoc-gruppen hjulpet os (Henrik HR og undertegnede) med at planlægge middage til møderne for de centrale ESPEN komiteer, som starter flere dage før kongressen. De har også hjulpet med forslag til og booking af Faculty dinner, som er den middag man holder for foredragsholdere og komiteerne, som jo gør alt deres arbejde frivilligt.

**Knokleri og fællesskab**

Der er rigtig meget arbejde med at planlægge sådan en kongres, og jeg har virkelig været ved at gå ud af mit gode skind engang imellem. Især da jeg sad tre weekender i træk med de fuldstændig uoverskuelige excel-filer og skulle finde navne, adresse og mailadresser på alle foredragsholdere, og en masse andet bøvl. Det sværeste har været at leve op til alles forventninger om involvering og opdatering. Det ville jeg gerne have gjort bedre, specielt i forhold til den danske og norske gruppe, som jeg synes er blevet "syltet" lidt.
Samtidig har der også været en masse hygge og sjov med arbejdet, som fx da vi skulle kontrollere programmet i detaljer og måtte klippe flere hundrede små sedler ud for at sikre, at der ikke var overlap mellem folk og sessioner. Det var bare så latterligt gammeldags, og mega sjovt. Desuden har arbejdet givet en masse læring og en hel masse fællesskaber.

Jeg håber virkelig, vi får en helt suveræn kongres, og at der kommer rigtig mange danske deltagere.

Mette Holst har arbejdet med klinisk ernæring gennem 15 år. I perioden 2008-2011 var Mette repræsentant for sygeplejersker i ESPEN, ved Education and Practice Committee, og er nu repræsentant for ESPEN København 2016 i samme komite.

"Jeg håber virkelig, vi får en helt suveræn kongres, og at der kommer rigtig mange danske deltagere"

# FaKD opfordrer dig til at deltage i ESPEN:

## ”Hvis du har interesse for ernæring på et højt niveau, vil ESPEN give dit et kick”

Der er mange gode grunde til at deltage: Du vil møde førende forskere og både se og høre dem afholde oplæg. Arbejder du med mennesker med en diagnose, vil du helt sikkert kunne finde et oplæg, der vedrører netop din patientgruppe. Det kan give dig en opdatering på emnet eller bekræfte dig i, at du netop er specialist på dit område.

Hvis din afdeling ikke har økonomiske midler til at sende dig afsted, kan du evt. søge legater og derigennem få en mulighed for deltage. Bliver du sponsoreret af et Medico-firma, skal du huske at tjekke sundhedsstyrelsens regler ift. en evt. habilitetserklæring for at tage imod sponsorater fra et firma.

ESPEN giver dig også en mulighed for et kompetenceløft, som dit hospital fx kan gøre nytte af. Du kan tage et LLL kursus (link) ift. fx den kirurgiske patient eller i parenteral ernæring? Det kan klæde dig på til at blive ”brugt” mere på en afdeling, der måske ikke tidligere har anvendt diætister så meget. Afdelingerne skal vide, at vi er dygtige og kan bidrage med hjælp til deres afsnit.

ESPEN og LLL-kurserne afholdes på engelsk, men efter få timer vil dine ører være godt tunet ind til at forstå det kliniske ernæringssprog, så det skal du ikke lade dig skræmme af. LLL-kurserne er sammensat, så du får et pensum, du skal igennem inden testen, og dermed får du mulighed for at være godt forberedt.

ESPEN dagene er der, hvor networking foregår i højeste gear, både nationalt og internationalt. Der er en summen af glade og energiske mennesker fra hele verden, der vil have ernæring på dagsordenen og sikre den bedste ernæring til patienterne.  Det føles så fantastisk - gå ikke glip af det!!!

## Se det fulde program for ESPEN på http://www.espen.org/copenhagen-2016/programme

### Vinderne af adgangsbilletter til ESPEN

**FaKD takker medlemmerne for den store deltagelse i ESPEN konkurrencen. Vi har udtrukket følgende 2 vindere:**

**Camilla Bendix.**
**Camilla er studerende på den sundhedsfaglige kandidat med baggrund som klinisk diætist og bachelor i Idræt og Sundhed.**

**Anne Mørch Olesen.**
**Anne er klinisk diætist, børn og unge på Aarhus Universitetshospital.**

**FaKD ønsker tillykke og ønsker jer en god konference.**

DEBAT

# Debat om anbefalinger til saltindtag

**I apriludgaven af Diætisten havde vi fokus på saltindtag, og i et interview med Peter Marckmann fremlægges anbefalinger om salt fra væsentlige internationale konsensus-rapporter samt de Nordiske Næringsstofanbefalinger (Diætisten Nr.140, side 20-21).**

**Diætisten har modtaget en kommentar til ovennævnte artikel fra Niels Graudal, Arne Astrup m.fl.**
**Det er dejligt at bladet bliver læst af andre end medlemmerne, og rigtig fint med debat. Du kan læse kommentaren og eventuel debat på FaKD´s facebookside.**

# Overvægt påvirker den kliniske diætists troværdighed

*Af Nina Møller-Nielsen, cand.scient i molekylærbiologi, klinisk diætist, indehaver af dinkostvej.dk, nina.moller.nielsen@gmail.com*

Som led i mit bachelorprojekt indsamledes empiri blandt medlemmerne af Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) i efteråret 2015. Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viser, at udseende, og i særdeleshed overvægt, har nogen eller stor betydning for den kliniske diætists troværdighed. Betydningen af overvægt afhænger af den kliniske diætists arbejdsområde. Således mener 90% af respondenterne, at overvægt har nogen eller stor betydning for troværdigheden, når den kliniske diætist arbejder med adipositas, mens 47% mener, at overvægt har nogen eller stor betydning for troværdigheden, når den kliniske diætist arbejder med fødevareallergi- og intolerance.

**Sundhedspersonale som rollemodeller**

Sundhedspersonalet har generelt en sundere livsstil baseret på ryge-, kost-, motions- og alkoholvaner end baggrundsbefolkningen. Vurderet på baggrund af BMI alene er langt størstedelen af sundhedspersonalet normalvægtige, og blot 26% er overvægtige eller svært overvægtige (1). Til sammenligning viser data fra den nationale undersøgelse af danskernes kost og fysiske aktivitet (DANSDA), at 48% af alle voksne danskere er overvægtige (BMI ≥ 25) (2).
Både patienter og borgere opfatter sundhedspersonalet som rollemodeller, og mere end 75% af de i undersøgelsen adspurgte faggrupper er enige i, at de skal fremstå som et godt eksempel ved at have en sund livsstil (1). En undersøgelse fra 2009 viser, at 67% af 982 deltagende sygeplejersker ser det som et dilemma at repræsentere sundhedsvæsenet, samtidig med, at de vejer for meget (3). Omvendt viser et amerikansk studie på kliniske diætister med selvvurderet overvægt, at 83,9% mener, de er en kompetent medarbejder, og 90,1%, at de er troværdige (4).

*Betyder overvægt noget for de danske diætisters troværdighed - eller er det vigtigste, at kliniske diætister har en stor viden inden for diætetik, at de tager deres patienter/klienter alvorligt, og at de er fornuftige og ansvarlige forvaltere af egen fysisk og psykisk sundhed (5). Eller sagt med andre ord - kan man være for fed til at være diætist?*

**Formålet med undersøgelsen**

I mit bachelorprojekt valgte jeg at lave en spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmerne af FaKD. Formålet var at få deres vurdering af, om fremtoning påvirker den kliniske diætists troværdighed – dels generelt og dels i relation til fagspecifikke arbejdsområder.
Hypotese: Jeg tror, at medlemmerne af FaKD vurderer, at overvægt har betydning for den kliniske diætists troværdighed. Jeg tror desuden, at det har betydning, hvilket fagområde diætisten arbejder med.

**Metode**

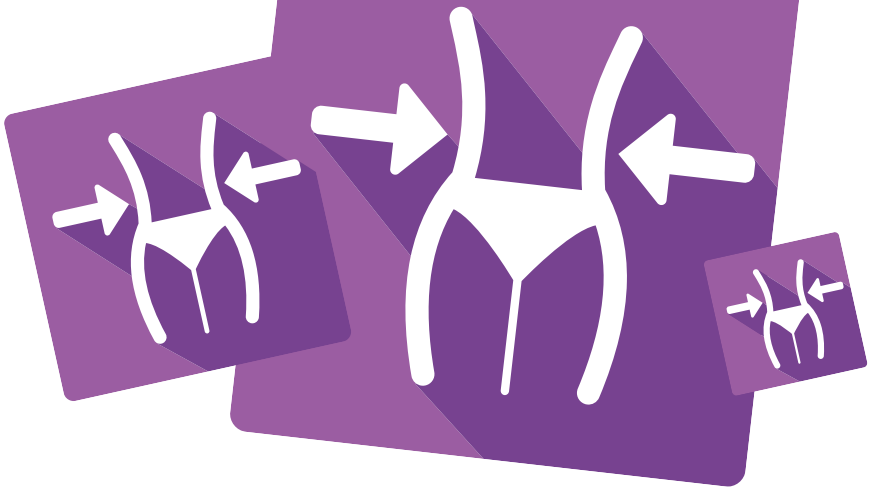
Studiet blev udført som et kvantitativt tværsnitsstudie med udgangspunkt i et spørgeskema udviklet til formålet. Linket til spørgeskemaet blev udsendt på mail til foreningens ca. 650 medlemmer via FaKD's sekretariat. Det primære mål var at undersøge, om overvægt har

**For hvert punkt bedes du angive den betydning DU mener det har for den kliniske diætists troværdighed GENERELT.** *

*Markér kun én bolle pr. række.*

| | Uden betydning | Mindre betydning | Hverken / eller | Nogen betydning | Stor betydning | Ved ikke |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alder | | | | | | |
| Etnicitet (race) | | | | | | |
| Fysisk handikap | | | | | | |
| Køn | | | | | | |
| Navneskilt | | | | | | |
| Overvægt | | | | | | |
| Piercinger (alle andre end huller i ørerne) | | | | | | |
| Tatoveringer | | | | | | |
| Undervægt | | | | | | |
| Uniform | | | | | | |

**FIGUR 1**
Eksempel på et af de centrale skemaer i spørgeskemaet.



betydning for den kliniske diætists troværdighed. For at reducere risikoen for evt. bias, inkluderedes ni andre faktorer, som ligeledes påvirker fremtoning. Der var efter hvert af de fem centrale skemaer mulighed for, at respondenterne kunne tilføje kommentarer.

