

DIÆTISTEN

IT-TEMA



Slankedoktor.dk er DK's største
diætistarbejdsplads

LÆS ARTIKEL SIDE 5

Mobiltelefoni og internet mod
unges overvægt

LÆS ARTIKEL SIDE 14

IT i diætistens arbejde i fremtiden

LÆS MERE PÅ SIDE 17

SEKRETARIATSADRESSE
Foreningen af Kliniske Diætister
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER
Landemærket 10
1012 København K
Tlf.: 33320039

Mandag - fredag kl. 9-16.30

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

UDGIVER
Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR
Anne W. Ravn, tlf. 20203550
E-mail: redaktoer@diaetist.dk

ANSVARSHAVENDE
Ginny Rhodes
E-mail: gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG
OG ANNONCER
Nr. 92, 1. marts 2008
(udkommer april 2008)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK
AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

TEMA

90 diætister arbejder med netvejledning på SlankeDoktor.dk	5
Online diætist- og motionsvejledning på SlankeDoktor.dk viser flotte resultater	7
Udviklende at være diætist i pyjamas og papilotter	9
Den bedste arbejdsstilling... er den næste!	12
Mobiltelefoni og internet mod unges overvægt	14
EPJ vil hjælpe med at få fokus og handling på korrekt ernæring til alvorligt syge	17
Test af kostberegningsprogrammer	21

ARTIKEL

"Røntgenkost" – et evidensbaseret begreb?	23
---	----

FRA ADVOKATEN

Kliniske diætister og datasikkerhed	28
-------------------------------------	----

OS IMELLEM

Omsorg og mellemmåltider er også diætistens arbejde	30
---	----

UDEFRÅ

Boganmeldelse	32
Ny national strategi for sundheds-it	32

FRA BESTYRELSEN	33
-----------------	----

KURSUSKALENDER	35
----------------	----

BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . Viggo Rothes Vej 23 . 2920 Charlottenlund . Mobil 20 78 61 10 . E-mail: gr@diaetist.dk Næstformand **Anne Marie Beck** . Frødings Allé 13, 1 . 2860 Søborg . Tlf. 35353403 . E-mail: ambe@food.dtu.dk Kasserer **Line Rosgaard Kristensen** . Frederikssundsvej 145, 2.tv . 2700 Brønshøj . Tlf: 30 29 74 57 . E-mail: lrk@diaetist.dk Øvrige medlemmer: **Dorthe Wiuf Nielsen** . Sjællandsgade 45, 3.tv . 2200 København N . Tlf: 35 35 34 17 . E-mail: dwn@diaetist.dk **Mette Pedersen** . Jagtvej 65, 1. th. . 2200 København N **Helene Andresen** . Farverhus 71 . 6200 Åbenrå . Tlf: 74 52 42 09 . E-mail: ha@diaetist.dk **Lone Bjerregaard** . Fabriciusvej 32 . 9210 Aalborg SØ . Tlf: 98 12 44 06 . E-mail: ljb@diaetist.dk **Suppleant: Camilla Onsberg Storm** . Gl. Lyngvej 29 . 3450 Allerød . Tlf: 48 17 43 17 . E-mail: cos@diaetist.dk **Kirsten Petersen** . Hochstrasse 3 . DE-24939 Flensburg . Tlf. 0049-461-3182696 . E-mail: kirsten_petersen.aas.sja.dk

Demokrati og sammenhold

Ginny Rhodes
Formand



Sidst jeg skrev her var efter folketingsvalget i november sidste år. Det blev lidt af en gyser, men på demokratisk vis fik vi sammensat et nyt Folketing. Også vi i FaKD er kommet i gang igen med det politiske arbejde i forhold til de nye konstellationer, valget har givet bl.a. på Christiansborg, med henblik på at få gjort opmærksom på FaKD og vores

mærkesager. Valget på landsplan er nu overstået – til gengæld står vi over for et valg i foreningsregi, nemlig om FaKDs fremtidige tilhørsforhold; læs også mere om dette bagerst i bladet.

Vi står nu midt i en demokratisk proces, hvor vores fremtid skal afgøres, og hvor vi skal træffe en beslutning om hvilken retning, der i fremtiden kan sikre og beskytte kliniske diætisters interesser bedst muligt. Skal vi lade os opsluge, som Formidlerne er blevet det af Danmarks Lærerforening, og Flik er blevet det i Dansk Ingeniørforening, på godt og ondt? Eller skal vi fortsætte som os selv - i hvert fald en tid endnu? Det må være op til det enkelte medlem at (be)stemme for at stemme er en vigtig del af demokratiet. Men som Hal Koch sagde, så er demokrati ikke kun at stemme, men også en måde at leve sammen på og løse hverdagens uenigheder. At vi blander os og deltager og indgår i dialog med hinanden.

De sidste mange år er der gået en bølge af sammenslutninger hen over Danmark inden for det private arbejdsmarked. Kæder har opkøbt kæder for at blive større inden for mange forskellige brancher, og det har længe været sådan, at er man ikke stor, så skal man være meget lille for at overleve. Denne sammenslutningsbølge har også ramt fagforeninger og forbund.

Man slutter sig sammen for at blive stærkere og større organisationer. En begrundelse er, at det ellers bliver sværere at yde medlemmerne den ønskede service. Men samtidig hører vi ofte, at fagforeningerne er truede, og at flere oplever medlemsflugt. LO har f.eks. indenfor en kort årrække mistet 200.000 medlemmer, måske fordi medlemmerne ønsker noget andet, end de gjorde for 10-15 år siden.

Ud over almindelig medlemsservice som hjælp til faglige problemstillinger, ansættelsesmæssige og andre vanskeligheder, forventer medlemmerne også nu om stunder, at vi som forening mener noget helt konkret og bestemt om relevante faglige emner og forsøger at gøre vores indflydelse gældende i disse sager på vores medlemmers vegne. Det er resultatet om misbrug af diætisttitlen et godt eksempel på, at FaKD evner.

Hvordan harmonerer medlemsflugt så med de øgede krav til medlemsservice? En teori (rationel choice teori) er, at vi tænker egoistisk på at nyttemaksimere, dvs. få størst personligt udbytte. Synes vi ikke, vi får nok til os selv, så melder vi os ud. Men hvor bliver så dialogen af, og hvordan kan vi blande os og deltage og dermed øve indflydelse, hvis vi ikke vil være med?

Skal vi sikre, at FaKD på vegne af de kliniske diætister kan udøve maksimal indflydelse, så er fællesnævneren efter min mening **sammenhold**. Vi skal holde sammen, uanset hvor vi skal hen, eller vi skal forblive os selv. I en hvilken som helst forhandlingsposition vil det være sådan, at "sammen gør stærk", og FaKDs styrke har i mange år været, at vi repræsenterer størstedelen af de uddannede kliniske diætister i Danmark. Og ligesom håndboldherrerne i skrive stund har vundet guld til Danmark i håndbold EM2008 ved godt holdspil, så lad os sammen bringe FaKD videre.



Login på vores interne medlemssite

Det nye site er nu i luften, men alle har ikke logget sig ind endnu. Vi vil gerne opfordre dig til at gøre det og opfrisker lige proceduren: Gå ind på www.fakd.dk under "For medlemmer". Her vil du blive bedt om at genregistrere. Dette skyldes, at hjemmesiden nu kører i et helt andet program, og derfor kræver det nyt login.

Du vil nu komme ind i et vindue, hvor der står "Kun for medlemmer". Her skal du trykke på "her" for at genregistrere – dit gamle brugernavn og password virker ikke længere.

Du vil blive bedt om at besvare nogle spørgsmål – besværligt, men af stor vigtighed for at vi kan få opdateret foreningens medlemskartotek til hjælp for vores nye sekretariat.

Når du har afsendt dine data vil dit nye brugernavn og password blive godkendt – det kan tage et par dage – og du vil modtage en mail om, at dit nye login er aktiveret.

Herefter skal du ind samme sted på hjemmesiden, men kan nu bruge log på funktionen som sædvanlig.

NYHED!

Fresubin® protein energy DRINK

Ernæringsdrikken med den gode smag

- 2 nye smagsvarianter
- 5 smagsvarianter i samme pakning – Mixkasse
- Øger muligheden for god compliance



Varenr.	Smagsvariant	Pakning
NY 7138001	Mixkasse	30 x 200ml
NY 7123001	Cappuccino	30 x 200ml
7195001	Chokolade	30 x 200ml
7197001	Vanille	30 x 200ml
7196001	Skovjordsbær	30 x 200ml
NY 7120001	Tropefrugt	30 x 200ml

90 diætister arbejder med netvejledning på SlankeDoktor.dk

SlankeDoktor (SD) er på fem år blevet en af de største arbejdspladser for en stor del af landets diætister. I skrivende stund er vi næsten 90 diætister ansat på SD. Herudover er der ca. 25 motionsvejledere, som enten er fysioterapeuter eller bachelorer i idræt, og desuden har vi læger og psykologer som vejleder og rådgiver brugerne online i digitale konsultationer. Langt de fleste er ansat på deltid et antal varierende timer, men som udgangspunkt har ingen mindre end 6-10 timer hos os.

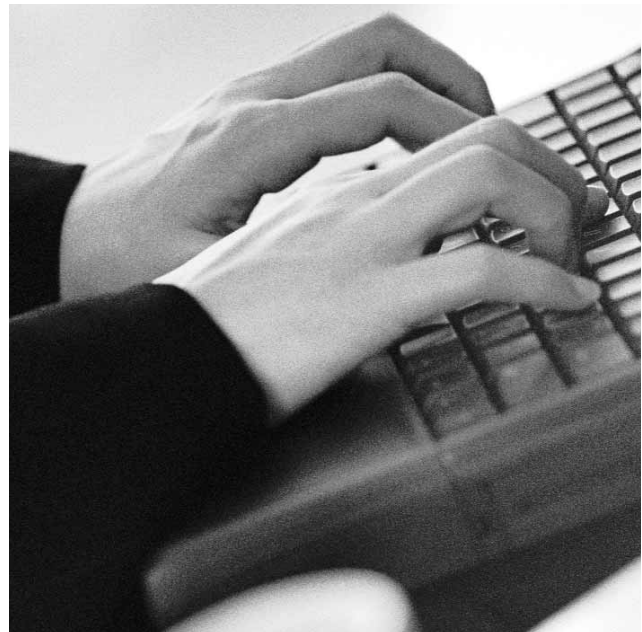
Lisa Bolting



Vi har været i konstant fremgang gennem fem år i forhold til antal af samtidige medlemmer. Naturligvis med variation gennem årets sæsoner – men for hvert år flere. For nuværende er der ca. 14.000 samtidige medlemmer. De bliver i gennemsnit mindst 6 måneder hos os. Det er meget individuelt, hvor længe medlemmerne bliver. Ganske få

bliver kun de 3 måneder, som er det minimum, man kan tegne sig for. En stor del bliver mellem 6 og 12 måneder – men også rigtig mange vælger at være hos os i årevis. De sætter stor pris på muligheden for at have et fællesskab, og derigennem fastholde deres vægttab.