Den kliniske diætist arbejder med sygdomme og tilstande, der kan skyldes en uhensigtsmæssig kost og deraf følgende overvægt. Eksempler herpå er f.eks. iskæmisk hjertesygdom, type 2 diabetes, polycystisk ovariesyndrom, nyreinsufficiens og adipositas. Det er vigtigt for undersøgelsen, at der udvælges fagområder, hvor overvægt er en medvirkende faktor for udvikling af sygdom, ligesom der må inkluderes sygdomme/tilstande, der ikke umiddelbart er betinget af overvægt. Der blev taget udgangspunkt i FaKD's rammeplaner i valget af fagområder.

Der blev hentet inspiration i ældre studier til at udvælge, hvilke baggrundsoplysninger, der skulle indsamles (se f.eks. (6)). Foruden de fem centrale skemaer til vurdering af de 10 faktorer, består spørgeskemaet af 19 spørgsmål inden for følgende temaer: uddannelse, arbejde, fordomme om kliniske diætister samt antropometriske data. Disse informationer giver mulighed for at analysere besvarelserne på baggrund af f.eks. alder, BMI, titel/funktion m.m.

**Deltagerkarakteristik**

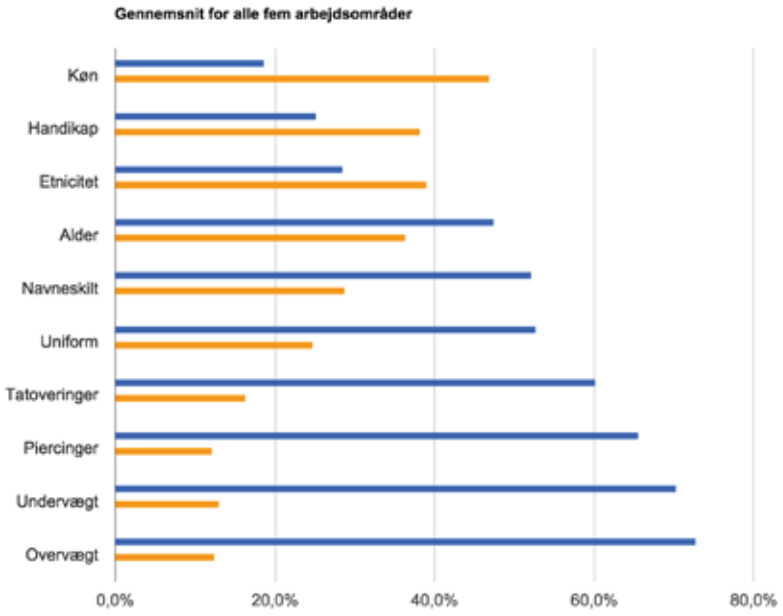
FaKD har ca. 650 medlemmer, hvoraf professionsbachelorer i Ernæring og Sundhed (PBES) udgør den største medlemsgruppe. Medlemmerne er desuden kliniske diætister med ældre uddannelser som f.eks. økonoma m. overbygning, ernærings- og husholdningsøkonomer m. overbygning, husholdningslærere m. overbygning, samt kandidater i ernæring (7).

I alt registreredes 155 besvarelser, svarende til ca. 25% af FaKD's medlemmer. 90% (n=140) af respondenterne er uddannede ernæringsprofessionelle, og et tilsvarende antal arbejder som ernæringsprofessionelle. Af disse svarer 84% (n=118), at de er ansat som klinisk diætist.

78% (n=109) er ansat i offentligt regi, og et flertal af respondenterne (69%; n= 97) har arbejdet mere end 5 år som ernæringsprofessionel. 47% (n=72) har mindst 11 års erfaring. 45% (n=63) bærer uniform, mens 66% (n=92) bærer navneskilt. Næsten alle (92%; n=127) har patient-/borgerkontakt. 55% (n= 85) af respondenterne er over 40 år, og alle, undtaget tre, er kvinder (98%; n=152).

**Resultater**

Helt overordnet ses et klart skel imellem de faktorer, som vurderes at være uden eller af mindre betydning, og de faktorer, der vurderes at have nogen eller stor betydning for den kliniske diætists troværdighed. I den første gruppe ligger køn, etnicitet og handikap. Således vurderer 47% ± 2,4% af respondenterne samlet set, at køn er uden eller af mindre betydning for troværdigheden efterfulgt af etnicitet (39% ± 1,6%) og handikap (38,2% ± 2,2%). Der er ikke på samme måde enighed omkring, hvilke faktorer, der påvirker den kliniske diætists troværdighed mest. Besvarelserne for især overvægt indikerer en helt klar afhængighed af arbejdsområde, hvilket afspejles i størrelsen på standardafvigelserne.




**FIGUR 2**

Betydning af de 10 faktorer. Figuren illustrerer sammenhængen mellem de faktorer, som samlet set vurderes at være uden eller af mindre betydning (orange) eller nogen eller af stor betydning (blå).

Samlet set vurderer 72% ± 18,3% af respondenterne, at overvægt har nogen eller stor betydning for troværdigheden, efterfulgt af undervægt (71% ± 3,4%) og piercinger (65% ± 6,6%). Spørges til den kliniske diætist generelt, vurderes overvægt at have nogen (48%) eller stor (38%) betydning for den kliniske diætists troværdighed (samlet: 86%). For diætisten, der arbejder med adipositas, er tallene hhv. 40% og 50% (samlet: 90%), og arbejder diætisten med hjerte-karsygdom, er det hhv. 45% og 36% (samlet: 81%). Hos diætister, der arbejder med ernæringsterapi, er det i stedet undervægt, der vurderes at have nogen eller stor betydning (samlet: 74%), mens betydningen af overvægt samlet reduceres til 61%. Hvis diætisten arbejder med fødevareallergi- og intolerance, vurderes piercinger at have størst påvirkning (samlet: 61%), mens betydningen af overvægt reduceres til 47%.

**Diskussion**

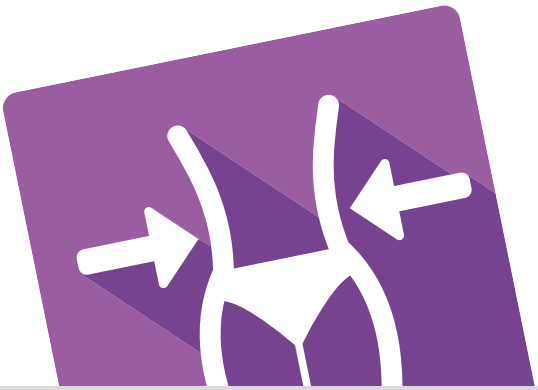
Det blev ikke blevet specificeret nærmere, om troværdighed skulle måles ift. kolleger eller patienter/klienter, da det kan opfattes som to sider af samme sag. Respondenterne kan svare ud fra tanken: "hvad forventer(*) jeg, at andre (kolleger eller patienter) forventer af mig". Denne forventning(*) vil være farvet af respondentens egen tankegang og egne forventning (til sig selv). Det kan altså forstås som et cirkulært forhold, der starter og slutter med mig selv. Respondentens forventning kommer imidlertid ikke ud af ingenting – hun påvirkes af public opinion (tidsånden), hvilket disse kommentarer fra respondenterne vidner om: "For at udstråle autenticitet er det vigtigt, at den kliniske diætist "spiser sin egen medicin" - at der er sammenhæng imellem ord og handling: hvad diætisten anbefaler af kost og motionsændringer, gælder selvfølgelig også for diætisten selv" og "Naturligvis har det [overvægt] stor betydning for diætistens troværdighed, hvis man ikke selv efterlever de anbefalede diætetiske principper. Man kan ikke tillade sig at være svært overvægtig, hvis man vil igennem med sit budskab til patienten".

**Konsekvensen af, at udseende vægtes højere end faglig kunnen**

Amerikanske undersøgelser viser, hvordan diskrimination på arbejdsmarkedet kan henføres til overvægt og fedme. Kan man på tilsvarende vis forestille sig, at kliniske diætister med et BMI >25 undgår at søge bestemte stillinger, selv om de er fagligt velkvalificerede? Eller skal diætisten, som det f.eks. kan være tilfældet for kvinder i typiske mandefag, arbejde ekstra hårdt og være dobbelt så dygtig for at blive anerkendt? Kan man risikere at ende i den situation, hvor en overvægtig klinisk diætist skal være ekstra bevidst om sin fysiske fremtoning, fordi hun repræsenterer en faggruppe, der forventes at vide 'alt' om sund kost og ernæring? Og hvad hvis diætisten arbejder med fødevareallergi-og intolerance? Vil det så være en fordel, måske endda et krav, at hun lider af cøliaki?

**Konklusion**

Et kendt ordsprog siger, at man ikke skal skue hunden på hårene - et andet, at skinnet bedrager. Begge betyder, at det ydre ikke nødvendigvis giver udtryk for de indre, sande kvaliteter hos nogen. Førstehåndsindtrykket betyder utroligt meget, når vi møder et menneske første gang. Og måske har udseendet ekstra stor betydning for kliniske diætister i forhold til, hvordan de opfattes (5). Min undersøgelse viser, at overvægt har nogen eller stor betydning for den kliniske diætists troværdighed, og den bekræfter min hypotese om, at respondenterne tillægger overvægt størst betydning for kliniske diætister, der arbejder med adipositas eller hjerte-karsygdom.
Men en klinisk diætist er også et menneske, med de samme problemstillinger og udfordringer som alle andre. Hendes kompetencer ligger bl.a. i evnen til at udvise empati og forståelse for det menneske, hun sidder over for – kvalifikationer, som er centrale i forhold til at opnå et konstruktivt behandlingsforløb, uanset sygdommens karakter.
Rapporten kan læses i sin fulde længde på https://viauc.academia.edu/NinaMollerNielsen.




**Referencer:**

1. DSI Institut for Sundhedsvæsen. (2006). Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd, s. 69. Hentet 12. oktober 2015, fra http://www.kora.dk/media/763535/dsi-1628.pdf
2. Matthiessen, J., & Stockmarr, A. (2015). Flere overvægtige danske kvinder. Hentet 12. Oktober 2015, fra http://www.food.dtu.dk/-/media/Institutter/Foedevareinstituttet/Publikationer/Pub- 2015/E-artikel-Flere-overvaegtige-danske-kvinder-endelig.ashx?la=da
3. Andersen, R. H. (2009). Svært at rådgive om kostvaner, når man selv vejer for meget. Sygeplejersken, (22), 28–30.
4. McArthur, L. H., & Ross, J. K. (1997). Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. Journal of the American Dietetic Association, 97(1), 63–66.
5. Stein, K. (2006). Good or bad: what you see isn't always what you get. Journal of the American Dietetic Association, 106(7), 1022–4.
6. Blake, H., & Harrison, C. (2013). Health behaviours and attitudes towards being role models. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 22(2), 86–94
7. Foreningen af Kliniske Diætister. (udateret). Hvem kan blive medlem? - Foreningen af Kliniske Diætister. Hentet 16. oktober 2015, fra http://www.diaetist.dk/medlem/hvem-kan-blive- medlem/

# HUSK®

## *Psyllium-frøskaller anvendes til:*

- *Forhøjet kolesterol*
- *Forstoppelse og træg mave*
- *Irritabel tyktarm*

**HUSK® produkterne består af psyllium-frøskaller, som indeholder 85% kostfibre.**

Læs mere om produkterne og bestil foldere på husk.dk

HUSK® Psyllium-frøskaller, pulver / kapsler, er et 100 % naturligt fiberprodukt, som består af skallerne fra planten Ispaghula Husk. HUSK® Psyllium-frøskaller er et naturlægemiddel ved forstoppelse og træg mave. Naturlægemiddel ved ublodig diarré i kortere tid (2-3 dage). Naturlægemiddel ved behov for øget fiberindtag, f.eks. som supplement ved irritabel tyktarm, når anden årsag til symptomerne er udelukket. Naturlægemiddel til forebyggelse og behandling af lettere hyperkolesterolæmi som supplement til diæt. Behandling skal foregå i samråd med læge. HUSK® Psyllium-frøskaller bør ikke anvendes til børn under 6 år uden lægens anvisning. HUSK® Psyllium-frøskaller skal altid indtages med rigeligt væske. For ringe væskeindtagelse kan medføre forstoppelse. **Dosering, pulver:** Ved forstoppelse, midlertidig diarré samt irritabel tyktarm: Voksne 3-5 g (2-3 måleskeer) morgen og aften, Børn over 6 år 1,5 g (1 måleske) morgen og aften. Ved lettere forhøjet kolesterol: Voksne 5 g (3 måleskeer) morgen og aften. **Dosering, kapsler:** Ved forstoppelse, midlertidig diarré samt irritabel tyktarm: Voksne 6-10 kapsler morgen og aften. Ved lettere forhøjet kolesterol: Voksne 10 kapsler morgen og aften. Dosering børn: Ved forstoppelse og midlertidig diarré: Børn over 6 år, 3 kapsler morgen og aften. Ved irritabel tyktarm og lettere forhøjet kolesterol: Bør kun anvendes til børn under 12 år efter aftale med læge. HUSK® Psyllium-frøskaller nedsætter transporttiden i tarmen og kan muligvis påvirke optagelsen af anden medicin. Bør derfor indtages 1-2 timer før indtagelse af anden medicin. Fiberindholdet kan, især i de første dage, give mavesmerter, oppustethed og øget tarmluft. Allergiske reaktioner kan forekomme i sjældne tilfælde. Læs altid indlægssedlen grundigt igennem inden brug.

HUSK®

*Naturlægemiddel*

# Hereditær hæmokromatose og kostens betydning

*Af Lone Severinsen, professionsbachelorstuderende i Ernæring og Sundhed, Ankerhus UCSJ Sorø, loneogjanseverinsen@gmail.com*

Kostens betydning i behandlingen af hæmotokrose er interessant, da den gængse behandling med blodtapninger kan være anstrengende for patienterne (nogle patienter tappes en gang om ugen), og da patienterne, udover jern, også mister bl.a. vitamin D. Der er ligeledes en stigende interesse fra patienternes side om mere information om kosten.

**Hereditær Hæmokromatose**

Hereditær Hæmokromatose (HH) er en autosomal recessiv sygdom, der skyldes et jernoverskud i kroppen som følge af en øget jernabsorbtion fra tarmen (1). Jernet ophobes i kroppens organer, bl.a. lever, bugspytkirtel, hjerte og hypofyse samt i leddene. Ubehandlet kan HH føre til levercirrose, diabetes mellitus, hjertesvigt og gigtsmerter (1). Man har de sidste 30 år vidst, at sygdommen var arvelig, men først i 1996 lykkedes det amerikanske forskere at finde og isolere det HFE-gen, der forårsagede hæmokromatose (1). HH er den hyppigste arvelige tilstand i Danmark. Omkring 1 ud af 200 personer, dvs. 0,5%, er homozygote og i risiko for at udvikle sygdommen (2). Den vigtigste mutation, dvs. den, der kan udløse sygdommen, er C282Y (Figur 1).

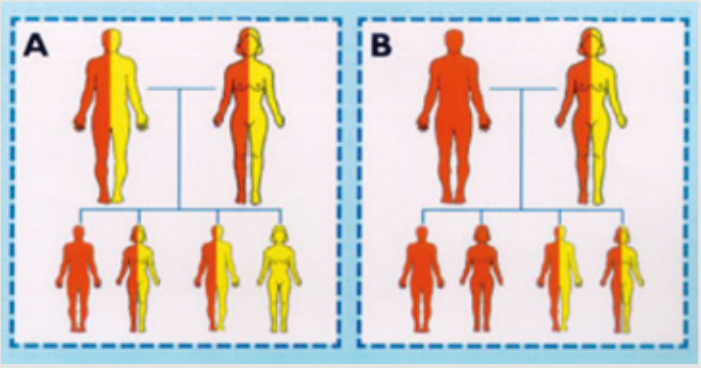
**Hæmokromatose genet blev spredt med vikingerne i år 750-1066**

Hæmokromatose mutationens store udbredelse skyldes formentligt, at der har været fordele forbundet med denne genmutation. Heterozygote/ homozygote kvinder har haft fordel af en højere jernabsorbtion, fordi de har restitueret hurtigere i forbindelse med hyppige børnefødsler og kraftige menstruationsblødninger. På samme måde har heterozygote/homozygote mænd været bedre i stand til at overleve store blodtab fra kampsituationer, fordi de hurtigere har kunnet gendanne det tabte blod (2).

Sygdommen er ikke særligt kendt, og patienterne diagnosticeres sent i livet. Sygdommen bliver typisk opdaget hos mænd i 30-50 års alderen, og hos kvinder først efter menopausen, når de toxiske virkninger af jernophobningerne i kroppen begynder at give symptomer. Behandlingen af patienterne er blodtapninger. Men der er opstået interesse for at undersøge, om den viden, der er om jernhæmmende stoffer og biotilgængeligheden af jern i fødevarer, kan udnyttes til at nedsætte antallet af blodtapningerne hos patienterne.

**Normalt får danskerne ikke jern nok, men for denne patientgruppe er det omvendt**

Normalt er det vanskeligt for befolkningen som helhed at få tilstrækkeligt med jern gennem kosten (2). HH patienterne står over for den omvendte problematik. Ved at udnytte, at visse fødevarer, fx te, har en hæmmende virkning på optagelsen af jern, skal det undersøges, om systematisk indtag af te før et måltid kan hæmme jernoptagelsen




Figur 1. Arvegangen ved hæmokromatose. Den røde farve angiver arveanlægget (C282Y) for sygdommen.

(A) Hvis begge forældre hver har ét arveanlæg, får en fjerdedel af børnene to arveanlæg og dermed risiko for sygdom. (B) Hvis én af forældrene har to arveanlæg og den anden ét arveanlæg, får halvdelen af børnene to arveanlæg og dermed risiko for sygdom. Denne type arvegang kaldes autosomal recessiv (3) (med tilladelse af Nils Milman).

*Grå kasse: Vikingernes hjemlande*
*Hel linje: de store rejseruter*
*Stiplet linje: mindre rejseruter*

så meget, at det kan måles på patientens ferritin niveau i blodet. I takt med, at blodbankerne i Region Hovedstaden er begyndt at teste deres donorer for ferritin, bliver der fundet en del personer med hæmokromatose. Interessen for kostens betydning for HH patienterne har ikke været stor, fordi behandlingen med blodtapninger er meget effektiv i forhold til at få jern ud af kroppen. Grunden til at interessen for kostens betydning er stigende er, at det kan være anstrengende for patienterne at blive tappet så hyppigt (nogle patienter tappes en gang om ugen), da, de ud over jern, også mister bl.a. vitamin D. Derudover er der også en stigende interesse fra patienternes side om mere information om kosten.