Vi nærmer os at have haft 100.000 brugere i forløb og ser en fortsat stigende tendens.



Vi har et system, som er smart og unikt tænkende og ikke findes tilsvarende. Vi arbejder hele tiden på forbedret navigering og hurtige genveje i systemet, og det kommer vore ansatte diætister med inputs til.

Timeløn afhængig af fortroligheden med IT

De fleste ansatte diætister på SD arbejder med netvejledning som bibeskæftigelse, typisk sammen med et job på 20–30 timer.

Typer af medlemskaber

Der er fire typer af medlemskaber, som brugeren kan vælge.

På den måde imødekommer vi det enkelte medlems særlige ønsker og behov.

- Bronze:** Medlemmet sættes i gang med en skitse til en kostplan og en vejledning, som bakker op. Hertil leveres en del vejledningsmateriale. Brugeren har fri adgang til opskrifter, alle artikler om vægttab, kost og motion.
- Sølv:** Der vejledes desuden hver tredje uge af diætisten.
- Guld:** Der vejledes hver uge. Tre gange på en måned fra diætisten og én gang på en måned af motionsvejlederen.
- Platin:** Der vejledes to gange om ugen, på skift af diætisten og motionsvejlederen.



Forskellige typer hold

Vi har forskellige typer af hold, som kan vælges ved indmeldelse, eller som man kan blive flyttet til, hvis man fx får diabetes eller bliver gravid. Her nævnes de mest efterspurgte hold:

"Løvinder" Kvinder, der maksimalt ønsker at tabe 10 kilo.

"Havfruer" Kvinder, der ønsker at tabe fra 10 kilo og opefter. Der er desuden en opdeling mellem ønske om vægttab fra 10–20 kilo og et ønske om mere end 20 kilos vægttab.

"Tyre" Mænd, der maksimalt ønsker at tabe 10 kilo.

"Bjørne" Mænd, der ønsker at tabe fra 10 kilo og opefter. Der er desuden en opdeling mellem ønske om vægttab fra 10–20 kilo og et ønske om mere end 20 kilo.

Herudover har vi hjertevenlige vægttabshold; et hold for både mænd og kvinder. Dette hold kan vælges ved kendt hjertesygdom eller fx forhøjet kolesterol, og et diabeteshold for både mænd og kvinder. Desuden "SlankMør"-hold for kvinder, der lige har født, og som ønsker at komme ned i vægt; hold for gravide, hold for barnløse kvinder, som har svært ved at blive gravide, og hvor vægttab i de fleste tilfælde vil hjælpe og desuden hold for unge brugere mellem 18 og 25 år opdelt i mænd og kvinder.

Enkelte har et halvtidsjob hos os, og på sigt er det ikke urealistisk, at der bliver oprettet fuldtidsstillinger.

Som udgangspunkt bliver diætisterne oprettet med mindst 5 hold som vejleder. Hvert hold giver en bruttoløn på 1.000-1.500 kr. afhængigt af hvilke typer af medlemmer, der er på holdet. Hvert hold kræver hver uge en god time at vejlede. Der er mange faktorer, som spiller ind på timelønnen. Det betyder meget, om medlemmerne på holdet er nye eller nogle, som har været med i flere år. Derfor skifter timelønnen, og indtjeningen varierer også en anelse fra måned til måned.

Som ny vejleder på SD har man ikke så god en timeløn som en garvet vejleder, da sikkerhed i navigeringen på siderne betyder tab

af tid i starten. Men i løbet af få måneder kan man opretholde en god timeløn, som nemt modsvarer den løn, man får i en traditionel stilling. Hertil kommer, at der aldrig er spild af tid til transport, parkering, omklædning og gøremål, som skal tillægges alle andre jobs.

lisa@bolting.dk



Online diætist- og motionsvejledning på SlankeDoktor.dk viser flotte resultater

Sidste år offentliggjorde SlankeDoktor.dk de første videnskabelige resultater på en medicinsk fedmekongres i Sydney i Australien. Resultaterne viser, at SlankeDoktor.dk er en effektiv måde at få ekspertrådgivning på og en god måde at etablere et støttenetværk af andre, der ændrer livsstil.



Carl Brandt

Den populære vægttjeneste på nettet, SlankeDoktor.dk, er netop gået ind i sit 6. år. Der er således efterhånden ved at være samlet erfaring nok til, at man kan se et klart mønster af effekten af det forholdsvis nye fænomen, det er at vejlede om ny livsstil over nettet.

Konklusionen er da også klokkeklar: SlankeDoktor.dk er en effektiv måde at

hjælpe danskere til at opnå et sundt og varigt vægttab.

Inden for de sidste 10 år er antallet af svært overvægtige danskere øget til over 300.000 svarende til, at 30-40% af den voksne befolkning er overvægtige (1). Overvægt med BMI over 25 øger risikoen for type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskel-, led- og skeletsygdomme samt kræft. Derudover nedsætter overvægt chancen for at blive gravid og øger risikoen for spontan abort. Ifølge Framinghamstudiet forkorter overvægt livet med 3 til 8 år afhængigt af tilstedeværelsen af andre risikofaktorer så som rygning (2).

Mangel på øvrige effektive vægttabstilbud

Kommunikationsformen med patienter har stor betydning for deres håndtering af livsstilsfaktorer (3). Flere Cochranestudier viser, at lægevejledning alene ikke har langtidseffekt på vægttab sammenlignet med placebo (4). Diætistvejledning og etablering af fællesmøder har en signifikant effekt på kort sigt, hvorimod der kun foreligger få langtidsstudier over 12 måneder (4). Der findes i dag i Danmark ikke dokumenterede effektive vægttabstilbud til

patienter med simpel adipositas (1). Kirurgisk intervention er en effektiv vej til vægttab for mange, men er ikke uden bivirkninger og derfor forbeholdt meget overvægtige patienter (5). Omkostningerne både i behandlingstid og patienttid ved vejledning ved konfrontationsmøder med relevant frekvens for at opnå resultater er store, og muligheden for at fastholde patienter i længere forløb ud over nogle få måneder har da også vist sig at være vanskelig.

Internettet gør det muligt at reducere den tid, der bruges pr. patient betydeligt. Desuden nedsættes den tid, patienten skal bruge på at registrere relevante data og opnå den sociale støtte, der skal til for at kunne opnå og fastholde et betydeligt vægttab.

Få studier i internettets indflydelse på helbred

Der findes meget lidt forskning i, hvordan internettet kan påvirke menneskers helbred (6). Flere undersøgelser tyder på, at interaktion over internettet med eksperter i et netfællesskab er en effektiv vej til vægttab (7,8). Kun få af disse studier strækker sig over et år. Ved online-kontakt kan skabes en mulighed for længere tids fastholdelse af patienten, og dermed vil en eventuel langvarig effekt af interventionen kunne måles. Herunder vil man kunne dokumentere, om vægttabet og sunde vaner fastholdes. Diætisten vil kunne tage kontakt med patienten med aftalte intervaller, og ligeledes vil vægttabspatienterne kunne kontakte diætisten og andre i netfællesskabet for hjælp i "kriser".

En enkelt undersøgelse bekræfter, at resultaterne ved et online-vægttabsprogram kan sammenlignes med omkostningstunge ambulante vægttab i en periode på 24 måneder (9). Tidligere undersøgelser har dog kun omfattet relativt få brugere, mindre end 60 i hver undersøgelse. Det har derfor ikke været muligt at undersøge interaktioner med diverse livsstilsfaktorer så som graden af overvægt, familiestatus, rygning m.m. Ligeledes er der ikke studier på danske populationer af overvægtige med højere internet-dækningsgrad og mindre social diversitet end i USA og Storbritannien.

SlankeDoktor.dk-studie

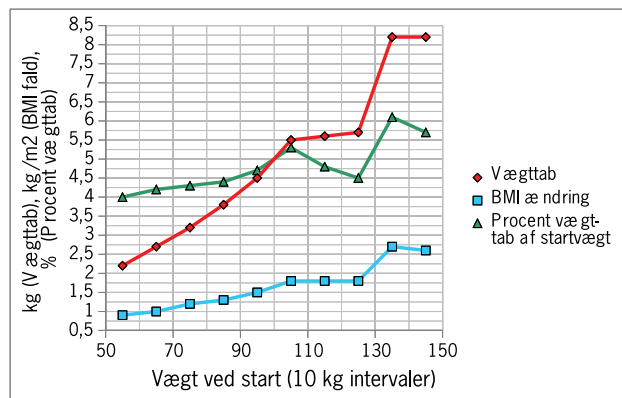
SlankeDoktor.dk har fulgt de 7707 patienter som gennemførte et forløb hos SlankeDoktor.dk fra 1. januar 2004 til 31. december 2004. Opfølgingsperioden var i gennemsnit 133 dage (+/- 104 dage SD). Gruppen bestod af 6690 kvinder og 1017 mænd. Ved start var BMI i gennemsnit 29,4 (+/- 4,9 SD) og vægten 84,7 kg. Omkring 86% var således overvægtige med et BMI på over 25. Alderen var i gennemsnit 39,7 år (+/- 12,2 år SD), hvilket vil sige, at 23,1% var over 50 år og 24,3% var mellem 18 år og 30 år. 298 patienter blev ekskluderet grundet for få data og 3 på grund af graviditet.

Ifølge patienternes egen registrering tabte de i gennemsnit 3,9 kg (+/- 4,3 kg SD). Dette svarer til 4,5% af startvægten (+/- 4,5% SD). Som det fremgår af nedenfor anførte figur, tabte de mest overvægtige patienter mest. De 2769 med BMI>30 havde et rapporteret vægttab på 4,9 kg (+/- 7,0 kg SD). 1018 (13,7%) blev fulgt i mere end 6 måneder, og de holdt et vægttab på 7,5 kg (+/- 7,1 kg SD). Hos 711 (9,6%) blev der ikke registreret et vægttab.

Resultaterne overgår en lignende amerikansk undersøgelse fra 2006 med selvrapporteret vægtregistrering via internettet på 2862 patienter, hvor man ved automatiseret rådgivning uden personlig diætrådgivning fandt et vægttab på 3% af udgangsvægten mod vægttab på 1,2% i en kontrolgruppe (10).

Vi konkluderer derfor, at personlig professionel diætistbehandling via internettet kombineret med et online internetfællesskab synes at være en effektiv måde at få patienter til at tabe sig. Vores tal peger på, at patienter med den største udgangsvægt taber sig mest, ligesom de patienter som forbliver online fastholder deres vægttab.

carl_brandt@get2net.dk



Referencer

1. Richelsen B, Astrup A, Hansen GL, Hansen HS, Heitmann B, Holm L, Kjær M, Madsen SA, Michaelsen KF, Olsen SF, En rapport fra Ernæringsrådet. Den danske fedmeepidemi - Oplæg til en forebyggelsesindsats 2003.
2. Peeters A, Barendrecht JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L; NEDCOM, The Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. *Ann. Intern. Med.* 2003; 138 (1): 24-32.
3. Brandt CJ, Ellegaard H, Joensen M, Kallan FV, Sorknaes AD, Tougaard L, for the RYLLUNG group. Effect of diagnosis of "Smoker's lung" *Lancet*, 1997; 349: 253.
4. Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little PS, Talbot D, Ebrahim S. Dietary advice given by a dietician versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
5. Richelsen, B samt en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Adipositasforskning og Dansk Kirurgisk Selskab: Er der indikation for kirurgisk behandling af ekstrem overvægt i Danmark? (Klaringsrapport). Dadl nr. 7, 2001.
6. Eysenbach, G, Powell J, Englesakis M, Rico C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions *BMJ*. 2004; 328: 1166.
7. Tate DF, Wing RR, Winnett RA Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *JAMA* 2001; 285: 1172-7.
8. Tate DF, Jackvony EH, Wing RR. Effects of Internet behavioral counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes: a randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 1833-6.
9. Harvey-Berino J, Pintauro S, Buzzell P, Gold EC. Effect of internet support on the long-term maintenance of weight loss. *Obes. Res.* 2004;12(2):320-9.
10. Rothert K, Strecher VJ, Doyle LA, Caplan WM, Joyce JS, Jimison HB, Karm LM, Mims AD, Roth MA. Web-based Weight Management Programs in an Integrated Health Care Setting: A Randomized, Controlled Trial. *Obesity* 2006 14:266-72.

Udviklende at være diætist i pyjamas og papilotter

Arbejdet med at vejlede online på SlankeDoktor (SD) er formentlig det mest fleksible diætistjob, man kan tænke sig. Gå på arbejde på en moderne arbejdsplads i pyjamas og morgenhår og spis og smask, mens du vejleder, og vasketøjet snurrer. Men vær også forberedt på benhård selvdisciplin, hvis du ikke skal føle, at du konstant har lektier for.

Hvis nogen ymter, at arbejdet på SlankeDoktor ikke er et rigtigt diætistjob, så er det fordi, de ikke har kendskab til jobindholdet, siger Lone Severinsen. - Vores opgave er at give individuel skriftlig vejledning til kunder/brugere, der ønsker at tabe sig. Brugeren starter med at føre kostdagbog 4-7 dage, og denne registrering anvender jeg til at udarbejde en individuel kostplan til brugeren med afsæt i diætprincipper ved adipositas. Herefter yder vi brugerne individuelt tilpasset skriftlig vejledning i minimum tre måneder. Antallet af vejledninger afhænger af, hvilket medlemskab kunden har købt.

Lone forklarer videre: - Før jeg vejleder, gennemgår jeg de kostnotater og den dagbog, brugeren har ført, og jeg vurderer, om kostplanen efterleveres. Ved hver vejledning kommenterer jeg vægten, og jeg roser og motiverer for at fastholde de sunde vaner. Det er vigtigt at uddrage noget konkret fra registreringen i vejledningen, så brugeren oplever, at vejledningen nøje er målrettet hende/ham. Desuden vedhæfter jeg opskrifter, der er udarbejdet af SD. Opbygningen i denne form for vejledning ligger tæt op af den måde, jeg har vejledt på i sygehusregi.

Fantastisk fleksibelt job

Lone Severinsen arbejder tre dage om ugen på Ebeltoft Kurcenter, og et arbejde i "den virkelige verden" kombineret med hjemmearbejdet er perfekt for en familie med tre børn, synes hun. - Det bedste er helt klart fleksibiliteten! Jeg kan vejlede, lige når det passer mig. Jeg har tre dage til at få vejledt en bruger, men hvornår i løbet af de 72 timer, jeg gør det, er ligegyldigt. Ét år, hvor jeg ikke havde et andet arbejde ved siden af, tog jeg den bærbare med på camping, og jeg vejledte, når mine børn sov. Det blev en god, lang sommer! Det værste er, at man aldrig har fri. Lidt et paradoks - fleksibiliteten i at kunne arbejde til enhver tid gør, at man aldrig har fri, erkender Lone. Eller som hun siger:



"Velkommen til arbejdspladsen, der tager din fritid". - De fleste har jo et arbejde ved siden af, så det er klart, at når man oven i det får arbejde på SD, ryger fritiden. Man glemmer i sin prioritering, at det tager tid at arbejde på SD nøjagtigt som andre jobs. Jeg har som regel to hverdage om ugen, hvor jeg nemt kommer til at tænke på mig selv som "hjemmegående", og derfor melder mig til at hjælpe med en skoleudflugt eller deltager på et kursus, og så sidder man jo med sine SD-vejledninger i weekenden i stedet for at holde fri med familien.

Pernille Brøndum, der ved siden af SD driver sit firma Vanebryderen, fremhæver det ideelle i at kombinere to beskæftigelser. - Ligegyldigt hvor i landet jeg er, holder foredrag eller underviser eller vejleder i en virksomhed, kan jeg i de mellemliggende perioder udnytte tiden og vejlede på SD, så længe der blot er en internetforbindelse. Det vigtige er, at kunden får den ydelse, hun har betalt for - det holder jeg mig for øje som vejleder, og jeg er meget tilpas med at kunne arbejde, når det passer med mine andre aktiviteter. Jeg glæder mig altid til at lukke op og læse, hvordan det går hos kunden. Og for kunderne må det være ideelt at kunne efterspørge vejledning eller chatte med hinanden 24 timer i døgnet. Er jeg midt i et svar til en kunde og bliver afbrudt af noget

andet, generer det ikke kunden. Det giver også en dejlig ro, at jeg har tid til at reflektere over, hvilket svar jeg vil give kunden.

Online-vejledning rummer for mig at se mange fordele for både bruger og vejleder.

Tastaturarbejde og multitasking

Pernille Brøndum reflekterer over sin arbejdsrytme og faldgruberne ved så meget PC-arbejde. - Når jeg sidder ved tastaturet, kan jeg hurtigt blive så opslugt af arbejdet, at jeg glemmer at holde pauser, og man kan jo altid lige vejlede én mere! Men jeg kan mærke, at det er vigtigt at holde pauser, når man skal vejlede mange mennesker, så jeg prøver at dele arbejdet op og være opmærksom på at få nogle mellemmåltider, mens jeg vejleder. Jeg føler mig nok lidt mere troværdig og autentisk, når jeg gør, som jeg prædiker, så jeg sætter ofte min mobiltelefon til at ringe, når jeg skal holde pause, og det fungerer faktisk ret fint.

Både Lone og Pernille fremhæver, at har de en kunde, der kræver et længere eller et komplekst svar, kan det være en god idé at rejse sig og tænke over svarmulighederne, mens vasketøjet hænges op. Lone supplerer: - Jeg multitasker en del – det er det fede ved hjemme-arbejdet. Men jeg husker ikke altid pauserne eller at sidde korrekt ved PC'en, så den del burde jeg nok prioritere lidt højere.

Åbenhed fra den anonyme bruger

Pernille fremhæver sin glæde ved at arbejde på SD således: - Det er en ny måde at vejlede på, et meget udviklende diætistjob, synes jeg, fordi man ved at formulere sig skriftligt skal tænke endnu mere over, hvordan man får afleveret sin vejledning. Man skal have en fintfølelse fornemmelse for, hvem modtageren er, og det kan værre en større udfordring, når man ikke kan se vedkommende. Vejledningen skal være meget præcis og leveres med en venlig og imødekommende undertone.

Jeg observerer normalt meget i kraft af menneskers kropssprog, men her må jeg fornemme alt det mellem linierne på en anden måde.

Lone Severinsen er også meget bevidst om begrænsningerne og

styrkerne ved online-vejledning. – Alle vejledes under et anonymt kaldenavn, så ingen kender i realiteten hinanden, selvom mange synes, de gør det. Slankedoktoren kan for mange føles familiær, oplever jeg. Følelsen opstår i kraft af den sympati, de møder i dialogen med eller opmuntrende ord fra holdkammerater og andre på sitet, der ved, hvad de snakker om, når det gælder væggtabsproblemer. Når man ikke sidder face to face med sin diætist, er man måske mere tilbøjelig til at åbne sig og fortælle om det, der ikke går godt. Med opmuntrende ord formår jeg ofte at få dem til at nedfælde noget, hvis de i en periode har været noget passive og ikke har noteret i deres dagbøger.

Skriftlig betænkningstid

Det kan være en fordel at få lov til at formulere sig skriftligt, for her bliver man ikke afbrudt, og der er tid for begge parter til at reflektere over det skrevne, inden det sendes afsted. Brugerne har gavn af at skulle nedfælde tanker og handlinger, mener de to diætister; det hjælper den enkelte med at få en realistisk fornemmelse af sit madforbrug og til at sætte ord på de problematikker, man har omkring sit væggtab. Det øger fokus på de faktiske problemer og bedrer compliance. - De brugere, der skriver rigtigt meget på deres sider, er som regel også rigtigt gode til at åbne sig og skrive om noget, de måske aldrig ville have fortalt mig som diætist på et sygehus. Det kan være om deres trøstespisning, en ydmygende situation som overvægtig, problemer fra deres fortid/nutid eller andet med stor betydning for deres overvægt og kampen for at komme de overflødige kilo til livs. Derfor kan jeg godt lide anonymiteten, der gør, at brugeren giver lidt mere af sig selv, end de måske ville gøre i vejledninger i "det virkelige liv".

Begge diætister svarer klokkeklart ja til, at de synes, de kan vejlede tilfredsstillende online. - Specielt når kunderne er aktive, bliver vejledningen rigtig god, siger Pernille. At hjælpe og støtte andre til en sundere levevis, så de får det bedre fysisk og psykisk, er helt sikkert min største glæde som diætist, og det kan jeg lige så godt gøre bag en skærm. Det er en stor tilfredsstillelse at få lov at medvirke til at give en bruger troen på, at hun kan ændre vaner, se



Lone Severinsen

Ansæt som klinisk diætist på SlankeDoktor (SD) i 3 år. Arbejder foruden med den skriftlige vejledning af kunderne som repræsentant for diætisterne fra Region Nord- og Midtjylland i SD's koordineringsudvalg. Arbejder derudover

tre dage om ugen på Ebeltoft Kurcenter.