**Te hæmmer jernoptagelsen**

Det har givet inspiration til projektet: "Kostens betydning for Hæmokromatose patienter", der skal søge at klarlægge, om kosten kan have målbar betydning for HH patienterne. I samarbejde med overlæge Karin Magnussen fra blodbanken på Hvidovre Hospital samt overlæge Frank Schiødt og sygeplejerske Rikke Terkildsen fra Gastroenterologisk afdeling på Bispebjerg Hospital, er der etableret kontakt til patienter og bloddonorer, der har givet tilsagn om at deltage i kostforsøget.

**En kop te før måltiderne?**

Der er bl.a. i Tyskland lavet en undersøgelse i 1998, der tyder på, at te har en målbar hæmmende effekt på jernoptagelsen (4). Undersøgelsen fra Tyskland er meget grundig og har løbet over 48 uger. Projektet "Kostens betydning for Hæmokromatose patienter" vil max løbe over 4 uger. Men forsøgsdesignet fra den tyske undersøgelse vil blive anvendt. De patienter og bloddonorer, der har sagt ja til at deltage i kostforsøget, skal i 4 uger drikke en kop te (200 ml) før hvert hovedmåltid (3 gange dagligt). Ferritin tallet skal måles før og efter kostforsøget. For at parametrene bliver så ens som muligt, får alle deltagere i forsøget udleveret den samme te (doneret af Lipton), der skal bruges i hele perioden.

Projektet afsluttes i august 2016 og resultaterne bringes i Diætisten oktober 2016.

Hereditær Hæmokromatose er relativt ukendt, selvom det er den hyppigst forekommende genmutation i Danmark (1).

Hereditær Hæmokromatose har været kendt i mere end 100 år. I 1889 blev de første patienter beskrevet af den tyske læge von Recklinghausen. Patienterne havde fuldt udviklet hæmokromatose med brunfarvning af huden og diabetes til følge. Sygdomsbilledet fik betegnelsen "Bronzediabetes". Man har de sidste 30 år vidst, at sygdommen var arvelig, men først i 1996 lykkedes det amerikanske forskere at finde og isolere det HFE-gen, der forårsagede Hæmokromatose (1).

**Referencer:**


1. Milman, N.,2010, Patientvejledning om Jernsygdommen Arvelig Hæmokromatose
2. Rapport: Jern - bør jern forsyningen i den danske befolkning forbedres? FødevareRapport 2002:18 1. udgave, 1. oplag, juli 2002Wiggers P, Dalhøj J, Kir H, Ring-Larsen H, Petersen PH, Blaabjerg O. Screening for haemochromatosis: prevalence among Danish blood donors. J Intern Med 1991; 230:265-270.Milman N. Hereditr hemokromatose - nye diagnostiske aspekter. Ugeskr Lg 1998; 160:255-259.
3. Milman, N., 2008, Årsager til Hæmokromatose
4. J Kaltwasser, E Werner, K Schalk, C Hansen, R Gottschalk, and C Seidl
   Clinical trial on the effect of regular tea drinking on iron accumulation in genetic haemochromatosis Gut. 1998 Nov; 43(5): 699–70


**Ordforklaring:**

**Autosom:** kromosom, der ikke er et kønskromosom.
**Autosomal:** knyttet til et autosom. De arveanlæg, der er beliggende i autosomerne, betegnes autosomale gener og siges at udvise autosomal arvegang.
**Ferritin** er et mål for størrelsen af kroppens jerndepot.
**HFE-gen** High Fe (iron) gen -Humant hæmokromatose protein
**HFE** genundersøgelse er indiceret ved mistanke om hæmokromatos

# NCP – Journalføring med NCP

*Af Luise Persson Kopp, klinisk diætiststuderende, bestyrelsesmedlem i FaKD og NCP entusiast, lk@diaetist.dk*

Klummen ligner måske ikke sig selv denne gang? Afsenderen er også en anden end før? NCP-klummen har ændret form. Fremover skrives den af forskellige NCP-entusiaster og NCP-nørder, som arbejder med og brænder for NCP.
"Jeg er klinisk diætiststuderende og afslutter uddannelsen i januar 2017. Jeg er NCP-entusiast, nørd og fan. Min NCP-ild blev tændt, da jeg læste et semester i USA. Jeg har arbejdet fokuseret med NCP i min praktik på Sygehus Sønderjylland, hvor jeg sammen med klinisk diætist Else Lydiksen, som også er NCP-entusiast, udarbejdede NCP-materiale omkring journalføring.

**NCP og journalnotater**
NCP bidrager med terminologi, som er med til at sikre et fælles sprog (1). Terminologien kan også anvendes, når der skrives journalnotater, og det er med til at styrke det tværfaglige samarbejde, fordi det forenkler og ensretter journalføringen.

**Fordelene**
Hvis du bruger NCP konsekvent, når du skriver notater, bliver du gang på gang skarpere til at bruge NCP, til at finde frem til den rigtige ernæringsdiagnose og til at huske alt relevant i vejledningen. Det kan tage længere tid de første gange, og notaterne kan blive længere end normalt, men du får skarpe notater. Efter noget tid vil det være, som inden man brugte NCP - det går hurtigt, og man er blevet vant til formen. Ved en opfølgning er det også meget nemmere at få overblikket, når man bruger NCP.
Det kan være svært at overskue, når den ene patient lige er gået ud af døren, for du har kun 5 minutter til den næste, og så skal du også lige nå at skrive et journalnotat. Det er i situationer som disse, at det kan virke uoverskueligt også at tænke NCP ind i billedet. Men ved at anvende NCP konsekvent får du ensartede, skarpe og brugbare notater. Når man slår op i journalen ved en ny patient, som har været tilknyttet ens kollega, og notatet er skrevet med NCP, ja, så er det nemt og overskueligt at se, hvor man skal tage trådene op.
Lige meget, hvilket journalføringssystem du arbejder med til dagligt, så er det nemt at inkorporere NCP. Der er forskellige muligheder, alt efter hvilket system du bruger, om IT afdelingen er behjælpelige, eller om du står med opgaven selv. Men det er muligt uden alt for meget ekstra arbejde.

**NCP på hjemmesiden**
Jeg kommer med forslag til forskellige metoder til at implementere NCP som skabelon for journalnotatet. I NCP-mappen på www.diaetist.dk ligger et eksempel på, hvordan du bruger de 4 NCP-trin i journalnotatet, som er suppleret med et fiktivt journalnotat, skrevet ind i EPJ-systemet Cosmic.
Har du lyst til at arbejde med NCP som skabelon? Så kommer her nogle forslag til, hvordan du kan gøre.

**IT-afdelingen**
Det er en mulighed at få skrevet NCP-trinene ind som nøgleord i selve journalføringssystemet. Forhør dig hos IT-afdelingen om, hvilke muligheder der er.

**Fraser**
Hvis IT-afdelingen ikke kan hjælpe med at tilføje nøgleord til systemet, så NCP bliver integreret, vil der igen være forskellige andre muligheder. Det ene er, at der kan oprettes fraser. Fraserne skal lægges ind i systemet, hvorefter man kan få dem frem ved at taste en frase-kode. Her er det godt at alliere sig med en superbruger, som har adgang til systemet. Det kan være en god idé at lægge alle 4 trin ind separat, hvor de vigtigste overskrifter fra terminologien er med (se eksemplet på www.diaetist.dk/viden/ncp/).

**Wordskabelon**
Hvis dette ikke er muligt, kan man lægge de 4 trin med overskrifter ind i et Word-dokument, som man kan kopiere over til journalen. Hav dokumentet åbent, så du altid nemt kan kopiere dine NCP-trin ind i dit notat. Det er en proces, der tager under 10 sekunder. Du kan bruge eksemplet, som ligger på hjemmesiden, og tilpasse det til dine behov.

Jeg ved, at mange allerede arbejder med NCP, når der bliver skrevet journalnotater. Derfor vil jeg gerne høre om jeres erfaringer med journalføring med NCP, så vi kan udgive noget nyt materiale til medlemmerne.
Skriv til Luise Kopp på lk@diaetist.dk

**Referencer**
1. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. (2008). Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update. American Dietetic Association, 108 (7), 1113-1117.

# God compliance og tilbud om energi- og proteinrige drikke har positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen hos ældre patienter

*Af forskningsmedarbejder Eva Leedo, Frederiksberg Kommune, ledende klinisk diætist Tina Munk, Herlev og Gentofte Hospital og docent Anne Marie Beck, Professionshøjskolen Metropol, ambe@phmetropol.dk*

Studiet "Følge-hjem Team NU med ernæring" (FNUG) blev gennemført i 2013 på Herlev Hospital. Baggrund og anvendte metoder er tidligere beskrevet i Diætisten nr. 124 i 2013. Kort fortalt blev ældre (70+ år) geriatriske og ortopædkirurgiske patienter, der var ernæringsscreenet til at være i ernæringsmæssig risiko og tilbudt Følge-hjem team ved udskrivelsen, randomiseret til hhv. en interventions- og en kontrolgruppe. Interventionsgruppen blev tilbudt tre besøg af klinisk diætist; første gang sammen med Følge-hjem teamet og yderligere to gange mere i løbet af en 12 ugers periode. Resultaterne viste bl.a., at de ældre deltagere i interventionsgruppen havde næsten halvt så mange indlæggelser som kontrolgruppen i løbet af en 6-måneders opfølgningsperiode (1).