Pernille Brøndum

Har arbejdet som klinisk diætist på SD i fire år med støtte til hundredvis af brugere i deres kamp for kostomlægning og væggtab. Driver desuden www.vanebryderen.dk. Bookes her især af virksomheder til foredrag om kost og ernæring, undervisningsseancer og individuel vejledning af virksomhedens personale.

mulighederne og glæderne i stedet for at fokusere på begrænsningerne, som der ellers kan findes nok af lige meget hvilken diæt, man skal følge. De kunder, der ikke skriver ret meget, er svære at vejlede personligt, så i de tilfælde bliver det ofte standardvejledninger. Dem ville jeg også tabe i et face to face-vejledningsforløb.

Langsom men præcis kommunikation

Vi ved alle, at kropssprog og øjenkontakt er vigtigt i dialogen med vore patienter. – Her kan man ikke vide sig sikker på, at brugeren har forstået det, du skriver, på den måde du ønsker det. Kommunikationen går langsommere, fordi du ikke kan spørge din kunde og få et svar med det samme. Derfor øves du i at være præcis i den måde, du vejleder og stiller dine spørgsmål på. Det er vigtigt, at du kan motivere skriftligt, og at kunden føler, at der er kontakt på den anden side af skærmen; at de kan mærke, at du er der, forklarer Pernille Brøndum. Hun siger videre: - Du skal skabe tillid og give brugeren lyst til at svare dig, for du er meget afhængig af, at de skriver tilbage. Jo mere jeg lærer deres vaner og deres ressourcer eller mangel på samme at kende, jo bedre kan jeg vejlede dem. Jeg kan finde på at provokere mine kunder, men jeg gør det med en undertone af humor og nænsomhed. På den måde kan jeg ofte motivere nogle af dem, som er gået i stå, til at komme i gang igen. Selvom kommunikationen foregår på skrift udtrykker jeg mig gerne på en afslappet og dagligdags måde. Jeg bruger fx smileys og små positive tilkendegivelser som super, flot, godt og dejligt! SD arbejder i øvrigt hele tiden på at udvikle tastaturets muligheder, så snart kan vi sikkert sende en lyd med også!

Lone nikker samstemmende. - Styrken ved den skriftlige vejledning er også, at modtageren kan finde den frem igen og igen - i stedet for det, der kun er leveret mundtligt – og måske glemt. Som vejleder har jeg som regel gode notater fra de forgangne vejledninger at læne mig op ad og kan hente dem frem igen og sikre, at vi holder fokus på det rette. Som vejleder kan jeg jo også tænke lidt over mit svar og vende tilbage til brugeren, når jeg har et svar parat.

Et godt kollegialt netværk

Begge udtrykker, at de synes, de har søde, hjælpsomme og opmærksomme kolleger og et godt kollegialt netværk. - Dels har vi to årlige erfa-møder i regionerne og derudover de store personale-møder, som også afholdes to gange årligt. I det daglige har vi vores eget debatforum, hvor man kan sparre med hinanden og stille hinanden de spørgsmål, man normalt ville stille i frokostpausen til sine kolleger. Det kan være spørgsmål, man får fra brugere, man ikke lige umiddelbart kan svare på. Forleden spurgte en bruger til fedtsyrefordelingen i hvalspæk, det spørgsmål bragte jeg på banen i debatten – og straks fik jeg svar fra én af mine 80 diætist-kollegaer, der lige kunne dét. Jeg har også arbejdet på et sygehus, og her har man jo heller ikke altid sine diætistkolleger omkring sig, eftersom man arbejder alene på sit kontor og farer af sted ud i afdelingerne, erindrer Lone Severinsen. Pernille supplerer: - Jeg føler mig som en del af en gruppe. Vi er meget opmærksomme på at støtte hinanden, og desuden får vi super god opbakning fra vores chef Lisa med mails fra hende flere gange om ugen, måske med en idé til nyt emne til vejledning eller anvendelse af en genvejstast, som kan spare én for unødigt tid i vejledningssituationen. Lone Severinsen udtrykker sin glæde ved at arbejde på SD således: - Arbejdsglæden er der, når man fornemmer, at brugeren i den grad har formået at integrere de sunde vaner – og har det godt med det! Præcis som man finder den ved ethvert andet arbejde som diætist, fx på et sygehus.

annerav@gmail.com

Den bedste arbejdsstilling... er den næste!

Gode råd om hvad du selv kan gøre for at forebygge smerter i bevægeapparatet.

Caroline Henriksen



Problemer med nakke, skuldre, arme, hovedpine og ondt i ryggen er noget de fleste skærmarbejdere kender til. Vi sidder i dag længere tid ved skærmen, både på jobbet og hjemme, og selvom vi har det sidste nye ergonomiske og veludviklede kontorinventar får stadig flere

ondt i bevægeapparatet efter en lang dag på jobbet. Læs her en kort gennemgang af de mest grundlæggende forhold for at minimere ømhed i bevægeapparatet og risiko for overbelastningsskader ved skærmarbejde.

På skærmarbejdspladsen vil de fleste opståede lidelser i bevægeapparatet skyldes overbelastninger som følge af længere tids uhenigtsmæssige arbejdsvaner, fx arbejdsstilling, ensidigt gentaget arbejde (EGA) eller uhenigtsmæssig indretning af arbejdslokalet.

De typiske lidelser for skærmarbejderen er:

- Hovedpine
- Muskelspændinger i nakke/skulderåg
- Musearm/tennisalbue
- Seneskedehindebetændelse i underarm/håndled
- Ondt i skulderregionen
- Lændesmerter

Ergonomi er sammensat af de to græske ord ergon (arbejde) og nomia (tildele) som sammensat betyder arbejdsindretning. Ordet bruges i dag om indretning af den personlige arbejdsplads, indretning af fællesmiljøet i virksomheden samt organisering af arbejdet. Ergonomi handler om interaktion mellem menneske, miljø og arbejde. Hvis der ikke er balance, opstår problemerne.

Der findes ikke nogen "korrekt" siddestilling eller indstilling af bord og stol. Som overskriften antyder, er den bedste arbejdsstilling – den næste. Det handler om at variere sine stillinger hele tiden: Skift mellem stående og siddende arbejde, variér dine opgaver så arbejdet ikke bliver EGA, gå små ture ind imellem (til toilet, printer, efter vand osv.), lav udstrækningsøvelser, sørg for at være i god form (det gør dit udgangspunkt bedre, så arbejdet belaster kroppen mindre) og indret arbejdspladsen mest hensigtsmæssigt.

En hensigtsmæssig indretning af den individuelle skærmarbejdsplads:

- Placér skærmen vinkelret på primærlyskilden (vinduet) – dette nedsætter risikoen for reflekser i skærm samt modlys, og forebygger på den måde hovedpine og trætte øjne. Skærmhøjden skal være sådan, at når du sidder med ret ryg og øjnene kigger ligeud, skal synet flugte overkanten på skærmen. På den måde vil du kigge skråt nedad, hvilket forebygger nakkespændinger og anstrengte øjne.
- Mus og tastatur skal være foran kroppen, og helst indenfor "albluebreds" afstand, således at udadrotation i skulderleddet



minimeres. Der findes et utal af mus og tastaturer – prøv dem af inden du investerer i dem.

- Stolens indstilling: Kend din stol, tryk på alle knapper og håndtag og gør det tit! Din siddehøjde skal være, så du har god gulvkontakt med begge fødder og ikke behøver en skammel for at nå. En skammel er kun for variation. Sædedybden skal indstilles, så der er en knytnæves afstand fra stolens forkant til knæhasen. Ryglænet skal støtte i lænden og ikke i ryggen, og skuldrebladene bør være fri fra ryglænets overkant for at sikre fri bevægelighed for armene. Er der vippefunktion i sædet, bør det låses ved arbejde og løsnes i pauserne. Denne guideline giver ikke samme siddestilling hver dag, da det jo ikke er ligegyldigt for stolehøjden, om man har høje eller lave hæle på.
- Bordets højde skal være, så man kan hvile underarmene på bordet, mens skuldrene er afslappede, ellers risikerer man myoser i nakke/skuldre, musearm og ondt i arm og overhåndled. Det er nemt at indstille med et hæve-/sænkebord. Har man et fast bord, kan man klodse det op i passende højde (ofte mellem 60 og 75 cm). Der bør være plads på bordet, således at hele underarmen kan hvile samtidig med, at der er plads til både tastatur og mus foran skærmen.

Det var en hurtig gennemgang af de mest grundlæggende forhold for at minimere ømhed i bevægeapparatet og risiko for overbelastningsskader ved skærmarbejde.

Har du fået smerter eller føler dig overbelastet, bør du ikke se tiden an, men søge læge/fysioterapeut og få den dårlige arbejdsstilling rettet straks så en kronisk tilstand måske kan undgås.

caw_berg@hotmail.com



Læs mere:

1. Arbejdstilsynets hjemmeside: www.at.dk (Her findes fx vejledninger og love om arbejdsmiljø).
2. Danneskiold-Samsøe et al. Klinisk reumatologi: for ergoterapeuter og fysioterapeuter, København, Munksgaard Danmark. (2002).
3. Danske Fysioterapeuters hjemmeside: www.fysio.dk (Brochurer med bl.a. strækøvelser).
4. Sjøgaard, Gisela (red.). Arbejdsfysiologi, bd. 1 & 2, København, Arbejdsmiljøinstituttet. (1995).

Mobiltelefoni og internet mod unges overvægt

Nyt pilotprojekt skal vise om vægttab og sundere livsstil slår bedre igennem hos unge, hvis man tager deres egne medier i brug.

20 svært overvægtige århusianske unge mellem 11 og 16 år er siden november 2007 blevet udstyret med en mobiltelefon, en adgangskode til en hjemmeside og en personlig kontakt til en diætist. Formålet er at afprøve, om man ved at kombinere personlig vejledning med nye kommunikationsformer som mobilteknologi og internettet kan motivere de unge til at udvikle sundere kost- og motionsvaner.

Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Århus Kommune, Praksisdiætistordningen i Region Midtjyllands Center for Folkesundhed og Mobile Fitness A/S. Indtil videre er tilsvarende projekter startet i 13 andre kommuner.

Mobile Fitness konceptet

Mobile Fitness konceptet har fokus på både fysisk aktivitet og kost. De unge får i seks måneder udleveret en mobiltelefon, hvor der er installeret et kost- og motionsprogram. Her kan de dagligt indtaste deres kost og fysiske aktivitet, og dermed let følge med i hvor meget energi, de indtager og hvor meget, de forbruger.

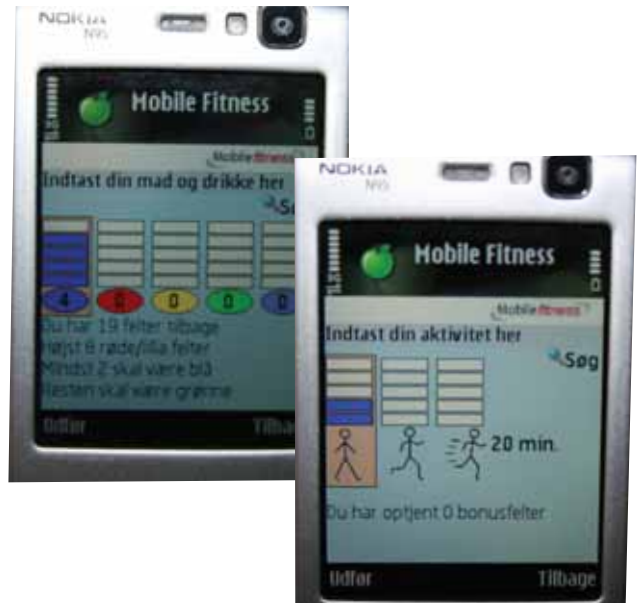
Om Mobile Fitness

Mobile Fitness A/S er stiftet i 2005 og er ejet af Institut for Human Ernæring på Det Biovidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, CAT Innovation og private initiativtagere.

Målet er at udvikle et videnskabeligt dokumenteret værktøj, der ved brug af mobilteknologi og internet hjælper personer med at opnå og fastholde livsstilsændringer. Mobile Fitness er endnu i testfasen, og landet over køres pilotprojekter i en række kommuner. Det primære fokus er indsatsen mod fedme og overvægt blandt unge. De første resultater ventes i maj 2008.

Læs om Mobile Fitness på: www.mobilefitness.dk eller kontakt Annette Vedelspang, chefdiætist og projektleder, Mobile Fitness A/S, tlf. 33 16 06 53.

Læs om det lokale Århus projekt på: www.folkesundhed-midt.dk eller kontakt klinisk diætist Eva Myrup, tlf. 24 64 69 54.



De unge får løbende tilsendt elektroniske beskeder, f.eks. programbeskeder, SMS'er eller mails, der kan motivere dem til at forfølge de mål, de hver især har fastlagt.

Programmet kan benyttes dels via mobiltelefonen og dels via en personlig profil på en lukket hjemmeside. I programmet kan de unge følge deres egen udvikling. På hjemmesiden kan de desuden finde opskrifter, chatte med andre unge, teste viden om sundhed og livsstil med mere. Idéen er at integrere indsatsen for at ændre livsstil i den unges dagligdag, dér hvor den usunde livsstil opstår, og dér hvor de nye sunde vaner skal skabes og fastholdes.

Hver deltager får desuden vejledning af en personlig diætist i form af månedlige vejledningsmøder suppleret med løbende feed-back via elektroniske beskeder.

Diætistens værktøj

Via et supportprogram kan diætisten på sin computerskærm følge med i, hvad den unge taster ind på mobiltelefonen.

- Det giver en værdifuld indsigt i den unges kost- og motionsvaner, som kan bruges konstruktivt i vejledningen. Samtidig er det motiverende for de unge at få målt og synliggjort, hvad de spiser og hvor meget de motionerer, fortæller Eva Myrup, diætist i Center

for Folkesundhed og tovholder på rådgivningen til de unge i Århus. Hun tilføjer:

- Den lette adgang til hyppig kontakt med de unge, hvor vi med elektroniske beskeder kan motivere og udfordre dem til f.eks. at hoppe af bussen et stoppested tidligere, kan opmuntre dem til at arbejde med deres egne mål og bidrage til at fastholde dem i behandlingen.

Klædt på med mobilen

Undersøgelser viser, at 70% af de overvægtige unge forbliver overvægtige resten af livet. Derfor er det vigtigt at gribe ind tidligt i livet, hvor vaner og uvaner grundlægges. Men ifølge Eva Myrup oplever diætisterne, at netop de unge ofte dropper ud af traditionelle behandlingsforløb.

- Derfor vil vi gerne være med til at afprøve og udvikle nye metoder, som måske appellerer mere til de unge. Mobiltelefonen er en ny kommunikationsvej for diætisten, men det betyder meget, at teknikken taler til de unge. Og mobiltelefonen er jo nærmest en del af de unges påklædning i dag, siger Eva Myrup.

Lokal forankring i Århus

Projektet i Århus adskiller sig fra de øvrige projekter, idet Århus Kommune har valgt at indgå samarbejde med Region Midtjyllands praksisdiætister, frem for at bruge den diætist, som er tilknyttet Mobile Fitness. Desuden foregår den månedlige vejledning altid ansigt til ansigt.

I Århus kommune er deltagerne rekrutteret fra den gruppe af unge, der normalt henvises til Praksisdiætistordning i Region Midtjylland via børn- og ungelægeordningen. Projektdeltagerne

ligger derfor i den tunge ende i forhold til deltagerne i de øvrige projekter.

De unge har taget godt imod det nye tilbud. - De synes, at metoden lyder spændende og vil gerne være med, fortæller Eva Myrup, som har positive forventninger til Mobile Fitness, men understreger at metoden endnu er i en udviklingsfase:

- Der er stadig nogle tekniske udfordringer. Desuden afprøver vi her i Århus, hvordan Mobile Fitness kan forankres lokalt, så vi bedst muligt kan udnytte eksisterende tilbud om motion og sundhed i kommunen.

Om feltsystemet

Mobile Fitness er udviklet i samarbejde med ledende ernæringsforskere og kliniske diætister. Programmet anvender kostvejledningssystemet "Spis for livet", som er et anerkendt og hyppigt benyttet vejledningssystem.

Det grundlæggende princip i "Spis for livet" er "felter". Felter er isoenergetiske farvede enheder, hvor antallet koder for kostens indhold af energi og farverne for makronæringsstofkomposition. I Mobile Fitness er felter desuden en energienhed for energiforbrug ved fysisk aktivitet. Ved hjælp af en individuel plan for felterne tilstræbes en lavenergiholdig kost. Desuden anbefales en rammeplan for felternes farver dvs. kostens makronæringsstofkomposition. I princippet anbefales en kost med lavt indhold af fedt, alkohol og sukker.

De farvede felter er et enkelt redskab til at indrapportere kost og motion og til at afkode komplekse ernæringsbudskaber efter.

Projektdeltagere fortæller

Tanja, 14 år

- Jeg synes, det virker godt. Det er ikke svært at finde ud af, hvordan man skal taste sin mad ind i de farvede felter. Jeg får kodet maden ind næsten hver dag, men det jeg følger mest med i er, hvor meget jeg har tabt mig. Og så tjekker jeg beskederne.

- Jeg har før prøvet at tabe mig, men taget det på igen. Denne gang tror jeg, det hjælper. Jeg har allerede tabt mange kilo. Slikket er det sværeste. Men snakken med diætisten Eva hjælper meget, fordi vi taler konkret om, hvad jeg kan gøre, når jeg f.eks. er til fødselsdag. Og så hjælper det, at jeg kan se på de farvede felter, hvor meget jeg må spise hver dag.

Ida, 16 år

- Jeg håber at tabe ca. 8 kilo. Jeg har ikke rigtig tabt mig endnu, men lært noget om felter. Jeg blev f.eks. overrasket over, at yoghurt er meget gult og rødt. Der fandt jeg pludselig ud af, at det ikke er så sundt. På den måde viser madvarerne deres sande ansigt.

- Jeg har før prøvet at tabe mig, mange gange. Det gik fint i det korte løb, men jeg tog på igen. Derfor vil jeg gerne se, om det her virker. Jeg er ikke den store mobilfreak. Det er ikke det. Det er mere det at have kontakt til én, der kan holde én i ørerne. Det er f.eks. motiverende at få en SMS, når jeg har været til svømning. Men der er nogle tekniske ting, der ikke har fungeret, jeg savner f.eks. at kunne svare tilbage.

EPJ vil hjælpe med at få fokus og handling på korrekt ernæring til alvorligt syge

Kliniske diætister har mulighed for at blive endnu mere professionelle i behandlingen af patienterne på de sygehuse, der har implementeret Systematics Elektroniske Patientjournalssystem.

– Syge menneskers ernæringstilstand og det udbredte problem med underernæring på hospitalerne har fået større bevågenhed. Det skyldes dels, at der er tale om en stor patientgruppe, dels at rigtigt mange af disse patienter ikke får dækket deres ernæringsbehov under indlæggelsen. For at vi som diætister også fremover kan varetage ernæringsproblemer professionelt, må vores arbejds-gange i højere grad understøttes af IT.

Dén udtalelse kommer fra klinisk diætist Anne W. Ravn fra Thoraxkirurgisk Afdeling T og Infektionsmedicinsk Afdeling Q på Århus Universitetshospital Skejby.

Hun mener, at varetagelsen af patienters ernæringsproblemer kan gøres mere professionelt i form af en bedre tværfaglig indsats – og øget brug af IT.

– Faktum er, at ca. 30% af patienterne på danske sygehuse skønnes at være underernærede. En målrettet ernæringsbehandling vil betyde færre genindlæggelser, lavere antibiotikaforbrug, ca. 20% kortere indlæggelsestid og lavere sengedagsomkostninger. Derfor er det for patienten af afgørende betydning for sygdomsforløbet, at behandlingen også indbefatter ernæringsbehandling. Det vil reducere mer-forekomsten af komplikationer blandt underernærede med 50-100%. Samfundet bruger enorme summer på operationer, indlæggelser, forkortelse af ventelister, medicin og plejepersonale, og i det store regnestykke koster det 'peanuts' at sikre syge den rigtige ernæring, fastslår Anne W. Ravn.

Stor gavn af EPJ

Anne W. Ravn mener, at ernæringsområdet vil kunne få stor gavn af at blive en integreret del af Elektronisk Patientjournal (EPJ) – til udfærdigelse af behandlingsplan med valg af kostform, plan for monitorering af kostindtag og vægtudvikling og evaluering af monitorering og justering af behandlingsplanen. Hun henviser til, at ernæringsområdet på forhånd er tænkt ind i Systematics EPJ-system Columna, som er i drift på Skejby Sygehus, Århus



Ledende overlæge Lars Østergaard og klinisk diætist Anne W. Ravn, begge Infektionsmedicinsk afdeling, Århus Universitetshospital Skejby, drøfter de nye IT-løsningers muligheder og begrænsninger.

Foto: John Kristensen, Informationsafdelingen, Århus Universitetshospital Skejby

Sygehus, Randers Sygehus, Silkeborg Sygehus og Psykiatrisk Hospital i Risskov.