Et af kriterierne for at indgå i FNUG var, at alle deltagerne havde modtaget en ernæringsindsats under indlæggelsen.
To store systematiske gennemgange af litteraturen, som inkluderede forskellige meta-analyser, har vist god effekt af en ernæringsindsats under indlæggelsen, bestående af et tilbud om industrielt fremstillede energi- og proteinrige drikke (ONS) til ældre i ernæringsmæssig risiko (2, 3). Således sås en positiv effekt på de ældre patienters totale energi- og proteinindtagelse, vægt, komplikationsfrekvens, risiko for genindlæggelser og overlevelse (2, 3). Der blev derfor etableret en vogn med forskellige ONS, som blev bemandet af forskningsmedarbejdere og kørte rundt til patienterne om formiddagen og eftermiddagen. De tilbudte ONS indeholdt fra 0,9 til 1,3 MJ og fra 8 til 20 g protein.

I en tidligere stor systematisk litteraturgennemgang er det vist, at compliance til ONS er lavere hos ældre patienter end hos yngre, hvilket kan have betydning for effekten på den samlede energi – og proteinindtagelse og dermed muligvis på den opnåede effekt (4). Forfatterne kommer ikke ind på, hvad der kan være forklaringen på det, men noget af forklaringen kunne være højere ernæringsmæssig risiko og/eller lavere fysisk og kognitiv funktion hos ældre end hos yngre patienter (5).

Formålet med det aktuelle observationsstudie var derfor at se på, om der var forskel på karakteristika hos de FNUG patienter, der under indlæggelse hhv. indtog de tilbudte ONS, og de, der ikke gjorde, samt på betydningen af ONS for den totale energi- og proteinindtagelse.

## Metoder

### *Deltagernes karakteristika*

Forskningsmedarbejdere indsamlede forskellige baselinedata om deltagerne ved inklusionen i FNUG. Disse fremgår af oversigten i boksen, og detaljer om de enkelte metoder kan findes i tidligere publiceret artikel om FNUG (1).

Data om deltagernes karakteristika (se detaljer i reference 1)
- Alder
- Indlæggelsesdiagnose
- Vægt, højde
- Ernæringsmæssig risiko
- Håndgribestyrke
- Muskelstyrke i underekstremiteterne – 30 sekunders rejse-sætte-sig test
- Basis mobilitet - CAS (Cumulared Ambulation Score)
- Mobilitet – DEMMI (De Morton Mobility Index)
- Almindelig daglig levevis (ADL) – Barthel-Index 100
- Kognition – MMSE (Mini Mental State Examination)
- Livskvalitet – EuroQoL-5D-3L (5-dimensioner, 3-levels)

### Deltagernes energi- og proteinbehov og energi- og proteinindtagelse

Deltagernes basale energibehov (BMR) blev beregnet ud fra data om alder, køn og vægt. Deltagernes totale energibehov, med henblik på at kunne holde vægten, blev estimeret ved at gange BMR med en aktivitetsfaktor på 1,2, som afspejler stillesiddende aktivitet (6). Proteinbehovet blev fastlagt til 18 % af energibehovet (6).
Energi- og proteinindtagelsen blev vurderet ved hjælp af kostregistrering på fortrykte skemaer, hvor der var plads til at notere, hvad der hhv. blev serveret og procentdelen, der blev spist/drukket. Kostregistreringsskemaer-

Tabel 1. FNUG deltagernes karakteristika i de to grupper, der hhv. drak og ikke drak de tilbudte energi- og proteinrige drikke (ONS) i alle de dage, hvor der forelå brugbare kostregistreringer.

| | Deltagere, der drak de tilbudte ONS i alle dagene | Deltagere, der ikke drak de tilbudte ONS i alle dagene | p-værdi §) |
|---|---|---|---|
| Antal, N | 29 | 39 | - |
| Alder, gennemsnit (±SD) | 85 (6,5) | 85,1 (5,0) | 0,965 |
| Køn, N (%) | 19 (66) | 26 (67) | 0,921 |
| Indlæggelsesdiagnose, N (%)<br>KOL<br>Urinvejsinfektion<br>Fald i hjemmet<br>Dehydrering<br>Diarre/opkast<br>Fraktur | <br>3 (10)<br>2 (7)<br>7 (24)<br>4 (14)<br><br>4 (14) | <br>2 (5)<br>2 (5)<br>11 (28)<br>4 (10)<br>9 (31)9 (24)<br>11 (28) | 0,708 |
| Vægt, kg, gennemsnit (±SD) | 65,3 (14,3) | 62,4 (10,9) | 0,578 |
| Højde, meter, gennemsnit (±SD) | 1,64 (0,08) | 1,67 (0,09) | 0,274 |
| BMI, gennemsnit (±SD) | 24,2 (5,1) | 22,2 (3,8) | 0,074 |
| Ernæringsmæssig risiko,<br>- Score for ernæringstilstand 1,1 (0,3)<br>gennemsnit (±SD)<br>- Score for stressmetabolisme (0-3),<br>gennemsnit (±SD)<br>- Samlet score (0-7),<br>gennemsnit (±SD) | <br>1,4 (0,6)<br>1,0 (0,0)<br>3,1 (0,3), | <br>0,014<br>1,1 (0,5)<br>3,4 (0,7) | <br><br>0,389<br>0,014 |
| Håndgribe styrke, kg,<br>gennemsnit (±SD) | 20,6 (7,0) | 19,1 (6,9) | 0,523 |
| Basis mobilitet #)<br>gennemsnit (±SD) | 4,6 (1,5) | 4,6 (1,5) | 0,978 |
| Mobilitet #)<br>gennemsnit (±SD) | 47,4 (21,7) | 48,2 (11,5) | 0,759 |
| Muskelstyrke #)<br>gennemsnit (±SD) | 6,4 (4,3) | 6,2 (3,1) | 0,523 |
| ADL #)<br>gennemsnit (±SD) | 77,8 (19,9) | 75,8 (17,7) | 0,453 |
| Kognitiv funktion #)<br>gennemsnit (±SD) | 24,5 (3,7) | 26,2 (2,9) | 0,051 |
| Livskvalitet #)<br>gennemsnit (±SD) | 0,656 (0,207) | 0,584 (0,216) | 0,292 |

§) Chi-2 test og Mann-Whitney U test; #) basismobilitet (ved hjælp af Cumulated Ambulation Score (CAS) – en skala fra 0-6 hvor 6 er bedst), mobilitet (ved hjælp af DEMMI - en skala fra 0-100, hvor 100 er bedst), muskelstyrke (ved hjælp af 30-sekunders rejse-sætte-sig test, antal gange), ADL funktion (ved hjælp af Barthel-Index 100 – en skala fra 0-100 hvor 100 er bedst), kognitiv funktion (ved hjælp af MMSE – en skala fra 0-30 hvor 30 er bedst) og livskvalitet (ved hjælp af EuroQoL-5D-3L – der kan omregnes til en skala fra -0,624-1,000 hvor 1,000 er bedst) (se detaljer i reference 1).

ne blev udfyldt af plejepersonalet og forskningsmedarbejdere. Planen var, at der skulle kostregistreres under hele indlæggelsen. Kostregistreringerne blev beregnet med hensyn til patienternes indtag af energi og protein. Beregningerne blev foretaget ved hjælp af bl.a. data om indholdet af energi og protein samt portionsstørrelser i "typiske" serveringer fx snitte med pålæg, legeret suppe, hovedret kød/fisk med sovs osv. på Herlev Hospital, samt næringsdeklarationerne på de tilbudte ONS. Kostregistreringer, som manglede informationer om dele af dagens måltider, samt om hvorvidt det serverede var blevet spist, blev anset som ubrugelige.

**Statistisk**

Baseret på de brugbare kostregistreringer blev patienterne inddelt i to grupper. En gruppe, der drak de tilbudte ONS i alle de dage, der forelå brugbare kostregistreringer, og en gruppe, der ikke gjorde. De to grupper blev derefter sammenlignet med hensyn til deres karakteristika, samlet energi- og proteinindtag, energiindtag i forhold til BMR, og andel, der opnåede et energi- og proteinindtag på ≥75 % af deres behov. Målet om, at patienterne som minimum skulle have dækket ≥75 % af energi- og proteinbehovet, blev fastsat dertil, fordi det tidligere er vist, at der ved denne værdi kan opnås vægtstabilitet (7). De statistiske analyser blev udført ved hjælp af Chi-2 test og Mann-Whitney U test. Data præsenteres som gennemsnit (±SD) eller antal (%).

**Resultater**

Der forelå brugbare kostregistreringer for 68 af de 71 patienter, der indgik i FNUG. Energi- og proteinindtagelsen var registret i 2,8 (±1,3) dage. I alt 29 (43 %) drak de tilbudte ONS i alle de dage, hvor der forelå en brugbar kostregistrering. Deltagernes karakteristika i de to grupper, der hhv. drak og ikke drak de tilbudte ONS, fremgår af tabel 1.

**Deltagernes karakteristika**

Den eneste signifikante forskel mellem de to grupper var i forhold til ernæringsmæssig risiko, hvor deltagerne, der drak de tilbudte drikke, havde en lavere ernæringsmæssig risiko (lavere total score), fordi de var i bedre ernæringstilstand (se tabel 1). Desuden var der en tendens til, at disse deltagere havde lavere kognitiv funktion.

***Deltagernes energi- og proteinbehov og energi- og proteinindtagelse***

Der var ikke forskel på deltagernes energi- og proteinbehov, jf. tabel 2. Langt flere af de deltagere, der drak, end de, der ikke drak de tilbudte ONS, opnåede at få dækket ≥ 75 % af proteinbehovet. Desuden havde disse deltagere et højere energi- og proteinindtag, jf. tabel 2.