I et nyudviklet modul til Columna er udredning og behandling af ernæring således en fuldt integreret del, forklarer Senior Clinical Advisor Pia Wichmann Madsen fra IT-virksomheden Systematic A/S. Hun har selv en baggrund som sygeplejerske i sygehussektoren.

– Vores nye modul 'Klinisk proces' er bl.a. forberedt til, at der lægges standard-kostplaner ind, som diætister hurtigt kan tilrette og dermed lave individuelle kostplaner til individuelle patienter. Der er også skemaer til registrering af bl.a. patienters vægt og indtag af mad og væske, og der er modeller til udregning af BMI. Vores EPJ giver altså mulighed for at gøre ernæringsområdet til et mere prioriteret område også i lægernes arbejde. Der er desuden i vores nye EPJ-modul mulighed for at lave statistikker og overskuelig grafik i form af kurver, så man f.eks. kan følge udviklingen ud fra indtastede data, eksempelvis vægt, screeningsscore og kostregistreringsdata. Der er også plads til administrative registreringer

fra bl.a. diætister. Og systemet er gjort meget brugervenligt, så man ikke behøver at være en 'haj' til IT for at arbejde i EPJ, fortæller Pia Wichmann Madsen.

Hun understreger, at hele Systematics EPJ-system er designet til at være tværfagligt og målrettet alle kliniske specialer og dermed er relevant for alle afdelinger og faggrupper.

IT giver bedre behandling

Anne W. Ravn har haft lejlighed til at kigge på det nye modul fra Systematic.

– Modulet ser professionelt og tillukkende ud og vil kunne give fordele i det daglige arbejde – til gavn for bl.a. diætister og patienter. Det ville spare tid at slippe for dobbeltregistrering og at lede efter data i forskellige håndskrevne papirer, og i stedet få alt lagt ind på IT. Samtidig vil det give patienterne en bedre og mere sammenhængende behandling. Og det vil give personalet mere effektive arbejdsrutiner og give et bedre overblik over den enkelte patients ernæringsstatus.

Anne W. Ravns vision er på længere sigt, at diætister også udstyres med en bærbar computer. Hun mener nemlig, at den optimale løsning er, når diætisten kan sidde ved patientens sengekant og undervejs i kommunikationen kan udføre registreringen elektronisk. Den fremgangsmåde vil spare tid på kontoret. Samtidig kan man vise patienten relevante skærbilleder og tilrette standardvejledningsmateriale.

Info om Systematic

Systematic Software Engineering A/S er en international virksomhed med hovedsæde i Århus, kontor i København og datterselskaber i England og USA. Selskabet er Danmarks største privatejede softwarehus. Der er ca. 440 medarbejdere.

Info om Systematics EPJ-system, kaldet Columna

Columna er en komplet EPJ-løsning bestående af fem moduler, som understøtter tværfagligt samarbejde på tværs af alle faggrupper, afdelinger og specialer. Løsningen er afprøvet på fem sygehuse i det gamle Århus Amt gennem de seneste fem år.

Columna skal bidrage til at højne patientsikkerheden og er udviklet i samarbejde mellem Systematic og sundhedsfagligt personale fra 'den virkelige verden'.

Columna er udviklet med fokus på at kunne integrere andre IT-systemer, så sygehusafdelingerne kan bevare deres eksisterende IT-systemer.



Investering tjener sig hjem

– Både EPJ og bærbare computere vil være relevante arbejdsværktøjer for mig som diætist, når jeg flyver rundt mellem patienter på mange forskellige afsnit, og investeringen vil tjene sig selv hjem igen i form af bl.a. færre indlæggelsesdage, når ernæring prioriteres lige så højt som f.eks. smertebehandling og behandling af forhøjet blodtryk. Forebyggelses- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har de senere år prioriteret indsatsen for bedre mad til syge og udstukket vejledning til, hvordan ernæringstruede patienter identificeres og behandles, så nu glæder jeg mig til, at politikere og andre beslutningstagere indser, at vi må have værktøjer til at gøre det lige så godt, som viden og dokumentation på området foreskriver, at vi bør, siger Anne W. Ravn.

Hun ser mange perspektiver i det at anvende mere IT. Eksempelvis et mere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Anne W. Ravn mener f.eks., det vil være til fordel for patienterne, hvis f.eks. en diætist på Skejby Sygehus før udskrivelse kan lægge en kostplan, vægtudviklingskurve, plan for kombineret sondeer-næring og oralt indtag eller andre forslag til opfølgning ind i EPJ til brug for patientens videre behandling på et mindre sygehus eller i eget hjem under den privatpraktiserende læges opsyn.

– For at undgå fejl- eller underernæring er det uhyre vigtigt at sikre den enkelte alvorligt syge patient en kontinuerlig behandling. Og for at vi som behandlere kan gøre det bedre og bedre, må vi lave kvalitetsvurdering af både struktur, proces og resultat af indsatsen. Her kunne vi med fordel anvende alle de muligheder som IT-data og -værktøjer rummer,” foreslår Anne W. Ravn.

Mails og sms'er til patienter

– Jeg kunne også ønske mig, at vi diætister får mulighed for at kommunikere direkte med patienterne i eget hjem – f.eks. over mail og mobiltelefon, hvis det kan løses i forhold til datasikkerhed. Så kunne vi f.eks. sikre os, at patienterne husker at få deres vigtige mellemmåltider og følge vægtudviklingen. Jeg håber, vi snart får lov at udnytte de mange IT-muligheder, der allerede findes i dag. Udgangspunktet skal hele tiden være den bedste behandling af vore kunder - patienterne.

Anne W. Ravn understreger, at hun i sit job som klinisk diætist på Århus Universitetshospital Skejby har gode erfaringer med, at det kan betale sig at presse på for at få ernæring højt på prioriterings-listen.

– I dag har den ledende overlæge på Infektionsmedicinsk afdeling, Lars Østergaard, meget respekt for betydningen af ernæring, og han og hans lægegruppe arbejder tæt sammen med plejepersonalet og mig som diætist om at sikre vore patienter energi og protein nok. Vi har desuden haft ernæring som fælles fokusområde i januar, og det gav skub i efterspørgslen fra alle faggrupper på et godt overblik over ernæringsdata på vore patienter. Derfor glæder vi os også til at få implementeret modulet 'Klinisk proces', hvor kost og ernæring figurerer, så vi kan blive bedre til at prioritere en kontinuerlig, tværfaglig og målrettet ernæringsindsats, siger Anne W. Ravn.

Hvilke fordele giver EPJ diætister?

- Overblik over den enkelte patients sygdom og situation
- Overblik over den enkelte patients baggrund
- Overblik over den aktuelle behandling
- Mulighed for at udarbejde en plan for ernæringsindsatsen og synliggøre den på tværs af faggrupperne
- Mulighed for at registrere data om bl.a. vægt, BMI, kost og væske
- Overblik over data ved hjælp af kurver
- Opgaveliste over, hvilke patienter der er bestilt diætistsamtale til
- Adgang til at foretage administrative registreringer
- Mulighed for at trække data ud af EPJ til forskning
- Mulighed for at sende data fra EPJ ind til centrale myndigheder
- Direkte kommunikation med andre IT-systemer hos bl.a. laboratorier, andre sygehuse og privatpraktiserende diætister og læger

Test af kostberegningsprogrammer

Kostberegningsprogrammer er et af de it-værktøjer, som flere diætister bruger i deres hverdag. Men hvilke programmer findes egentlig? Og hvad er forskellen på programmerne?

Marie Feldskov Hansen



I december 2007 sendte FaKD en mail til alle medlemmer for at undersøge, hvilke kostberegningsprogrammer der bliver brugt rundt om i landet. Ca. 55 medlemmer meldte tilbage og fortalte, hvad de bruger. Nogle skrev også lidt om deres tilfredshed med programmerne.

Tilbagemeldingen viste, at der i hospitalsregi især bliver brugt Master Diætist System og

Dankost 2000/3000. Nogle steder bruges Excel-ark til kostregistrering/beregning hos de indlagte patienter. Og et enkelt sted foregår det på den "gammeldags facon".

I primær sektor, private praksis og andre instanser bruges flere forskellige kostberegningsprogrammer. Udover Master Cater og Dankost bruges især Winfood 3.0, som er det tidligere Ankerhus kostberegningsprogram.

Jeg besluttede mig for at teste de mest brugte kostberegningsprogrammer, som var Master Diætist System, Dankost og Winfood 3.0. Men herudover blev der også nævnt andre spændende programmer som fx Dietist XP, Aivo2000 – Diet32, GIES (General Intake Estimation System), PC Data og Food4me.

Master Diætist System

Programmet har ikke det mest brugervenlige udseende, men er nemt at indtaste data i. Man skal dog lige vide, at man opretter en

ny kostberegning ved at trykke "insert". Hvert måltid har sit eget faneblad, og på den måde kan dagskosten beregnes samlet eller med hvert måltid for sig. Man kan også vælge at taste det hele under et faneblad, hvis ikke måltidsfordelingen er relevant. Programmet medtager alle data fra Dansk Fødevarerforskning (DFVF) i forhold til beregningen af næringsstoffer. Beregningerne kan sammenlignes med NNR 2004. Beregningerne kan ikke ses under indtastningen, men ses ved at klikke på knappen "bereg". Det er muligt at printe lister både i forhold til ingredienser og samlet næringsstofberegning, men også for de enkelte måltider. Et minus ved Master Diætist System er, at data ikke kan kopieres til andre programmer. Dette kunne være en god finesse, når der skal udleveres kostplaner til patienter.

Dankost 3000

Dankost 3000 er et Windowsprogram og ser rent designmæssigt pænt ud. Visuelt ligner det meget andre Windowsprogrammer, men er knapt så brugervenligt som forventet. Man kan let indtaste data, og beregningerne sker løbende. Hvis måltidsfordelingen skal vurderes, skal de enkelte måltider indtastes og gemmes hver for sig, inden de indsættes i en samlet beregning. Dette virker en smule besværligt. Mængderne kan angives i gram eller kg, og beregningerne kan sammenlignes med NNR 2004. Beregningerne regnes løbende sammen og kan ses i skærmbilledet. Der kan printes lister i forhold til ingredienser og samlet næringsstofberegning.

Anvendte kostberegningsprogrammer i regionerne

Master Diætist System	Region Nordjylland
Master Diætist System	Region Midtjylland
Dankost	
Aivo2000 – Diet 32	
Master Diætist System	Region Syddanmark
Dankost	
Master Diætist System	Region Sjælland
Dankost	
Master Diætist System	Region Hovedstaden
Dankost	



På hjemmesiden står der, at kostberegningerne kan overføres til fx Word eller Excel, men jeg har endnu ikke fundet ud af, hvordan det gøres i min version af programmet.