**Diskussion**

Resultaterne viser, at tilbud om ONS kan have positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen hos ældre patienter, der reelt drikker disse. Studiet viser desuden, at compliance til ONS er størst hos de patienter med mindre udtalt ernæringsmæssig risiko og med samtidig dårligere kognitiv funktion.

I det aktuelle studie indeholdt de tilbudte ONS fra 0,9 til 1,3 MJ og fra 8 til 20 g protein. Det afspejler sig i forskellen på energi- og proteinindtag imellem de to grupper, der hhv. drak og ikke drak de tilbudte ONS, jf. tabel 2. På grund af studiets metode er det ikke muligt at afgøre, om drikkene påvirker indtaget ved hovedmåltiderne, men det ser ud til, at drikkene kan bidrage væsentlig til det samlede energi- og proteinindtag, hvis blot patienterne drikker dem. Betydningen af compliance er ligeledes en af konklusionerne i en systematisk gennemgang af litteraturen, om tilbud af ONS til bl.a. indlagte patienter (4).

I det aktuelle studie havde ONS størst positiv betydning for deltagernes proteinindtagelse (se tabel 2). En anden metode til at øge proteinindtagelsen er at tilbyde en særlig energi- og proteinrig menu, hvilket er bekræftet i et randomiseret kontrolleret studie fra Herlev Hospital (8). Her så forskerne således, at et tilbud om "Herlevs Herligheder", dvs. en energi- og proteinberiget menu til patienter i ernæringsmæssig risiko, betød, at andelen af patienter, der fik dækket ≥ 75 % af deres proteinbehov, var 66 % hos interventionsgruppen mod 30 % hos kontrolgruppen (p=0,011) (8). I samme studie fik kun 2 (5 %) af deltagerne i interventionsgruppen og 5 (13 %) af deltagerne i kontrolgruppen ONS (8). Hverken i det aktuelle studie eller i Munk og medarbejderes studie lykkedes det

Tabel 2. FNUG deltagernes energi- og proteinbehov og energi- og proteinindtagelse (ONS= energi- og proteinrige drikke)

| Data #) | Deltagere, der drak de tilbudte ONS i alle dagene | Deltagere, der ikke drak de tilbudte ONS i alle dagene | p-værdi §) |
|---|---|---|---|
| Basalt energibehov, MJ | 5,5 (0,8) | 5,3 (0,5) | 0,830 |
| gennemsnit (±SD) | | | |
| Totalt energibehov, MJ gennemsnit (±SD) | 6,6 (0,9) | 6,4 (0,6) | 0,830 |
| Energiindtag, MJ, gennemsnit (±SD) | 6,4 (1,4) | 5,5 (1,7) | 0,029 |
| Energiindtag per dag/basalt energibehov, gennemsnit (±SD) | 1,2 (0,3) | 1,1 (0,3) | 0,050 |
| Energiindtag ≥75 % af behov, N (%) | 25 (86) | 26 (68) | 0,091 |
| Proteinbehov, g, gennemsnit (±SD) | 69 (10) | 68 (7) | 0,830 |
| Proteinindtag, g, gennemsnit (±SD) | 53 (13) | 43 (13) | 0,002 |
| Proteinindtag ≥75 % af behov, N (%) | 14 (48) | 9 (24) | 0,036 |

§) Chi-2 test og Mann-Whitney U test; #) se tekst for forklaring

at opnå, at 100 % af patienterne fik dækket proteinbehovet. Det tyder på, at en kombineret indsats med en vogn med ONS og "Herlevs Herligheder" kunne være en fordel.

Det er tidligere vist, at compliance til ONS er lavere hos ældre patienter end hos yngre, hvilket kan have betydning for effekten på den samlede energi – og proteinindtagelse og dermed muligvis på den opnåede effekt (4). Noget af forklaringen kunne være højere ernæringsmæssig risiko (5). Det blev bekræftet i det aktuelle studie, hvor deltagere, der ikke drak de tilbudte drikke, havde højere ernæringsmæssig risiko, primært på grund af påvirket ernæringstilstand, jf. tabel 1. Det tyder på, at nogle patienter kunne have behov for en mere individuel ernæringsindsats, fx ved hjælp af klinisk diætist. Desværre foreligger der ingen data om, hvor mange af patienterne der fik tilbud om klinisk diætist under indlæggelsen i det aktuelle studie. Andre forklaringer på manglende compliance kan være lavere fysisk eller kognitiv funktionsevne (5). For fysisk funktion ser dette dog ikke ud til at være tilfældet, idet der ikke var forskel på deltagernes fysiske funktion (målt ved mobilitet, muskelstyrke og ADL) i det aktuelle studie. Der var derimod en tendens til lavere kognitiv funktion hos deltagerne, der drak de tilbudte ONS, jf. tabel1. En forklaring på sidstnævnte kan være, at tilbud om ONS fra en vogn reelt er en velegnet indsats til at forbedre denne sårbare gruppes energi- og proteinindtagelse.

*Svagheder ved studiet*

Målet om, at patienterne som minimum skulle have dækket ≥ 75 % af energi- og proteinbehovet, blev fastsat dertil, fordi det tidligere er vist, at der ved denne værdi kan opnås vægtstabilitet (7). En svaghed ved det aktuelle studie er, at der ikke blev indsamlet data om patienternes vægtudvikling under forløbet, og det har derfor ikke været muligt at afgøre, hvorvidt der blev opnået vægtstabilitet hos deltagerne.

En anden svaghed ved studiet var de mange ubrugelige kostregistreringer. I gennemsnit var energi- og proteinindtagelsen registreret i knap tre dage hos deltagerne. Det afspejler dog ikke den reelle indlæggelsestid. Meget ofte var der således kostregistreret i langt flere dage, men manglende informationer om nogle af dagens måltider, og hvorvidt det serverede var blevet spist, gjorde, at disse blev vurderet som ubrugelige. Det kan have påvirket resultaterne.

Da det aktuelle studie er et observationsstudie, bør fundene bekræftes i et egentligt randomiseret kontrolleret studie, bl.a. fordi et nyligt studie blandt lidt yngre patienter (ca. 70 år) har påvist, at en højere frekvens af tilbud med mindre mængder af energi- og proteinrige drikke (dvs. fire gange om dagen ved uddelingen af medicin) er mere effektiv til at øge indtagelsen end tilbud af større mængder to gange om dagen imellem måltiderne (9), som blev benyttet i det aktuelle studie.

*Implementeringsovervejelser*

I det aktuelle studie var vognen med ONS bemandet af forskningsmedarbejdere. I daglig praksis vil denne mulighed ikke være til stede, og det vil derfor være plejepersonalet, der skal varetage opgaven. I et tidligere dansk studie er det påvist, at udpegning af en ernæringsansvarlig blandt plejepersonalet til bl.a. at varetage en sådan vogn er effektivt, både med hensyn til at sikre de ældre patienters indtag og reducere spildet af mad (10). Det kunne derfor være en god ide at overveje udpegningen af en sådan ernæringsansvarlig i forbindelse med en evt. implementering. En anden mulighed er at "bemande" vognen med ernæringsfagligt personale, fx en klinisk diætist, som det fx er tilfældet på Gentofte Hospital. En ordning, som patienter er meget tilfredse med (Munk T, personlig meddelelse, marts 2016). En tredje er at tilbyde drikkene i forbindelse med uddelingen af medicin. Uanset metode bør tilbuddet om energi- og proteinrige drikke understøttes af en indsats i forhold til at øge indtaget med hovedmåltiderne.

**Konklusion**

God compliance og tilbud om energi- og proteinrige drikke kan have en positiv effekt på energi- og proteinindtagelsen hos ældre patienter. Afdelinger med ældre patienter bør derfor sørge for, at patienterne tilbydes disse drikke som en del af den daglige rutine.

Taksigelser
FNUG er gennemført med støtte af Danske Regioner og Sundhedskartellets Udviklings- og Forskningspulje.
Tak til oversygeplejerske Flemming Olsen, Herlev og Gentofte Hospital, forskningsmedarbejdere og det involverede plejepersonale.

**Referencer:**

1. Beck A, Andersen UT, Leedo E, et al. Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial. Clin Rehabil. 2015; 11:1117-28.
2. Cawood AL, Elia M, Stratton R. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements Aging Res Rev 2012; 11:278-96
3. Milne AC., Potter J, Vivanti A, et al. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Review).Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009; Issue 2. Art. No.: CD003288. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.
4. Hubbard GP, Elia M, Holdoway A et al. A systematic review of compliance to oral nutritional supplements. Clin Nutr 2012; 31: 293-312
5. Sundhedsstyrelsen 2008. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2008
6. Pedersen A, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009.
7. Kondrup J. Can food intake in hospitals be improved. Clin Nutr 2001; (suppl. 1):153-60
8. Munk T, Rosenbom E, Beck A, et al. Positive effect of fortified hospital food on nutritional intake in patients at nutritional risk. A randomized controlled trial. J Hum Nutr Dietet 2014;doi:10.1111/jhn.12210
9. van den Berg GH, Lindeboom R, van der Zwet WC. The effects of the administration of oral nutritional supplementation with medication rounds on the achievement of nutritional goals: A randomized controlled trial. Clin Nutr 2015; 34:15-19
10. Lassen KO, Grinderslev E, Nyholm R. Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. BMC Health Service Research 2008; 8: 168 online

# Varierede arbejdsdage med en blanding af ledelse og undervisning

*Af Anika Karlsen Thor, klinisk diætist, anika@kursuscenterstruer.dk*

På KursusCenter Struer arbejder vi med vægttab og livsstil.
**6.00** Vækkeuret ringer på vores landsted i Vildbjerg. En time efter er der smurt madpakker og sagt farvel til mand og børn. P1 kører i radioen på min vej mod Struer.

**7.45** Ankomst på kursuscentret. Her spiser jeg morgenmad sammen med glade kursister.

**8.15** Dagens morgensamling starter, og jeg spiller 3 sange fra højskolesangbogen på husets flygel. I dag synger vi "Go morgen lille land", "Linedanser" og "Blæsten går frisk over Limfjordens vande".

**9.00** Tid på kontoret. Der er altid en del mails, spørgsmål og planlægning, der skal gøres. Tiden løber alt for stærkt.

**10.00** En tur forbi undervisningskøkkenet for at finde de varer frem, som skal bruges i min undervisning. Vi skal arbejde med et tema om fedt. Jeg planlægger, at vi skal se på varedeklarationer, tilberede to identiske retter med forskelligt fedtindhold og derefter analysere på det. Vi kigger på smag, konsistens og energiindhold.

**10.30** Formiddagsmøde med vores lærerteam. Her følger vi op på, hvordan det går med kursisterne og sparrer med hinanden. Psykolog, fysioterapeut, fitnesstræner, folkeskolelærer og diætist – det kan man da kalde tværfagligt arbejde! Vi får utroligt meget ud af vores snakke.

**11.00** Madværkstedet starter i undervisningskøkkenet. Vores fedttema bliver en succes.

**12.30** Middag. Vi spiser den tilberedte mad i stilhed i 20 minutter. Det er en del af kursuscentrets mindfulness undervisning. Jeg nyder tiden, da det giver en dejlig ro i kroppen, og maden bare smager så godt.

**13.30** Vores psykolog og jeg har udviklet et nyt fag, som vi skal undervise i for 2. gang. Faget har vi døbt "kostlogi" og er en kombination af kostteori og psykologi. Vi er selv begejstrede for faget. Temaet i dag er "sult og mæthed". Vi har bestemt, at undervisningen skal være meget praktisk, og derfor har jeg pakket et rullebord med rester fra middagen. En time efter er vi helt høje, da timen bare var så god

**14.30** Tilbage på kontoret. Kursuscentrets kommunikationsmedarbejder kommer forbi. Noget materiale skal læses igennem, før det sendes ud. Inden computeren slukkes, får jeg bestilt varer til ugen efter.

**15.30** På vej hjem. Drengene skal hentes fra svømning, og måske kan jeg nå at løbe en lille tur før aftensmaden.

**18.30** Hele familien er samlet og hygger omkring aftensmaden.

**21.00** Efter drengene er puttet, smutter jeg en tur i stalden og ser, om mine islandske heste har vand og mad.

**22.00** Min seng kalder, og jeg sover rigtig godt.

Anika Karlsen Thor er uddannet diætist fra Ankerhus i 2005, daglig leder og diætist på KursusCenter Struer. Gift med Carsten, og de har tilsammen 5 børn på hhv. 7, 9, 15, 23 og 25 år.

Anika er forfatter til bogen "Madværkstedet", som er anmeldt her i bladet på side 16. Du kan læse mere om kursuscentret på www.kursuscenterstruer.dk

# Kliniske diætister i regionerne er stadig beskyttet af funktionærloven

## – Der var en grænse for sparerunden – trods alt

*Af Henrik Karl Nielsen, advokat, hkn@diaetist.dk*

Når der skal spares, er kreativiteten stor. Folk på offentlige arbejdspladser bliver flyttet rundt i landet. Man skal tåle mere og mere. Elastikken strammes. Vi hører det over en bred kam fra andre organisationer, og det har også ramt kliniske diætister flere steder. Det kom dog som en overraskelse, at Region Midtjylland som en sidste afskedshilsen i sparerunden 2015 havde forberedt, at kliniske diætister ikke skulle have deres fratrædelsesgodtgørelse.

**Funktionærloven og "klinisk bistandsydelse"**

Funktionærloven beskytter ansatte inden for kontor- og vidensfag. Siden 1948 har personer, der arbejder med "klinisk bistandsydelse" været funktionærer. Dengang havde man fokus på bl.a. sygeplejersker. Men det er for længst slået fast, at "klinisk bistandsydelse" også dækker læger, lægevikarer, tandlæger og fysioterapeuter. Alle autoriserede sundhedspersoner på et sygehus udfører naturligvis "klinisk bistandsydelse". Vi har heller aldrig nogen sinde før set, at det er draget i tvivl, at kliniske diætister er omfattet af funktionærloven.

Hvorfor er funktionærloven vigtig?

Din ret til opsigelsesvarsel følger af funktionærloven (§ 2). Det er funktionærloven, der giver ret til løn, hvis du er syg (§ 5). Funktionærloven beskytter mod usaglige opsigelser (§ 2b). Og den sikrer ret til fratrædelsesgodtgørelse, hvis du siges op efter mere end 12 års ansættelse (§ 2a).

**"Kostvejledning" var genvejen ud af funktionærloven**

Det er ikke bare vidtløftig principiel retorik, når vi har taget kraftig afstand fra, at kliniske diætister er sparet væk, fordi deres arbejde pludselig er "undervisning" eller "kostvejledning". Kliniske diætister har siden 1996 været autoriserede sundhedspersoner. Det er lovfæstet, at kliniske diætister varetager diætbehandling af ernæringsrelaterede sygdomme. Faggruppen arbejder under Sundhedsstyrelsens tilsyn som alle andre autoriserede sundhedspersoner. Faggruppen skal leve op til samme kvalitetskrav, herunder tavshedspligt og føre journal. Det er kerneområdet for "klinisk bistandsydelse".

Det var derfor et groft anslag på fagligheden, da Region Midtjylland i foråret 2015 udvalgte kliniske diætister til besparelse med henvisning til, at faggruppen udfører "kostvejledning". Det blev brugt som et politisk argument for at flytte ansvar over til kommunerne. Senere på året var det et argument for at få kliniske diætister frataget beskyttelsen efter funktionærloven. "Kostvejleder" er ikke en beskyttet titel og dækker ikke over noget præcist. Tanken ledes hen på undervisning eller hen på mad og måltider. Undervisning, mad og måltider er ikke omfattet af funktionærloven, da det ikke er "klinisk bistandsydelse". Vi reagerede naturligvis omgående i 2015. Det var væsentligt for at sikre, at vore medlemmer fik deres fratrædelsesgodtgørelse. Men også for at sikre fortsat respekt om kliniske diætister som autoriserede sundhedspersoner. Hvis faggruppen gradvis skrider over til undervisning eller måltidsproduktion, udviskes faggrænser, der ellers har ligget fast. Det vil skade alle fag. Og det vil trække tæppet væk under mange års foreningsarbejde for kliniske diætister i regi af FaKD. Heldigvis kan selv den bedste kreativitet ikke trylle autorisationsloven væk. Og Region Midtjylland måtte i januar 2016 medgive, at kliniske diætister (stadig) er omfattet af funktionærloven.

**Hvornår er vi så omfattet af funktionærloven?**

Kliniske diætister er omfattet af funktionærloven. Men det forudsætter, at der arbejdes som klinisk diætist. Tager man arbejde uden for faget, er man ikke nødvendigvis funktionær – hvis ikke man får aftalt, at man stilles som funktionær.

Vigtigt er det at få en præcis stillingsbetegnelse i ansættelsesbrevet. Hvis du er ansat som klinisk diætist, bør det også stå i dit ansættelsesbrev. Vær opmærksom på det, når du bliver ansat. Hvis du søger en stilling som klinisk diætist og får et ansættelsesbrev med afvigende stillingsbetegnelse, er der noget galt.

Tager du arbejde inden for undervisning eller mad og måltider, er du ikke automatisk funktionær. Det er nemlig ikke "klinisk bistandsydelse". Men der kan være overenskomster på områderne, hvor funktionærloven bruges alligevel. Check det, inden du starter.

**Hvor kan jeg læse mere?**

Funktionærloven og autorisationsloven kan læses på Retsindformation, www.retsinfo.dk.

# Ernærings-indsatser i kommunerne

**Endelig lykkedes det! Arbejdsgruppen, hvor bl.a. FaKD er med, er færdig med "Anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne". Det er indskrevet, at ernæringsindsatsen bør varetages af faggrupper som kliniske diætister eller af faggrupper med ernæringsfaglig baggrund på bachelorniveau. Kan I se stillingerne i kommunerne for jer? Hvis altså kommunerne ønsker at følge anbefalingerne. Vi håber på, at dette åbner op for mange nye stillinger, så alle kommuner anvender vores faggrupper på ernæringsområdet.**

Derfor håber vi også, at uddannelsesstederne vil arbejde hårdt for at få en solid og faglig stærk studieordning på plads for professionsbachelorer i Ernæring og Sundhed. Vi har sendt høringssvar ind ift. den nye bekendtgørelse, hvor vi har udtrykt en del skepsis. Dette pga. at toningen af studieretningerne kun er forskellige ift. indholdet af praktikken. Og vi mener, den kliniske praktik er meget vigtig, hvis vi skal ud og yde nøjagtig det samme arbejde. Så skal vi vel også have samme baggrund og kendskab til patienter, patientforløb og samarbejdet med andre faggrupper.

I kan læse vores høringssvar på hjemmesiden www.diaetist.dk

Vi kan dog sagtens se en fordel i, at vores område ift. diætbehandling og vejledning varetages af professionsbachelorer i ernæring og sundhed og også, at alle på en eller anden facon autoriseres, hvis de arbejder med kronisk syge. Vi er jo alle interesseret i, at ernæringsvejledning varetages af "rigtig" uddannede og ikke af kostvejledere, der har taget et 3 ugers kursus.

Studieordningen er igangsat, og FaKD deltager i møder herom for at give vores input til, hvad vi anser som vigtigt ift. det fremtidige arbejdsmarked.