Winfood

Designmæssigt virker Winfood, som et ældre program, men det er nemt at håndtere og indtaste data i. Der kan indsættes linjer med overskifter som fx "mandag uge 2", "frokost" mv. Programmet regner løbende sammen i forhold til makronæringsstofferne, som kan ses i toppen af skærbilledet. Hvis man vil se, hvad morgenmaden fx indeholder, markeres linjerne med morgenmadsindholdet, og der trykkes på sum-tasten.

Mængderne kan angives i gram, skiver, stk., kop/glas, dl, liter, spsk og tsk. Der skal vælges mål hver gang, hvilket godt kan give en følelse af, at der skal trykkes på mange taster under beregningen. Der kan printes lister både i forhold til ingredienser og samlet næringsstoffeberegning. Winfood oplyser kun data om makronæringsstoffer (herunder dog også fedtstoftyper, tilsat sukker, kostfibre mv.) samt enkelte vitaminer og mineraler (Ca, Fe, Na, K, vitamin A, C, E, D, B₁ og B₂).

Winfood bruger data fra DFVF, og beregningerne kan sammenlignes med NNR 2004.

Mine kommentarer

Generelt er der ingen af programmerne, der er fantastiske, men de har hver især nogle finesser, som kan tiltale den enkelte bruger. Personligt savner jeg meget et program, som kan overføre data til fx Word på en let måde, så jeg kan opsætte en kostplan, der er letlæselig for mine patienter. Mange af de tilbagemeldinger, som jeg har fået, kommenterer især den manglende brugervenlighed. Fx at det kan være svært at lægge nye produkter ind.

Winfood var for mig en positiv overraskelse, da det var nemt at bruge. Men hvis man vil have data om alle mikronæringsstoffer, er programmet ikke fyldestgørende nok. Dankost har et pænt design, der syner brugervenligt, men jeg har stadig ikke fundet ud af alle funktionerne. Master Cater har en god finesse med at opdele måltiderne, men udskiller sig ellers ikke fra de andre programmer. Hvis man skal have et nyt kostberegningssystem, må man forhøre sig hos kollegaer eller forsøge at teste demoer.

Forhåbentlig sker der fortsat en udvikling med kostberegningssystemerne, så de i fremtiden kan blive optimeret endnu mere. Men det er absolut lige så vigtigt med god undervisning i brugen af programmerne – ellers er de mange funktioner til ingen nytte.

Se mine kommentarer til afprøvningen i skemaet på side 22.

marie@kostvanen.dk

ATMEAL® *småt men godt...*
Energitætte mellemmåltider

Alle vore produkter
kan købes hos Kirudan
på telefon 36 37 91 30
www.kirudan.dk



ATMEAL® Mousser

– som proteinkilder

- Er nye energitætte produkter fra Toft Care Systems
- Gør det nemt at lave et lækkert mellemmåltid/en lækker dessert
- Proteinkilde
- Den færdige mousse indeholder ca. 10 g protein pr. 100 g færdig mousse
- Anvendes direkte fra emballagen
- Vælg mellem citron og chokolade

ATMEAL® Supper

– med højt indhold af protein

- Er nye energitætte produkter fra Toft Care Systems
- Gør det nemt at lave et lækkert mellemmåltid/en lækker forret
- Har et forhøjet indhold af protein
- En kop suppe indeholder ca. 7,5 g protein
- Anvendes direkte fra emballagen
- Vælg mellem asparges, kartoffel/porre og tomat

TOFT
CARE SYSTEMS
Telefon: 70 21 30 33

Fakta

Nævnte kostprogrammer ved rundspørgen blandt FaKD's medlemmer:	Master Diætist System	PC data
	Dankost 2000/3000	Aivo200 – Diet32
	Dietist XP	GIES (General Intake Estimation System)
	Winfood	Food4me

	Master Diætist System	Dankost	Winfood
Hvor hentes data fra?	DFVF Data til alle systemer modtages primært fra Levnedsmiddelstyrelsen, men derudover har vi aftale for forskellige producenter som også levere deres produkt info med i vores system.	DFVF	DFVF
Kan det sammenlignes ift. NNR?	NNR 2004	NNR 2004	NNR 2004
Pris	Prisen på systemerne afhænger naturligvis af, hvilket system der anvendes, om det er en singleversion eller flerbrugerversion, samt hvor mange moduler der skal anvendes, om det er en undervisningslicens, om der i forvejen anvendes andre systemer fra Master Data.	Fra 9995 kr. ekskl. moms	6995 kr Virksomhedslicens (maks. fem brugere) Som privat koster den 995 kr (maks. en bruger)
Tilføjelse af nye produkter	Ja Opdatering kan hentes via nettet.	Ja	Ja Opdatering kan hentes via nettet.
Mulighed for at nemt at vurdere måltidsfordeling?	Ja, i faneblade	Nej (kræver at måltiderne gemmes hver for sig)	Ja
Kan der printes pædagogisk version til patienterne?	Nej, ikke via programmet	Nej, ikke via programmet	Nogenlunde via Excel-ark
Krav til computeren	Hvilke krav der stilles til PC'en er også afhængig af, hvilket system der anvendes. Men det mindste system kræver blot en PC der anvender Windows 98 eller højere og har en minimum skærmopløsning på 800 x 600 Pixel.	Generelt: Teknisk set er Dankost 3000 programmeret i Delphi 5, og der er anvendt den seneste Windowsteknologi. Styresystem: Windows NT 4.0, Windows 2000, Windows XP og Windows Vista. Hukommelseskrav: Minimum 256 Mb - 512 Mb anbefales Processor: CPU'en på arbejdspladserne anbefales at være >= 1.8 Ghz! Ved nyanskaffelse anbefales 2.4 Ghz. Harddisk: Individuelt efter hvilket system der købes, men minimum er 5 GB. Skærm: Programmet kører i standardopløsning 800 x 600 eller højere. 1024 x 768 anbefales. Netværk: Systemet kan leveres som enkeltbruger eller som netværkløsning. Netværkets hastighed og belastning er afgørende for programmets hastighed. Hele netværket skal være minimum 100 Mbit. Server hastighed >= 2.8 Mhz, 100 Mbit netværkskort og 10 Gb fri diskplads. Printere: Hewlett Parcard (HP) eller HP- kompatible tekst printere.	Anbefaler minimumskrav: Min. 1,3 GHz Min. 256 MB Ram Min. 100 MB ledig diskplads på Harddisken Skærmopløsning anbefales: 1024 X 768 eller større Integration til Excel kræver Excel 2000 eller 2002.
Kan programmet kobles op på server, så flere kan bruge de tilføjede data?	Ja	Ja	Ja
Er der andre programmer, som kan bruges sammen med programmet?	Et køkkenmodul, som bruges til produktion. Et screeningsmodul, som bruges til ernæringscreening.	Data skulle kunne overføres til Excel eller Word	Data kan overføres til Excel. Et klientprogram, hvor klient kan indtaste kost- og motionsdagbog og sende til diætisten.
Hvem står bag programmet?	Master Data	Dansk Catering Center A/S (Orla Zinck)	Kosttabelforlaget (Bente Jegstrup, Thomas Grønholt)
Andre gode finesser?		Oversigt over tilsætningsstoffer og deres funktion.	Man kan sende kostplaner til andre, som også har programmet.
Link	www.masterdata.dk	www.dankost.dk	ww.winfood.dk

"Røntgenkost" – et evidensbaseret begreb?

I forbindelse med billeddiagnostiske undersøgelser eksisterer et stort antal meget forskellige instrukser vedrørende kostforhold, herunder fasteperioder og udrensningsprocedurer. Der foreligger ikke videnskabelige undersøgelser af forskellige kostformer i disse situationer. I artiklen foreslås kompromiser, som ikke nødvendigvis er bedre eller mere evidensbaserede end de oprindelige procedurer, der har udviklet sig ved knopskydning over mange år, men meget mindre ressourcekrævende.

Jens Rikardt Andersen



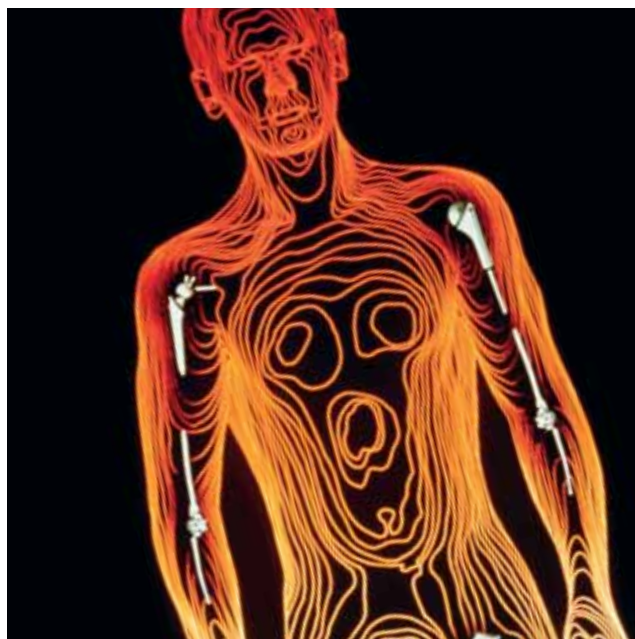
Underernæring/ernæringsrisiko hos sygehuspatienter er blevet et veletableret begreb internationalt (1), overvejende baseret på dansk forskning (2,3). Afhængig af geografi og speciale kan man i gennemsnit forvente, at 1/3 af indlagte sygehuspatienter opfylder kriterierne for underernæring/ernæringsrisiko. Da mere end halvdelen af hospitals-

/nosokomielle infektioner optræder i den underernærede gruppe tilfældigt med en stor del af behandlingskomplikationerne (4), og da det samtidig er dokumenteret også i metaanalyser, at ernæringsterapi kan bedre disse forhold (5), er der god grund til at søge patienternæringen optimeret.

Fastetiderne er blevet et større og større problem for patienternæringen. Patientforløbene effektiviseres, og undersøgelser og behandlinger udføres med så lidt spildtid som muligt, hvilket medfører, at fasteperioderne fylder en meget stor del af den samlede indlæggelsestid. Bl.a. derfor kan ernæringsmålene ikke nås (2).

Flere og flere patientforløb er ambulante, hvilket betyder, at ambulante patienter også i stigende grad kan forventes at være underernærede.