*Fotograf Anders Hviid*

## Ernæring i fokus – også på Borgen

**På møder med politikere bekræftes vi i, at ernæring er i fokus nu mere end nogensinde.**

Vi mener fortsat, at praktiserende læger bør have andre henvisningsmuligheder end kun til kommunale tilbud og via regionerne. Derfor mødtes vi med folketingspolitiker og sundhedsordfører Flemming Møller Mortensen (S) i april vedr. vores arbejde med henvisningsmuligheder til kliniske diætister.

Vi bliver ofte mødt med, at der er behov for at bevise en effekt eller en besparelse ved at henvise til os. Der er brug for kandidater i både klinisk ernæring og human ernæring, til at sætte fokus på dette område. I maj mødtes vi med de studerende på KU, og vi håber, at de også finder det attraktivt at være i FaKD som fagforening. Vi har forskellige arbejdsområder, men patienternes ernæring er i højsædet, og det giver os meget fælles at kæmpe sammen om i en lille og nærværende fagforening.

# Vi skal stå sammen omkring kvaliteten og fortsætte med at brande os med det, vi er gode til

FaKD har også afholdt forårsmøde med Fællesrepræsentationen "De 6", der består af Tandlægeforeningen, Psykologforeningen, Kiropraktorforeningen, Bibliotekarforbundet, Dansk Mejeriingeniør Forening og os. Dagsorden var vedrørende: Nyt fra AC's bestyrelse, Status på trepartsforhandlingerne og orientering fra foreningerne. Under sidste punkt havde vi denne gang samme fokus: At andre faggrupper kan virke som en "trussel" mod vores arbejdsområde. Fx hvis en tandplejer overtager tandlægearbejde, eller en psykoterapeut udfører psykologarbejde, en massør udøver kiropraktik - eller en kostvejleder som fx Lene Hansson vejleder tarmpatienter i at spise sig ud af deres sygdom.

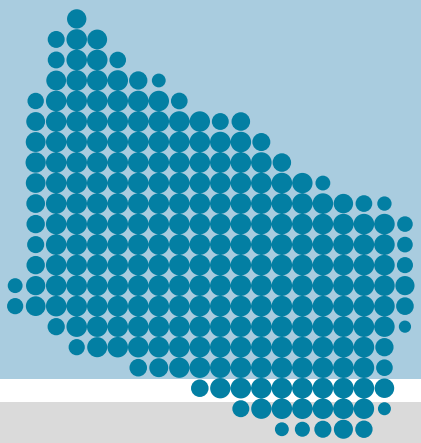
Men vores arbejdsområde er ikke beskyttet, kun titlen. Derfor gælder det om at stå sammen omkring kvaliteten og fortsætte med at brande os med det, vi er gode til.Kan vi opretholde kvaliteten, er det ikke en trussel, at der findes noget billigere et andet sted. Det er op til individet, om man har sit helbred kært nok til at vælge sikkerhed og kvalitet, eller om andet tiltrækker en.

Netop patientsikkerhed er noget, der optager os. Den 26. april deltog formanden derfor i "Patientsikkerhedskonferencen 2016". Det er vigtigt at tænke på patientsikkerheden, både ift. vores autorisation, og fordi vi indgår i behandlerteams med ansvar relateret til vores vejledning og dokumentation.  Kontrollen ift. offentlige ansattes registrering ændres til en mere lokal og udviklende karakter. Der er fortsat behov for, at vi løfter kvaliteten i det arbejde, der består i at få patienterne ernæringsscreenet og sikre, at undernæring på hospitalerne snart hører fortiden til!

Ikke desto mindre er der fokus på underernæring rent mediemæssigt, og forhåbentlig vil det vare ved længe, særligt når ESPEN også afholdes i landet i år. FaKD deltager og håber at se rigtig mange medlemmer.

**Folkemødet på Bornholm**
FaKD deltager Folkemødet og repræsenteres af fem bestyrelsesmedlemmer. Vi satser på ligeså stor networkning-succes som de foregående år. Der er en stemning og en respekt for hinandens mærkesager på Bornholm i de dage, og FaKD planlægger at deltage i massevis af relevante debatter og skabe kontakter, der kan bruges i vores politiske arbejde.

Vi glæder os!



## Faglig konsulent og kommunikationswebmaster

Med al vores aktivitet og mange opgaver, har FaKD besluttet at få tilknyttet både en faglig konsulent og en kommunikations-webmaster til foreningen. Vores faglige konsulent deltager bl.a. aktivt i vores partnerskabsmøder ud af huset. Kommunikations-webmasteren kan I henvende jer til på kommunikation@diaetist.dk ift. hjemmesiden og Facebook.

# KALENDER '16

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

**9. juni 2016**
"KOST OG VÆGT – TARMBAKTERIER, SODAVAND OG ÆLDRE". Dansk Selskab for Adipositasforskning afholder Fyraftensmøde den 9. juni kl. 16.30-19.30, Festauditoriet, Bülowsvej 17, Rum 01-0-025, Frederiksberg. Yderligere info: www.dsaf.dk

**19. juni 2016**
Pre-congress day, Professional development and future perspectives
Swedish Association of Clinical Dietitians (DRF) invite you to a pre-congress day 19 June prior to the 11th Nordic Nutrition Conference (NNC) held in Gothenburg 20-22 June 2016. The pre-congress day will focus on is professional development for dietitians and an opportunity to network with Nordic colleagues. Du kan bl.a. finde programmet på hjemmesiden www.diaetist.dk

**19. - 24. juni**
Internationalt symposium serverer den nyeste viden om tang
Den nyeste viden om tang vil være på programmet, når forskere og erhvervsfolk mødes til det 22. internationale tangsymposium den 19.-24. juni 2016 i København. Oplægsholdere fra hele verden vil bl.a. tale om tangs sundhedsfremmende bioaktive stoffer, risikovurdering af eventuelle sundhedsskadelige stoffer og de mest optimale metoder til at dyrke og høste tang. DTU Fødevareinstituttet er vært for symposiet, som er arrangeret i samarbejde med Aarhus Universitet, Syddansk Universitet og tangindustrien.
Se programmet og find mere information om konferencen på konferencewebsitet.
Sted: Scandic Hotel, Vester Søgade 6, 1601 København
Registrering: Tilmelding foregår via symposiets websitet.

**20. - 22. juni 2016**
11. Nordic Nutrition Conference, Bridging nutrition sciences for health in the nordic countries. Sted: Gøteborg. Find program og detaljer på www.nnc2016.se

**25. - 26. august 2016**
DANISH DIABETES ACADEMY SYMPOSIUM, DIET, DIABETES & THE METABOLIC SYNDROME THE NOVO NORDISK FOUNDATION, HELLERUP, COPENHAGEN

**7. - 10. september**
17th International Congress of Dietetics, Granada, Spain.
Se mere på http://www.icdgranada2016.com/

**17. - 20. september 2016**
ESPEN CONGRESS ON CLINICAL NUTRITION & METABOLISM 2016,
Collaboration in nutrition
Sted: København. Se mere på http://www.espen.org/files/copenhagen2016/Espen_2016_first-announcement_FINAL-HI-RES.pdf

## Følg med i hvilke kurser FaKD arrangerer på http://www.diaetist.dk/viden/fakd-arrangementer/

**Low FODMAP / IBS.** Kurset foregår denne gang i Aarhus på VIA University College og forløber over tre gange: d. 26. august, d. 30. september og d. 28. oktober 2016.

**NCP.** Der vil blive afholdt flere NCP-kurser i efteråret 2016.
Kurserne omhandler praktisk brug af NCP, journalføring, og implementering, og kurserne afholdes både i Region Nord- og Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Datoer og informationer kommer løbende på hjemmesiden www.diaetist.dk og Facebook.

**Formand** Mette Pedersen
E-mail: mp@diaetist.dk

**Næstformand** Trine Klindt
E-mail: tk@diaetist.dk

**Kasserer** Helle Ronneby
E-mail: hr@diaetist.dk

**Øvrige medlemmer**
Randi Tobberup
E-mail: rt@diaetist.dk
Louise Rasmussen
E-mail: lr@diaetist.dk
Mette Merlin Husted
E-mail: mmh@diaetist.dk
Luise Helene Kopp
E-mail: lk@diaetist.dk
Rebecca Leth-Nissen Johansen
E-mail: rj@diaetist.dk
Tina Halvorsen (Suppleant)
E-mail-tina_halvorsen@wahoomail.dk

**REGIONSFORMÆND**

**REGION NORDJYLLAND:**
Mette Poulsen
E-mail: Mettepoulsen@yahoo.dk

**REGION MIDTJYLLAND:**
Louise Rasmussen
E-mail: lr@diaetist.dk

**REGION SYDJYLLAND:**
Caroline Kiilerich Haderslev
E-mail: caki@haderslev.dk

**REGION SJÆLLAND:**
Trine Klindt
E-mail: tk@diaetist.dk

**REGION HOVEDSTADEN**
Dorthe Wiuf Nielsen
E-mail: dwn@diaetist.dk
Mette Line Christensen (Næstformand)
E-mail: enilettem@hotmail.com

**REDAKTIONSUDVALG**
Anne Ravn
Mette Line Christensen
Kirsten Færgeman
Margit Vesterlund
Dorte Knudsen
Sofie Wendelboe
Kan kontaktes via redaktoermail@diaetist.dk

**Kommunikationswebmaster:**
kommunikation@diaetist.dk

# Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde

MEDIQ DANMARK

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

**Bestil vores nye katalog for klinisk ernæring.**

Tlf. 3637 9142 - Fax 3637 9289
E-mail: ernaering@mediqdanmark.dk

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

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

... når viden er vigtig