Før billeddiagnostiske undersøgelser findes i Danmark et stort antal, meget forskellige instrukser vedrørende kostforhold, herunder fasteperioder, og udrensningsprocedurer (6). Alt taler for, at det fortsat forholder sig sådan ved forespørgsel på nogle enkelte afdelinger, også i samme region. Det gælder også Rigshospitalet (RH), hvilket



fremgår meget klart af rapport fra december 1998 (7), som påviste store forskelle fra hospital til hospital. Denne arbejdsgruppe fandt ikke evidens eller rimelige begrundelser for de eksisterende regimer, men det gav ikke anledning til ændringer.

Foranlediget af, at begrebet "Røntgenkost" således er sat under mistanke, og da administrationen af disse kostprincipper er omkostningstunge for sygehuskøkkenet, ønskede vi at vurdere status samt fremkomme med et forslag til en fælles holdning i de tre hospitaler i det tidligere H:S, der betjenes af centralkøkkenet på RH. Det er Rigshospitalet, Amager Hospital og Frederiksberg Hospital.

Materiale og metode

Alle kost- og udrensningsvejledninger til såvel personale som patienter blev indsamlet i 2006 fra de tre H:S-hospitaler og Hvidovre Hospital. Disse blev sammenlignet, og et tværfagligt udvalg sammensatte et kompromisforslag, som blev sendt til høring på røntgenafdelinger og endoskoperende afdelinger. Det krævedes således af afdelingerne, at de skulle modargumentere, hvis der skulle ske ændringer. Hovedvægten blev lagt på ernæringsdelen af regimerne.



Resultater

Der var ingen ændringsforslag i høringsfaserne hos de undersøgende afdelinger. En del svarede aldrig trods rykkere, og det blev opfattet som passiv accept.

Hospitalerne er benævnt **I** **II** **III**

Røntgen af COLON

I

Regimet omfatter et døgn før undersøgelsen med udrensningsprogram. Indlagte: Morgen: Franskrød uden kerner med smør + surmælksprodukter. Frokost: Franskrød med smør, magert kød, fisk, æg og mager ost. Middag: Magert kød, ost fjerkræ, æg, kartofler, ris pasta, mager sovs.

Ambulante: Udelukkende vand, juice, te, kaffe og klare, tynde supper i 24 timer før. Ingen mælkeprodukter (heller ikke surmælksprodukter). Tre liter væske/dg. Salilax/toilax-regime + klyx.

På undersøgelsesdagen: Morgenmad med kaffe/te + franskrød.

II

Regimet omfatter to døgn før undersøgelsen: Meget specificeret udrensningskost (hovedprincip er: Tre liter væske dgl, begrænse kostfibre, fedtfattigt, ingen mælk).

I en anden version: Phosphoral-udrensning dagen før og let morgenmåltid på undersøgelsesdagen.

III

Regimet omfatter to døgn: Rigeligt at drikke (bouillon, vand, saft, sodavand, evt. te) og slaggefattig kost (= kogt kød- og fiskeretter, samt æg). Højest to kartofler + evt. en skive lyst rugbrød eller franskrød, gerne ristet. På undersøgelses(us)-dagen et let morgenmåltid. Ingen fedt, grøntsager, frugt, ris, pasta eller mælkeprodukter.

Udvalgets vurdering: Det må være muligt at indskrænke diætperiode

den til et døgn og blive enige om et fælles regime døgnet før samt om morgenen. Det ernæringsmæssige hovedproblem er svigtende indtagelse af protein. Alt taler for, at det er fedtindholdet, der har kontrasteffekten i mælk, så vi foreslår, at der gerne må indtages skummetmælk, minimælk etc. (10).

Forslag:

Det sidste døgn før undersøgelsen: Udrensningsregime + mindst tre liter væske. På undersøgelsesdagen et let morgenmåltid. Herefter fortsætte tidligere kostregime.

Ved genundersøgelse pga dårlig udrensning: Flydende kost dagen før, mindst tre liter, og fedtbegrænset kost, gerne fedtfattige mælkeprodukter og proteindrikke.

Intravenøs UROGRAFI

I

To dage før: Dulcolax og magnesiumsulfat.

Dagen før: Flydende: vand, juice, te, kaffe, klar suppe, ingen mælk.

På undersøgelsesdagen: Drikke alt + ristet brød.

II

To dage før – samme regime som ved røntgen af colon.

III

Dagen før: Slaggefattig kost + rigelig væske (se røntgen af colon).

Udvalgets vurdering: Det må være muligt at indskrænke diætperiode til et døgn og blive enige om et fælles regime døgnet før samt om morgenen. Det ernæringsmæssige hovedproblem er svigtende indtagelse af protein. Alt taler for, at det er fedtindholdet, der har kontrasteffekten i mælk (10), så vi foreslår, at der gerne må indtages skummetmælk, minimælk o. lign.

Forslag: Flydende kost dagen før, mindst tre liter og fedtbegrænset, gerne fedtfattige mælkeprodukter og proteindrikke.

ENDOSKOPI – ØVRE GASTROINTESTINALE KANAL



Gastroskopi, ERCP, endoskopisk ultralyd: Alle faste i seks timer før us, ingen kostrestriktioner.



Gastroskopi, seks timer som de øvrige.



Gastroskopi, seks timer som de øvrige.

Udvalgets vurdering: Klinikkerne med størst endoskopisk ekspertise er enige. Klinikkerne opfordres til at gennemføre forsøg med kortere fasteperioder. Andre steder i DK er fasteperioden reduceret til fire timer.

Forslag: Faste i 4-6 timer før undersøgelsen, ingen kostrestriktioner.

ENDOSKOPI – NEDRE GASTROINTESTINALE KANAL



Coloskopi: Undgå kerneholdige fødevarer i en uge før undersøgelsen. Ophøre med jern en uge før undersøgelsen. Udrensningsregime. 24 timer før: Flydende: Klar suppe, juice, saft, sodavand, kaffe, te (+ phosphoral).

Sigmoideoskopi: Udrensning med 240 ml klyx to timer før us, ingen kostrestriktioner.



Coloskopi: som for I.



Coloskopi: Ingen jernholdige tabletter, kerneholdigt brød, vindruer, rå gulerødder, rødbeder, laktulose, stoppemidler.

24 timer før: Flydende: Klar suppe, juice, saft, sodavand, kaffe, te (+ phosphoral).

Udvalgets vurdering: Klinikkerne må kunne blive enige om et fælles regime.

Forslag: Coloskopi: Undgå kerneholdige fødevarer i en uge før undersøgelsen. Ophøre med jern en uge før undersøgelsen. Standard udrensningsregime med Phosphoral. Flydende kost i udrensningsdøgnet (dvs. som ved røntgen af kolon). Ingen kostrestriktioner ved sigmoideoskopi.

ULTRALYD AF ABDOMEN



Ingen systematisk forberedelse. Fordelagtigt med seks timers faste, men det er ikke et krav.

Ved planlagte, invasive indgreb: Faste seks timer, tørste to timer.



Faste og tørste fire timer før undersøgelse.



Som II

Udvalgets vurdering: Fornuftigt og restriktivt regime på I.

Forslag: Ingen systematisk forberedelse. Fordelagtigt med seks timers faste, men det er ikke et krav. Ved nogle undersøgelser skal urinblæren være fyldt, og disse patienter bør netop ikke tørste. Ved planlagte, invasive indgreb: Faste seks timer, tørste to timer.

MR-SKANNING - ABDOMEN



48 timer før: Perilax + magnesiumsulfat, gentaget på undersøgelsesdagen. Faste i seks timer.

Dagen før undersøgelsen: Flydende kost (vand, juice, te, kaffe, klare tynde supper, ingen mælkeprodukter). Specielle krav til pancreas-undersøgelser.



Udføres ikke.



Ingen kost-forberedelse.

Udvalgets vurdering: Regimet på I indeholder op til to døgn (dagen før og undersøgelsesdagen) med meget beskeden energi- og proteintilførsel, uden at dette er evidensbaseret.

Forslag: Til MRCP og MR-skanning af pancreas: fire timers faste, Ingen forberedelseskrav til andre undersøgelser.

CT SKANNING - ABDOMEN



Kun restriktioner med hensyn til indholdet i morgenmåltidet på undersøgelsesdagen (ikke kostfibre).



Ingen kost-forberedelse.



Ingen kost-forberedelse.

Udvalgets vurdering: Hvis II og III har gode erfaringer med at undlade kostintervention, så ville det være hensigtsmæssigt som fælles politik, især da dokumentationen for fiberindflydelse på undersøgelsesresultatet ikke er evidensbaseret.

Forslag: Ingen kostforberedelse.

Diskussion

De her foreslåede kompromiser er ikke nødvendigvis bedre og er ikke mere evidensbaserede end de oprindelige procedurer, der har udviklet sig ved knopskydning over mange år, men de er meget mindre ressourcerkrevende.

Den videnskabelige dokumentation bag de gældende retningslinier for forberedelse til diagnostiske undersøgelser er generelt set svag. Dette er anført i EU's resolution (Ministerrådet) ResAP(2003)3 om "Food and nutritional care in hospitals (8)". Videnskabelige arbejder, der viser, at nytten af mange forberedelsestiltag er dubiøs, er få, men de er dukket op gennem mange år, fx i reference (9) der ikke finder forskel på kvaliteten af røntgen af colon efter et stort og et beskeden udrensningsregime. Et enkelt arbejde viser, at sødmælk (4% fedt) er et udmærket røntgen-kontrast-middel ved abdominal CT, og at det er fedtindholdet i mælken (kontrolgrupper med 2% fedt i mælken (letmælk) og vand), der bestemmer kontrastintensiteten (10). Der var dog ingen bedømmelse af den forstyrrende effekt af mælk på billederne.

Mælk er et billigt og effektivt levnedsmiddel til at sikre tilstrækkeligt protein- og energiindtag, og de fedtfattige mælketyper indeholder ligeså meget protein som de fedtrige. Derfor bør mælk ikke udelukkes fra patienternes kost med mindre, der er gode grunde hertil (evidens).

Der er ikke fundet undersøgelser af kontrastvirkningen af kommercielle eller lokalt fremstillede proteindrikke, undtagen for røntgen af colon og her blev ikke fundet negative effekter af proteindrikkene på billedkvaliteten (11, 12, 13). Det samme gælder i øvrigt kostfibre (14, 15). En almindelig confounder i disse undersøgelser er imidlertid hydreringsgraden (16).

Ved retrospektiv gennemgang af røntgen af colon på 472 geriatriske patienter, hvoraf mange var immobile, fandtes 41 % af undersøgelserne at være teknisk utilfredsstillende. De fleste (32%) skyldes dårlig udrensning, men hos 9% var der problemer med Kooperation og hos 5% kombination af begge grunde. Rutineudrensningen bestod i tre dages lav-fiber-diæt og en dags skyleregime + laksans og to stk. klyksma, samt faste fra aftenen før. Til trods for det restriktive diætre-gime fik man således ikke tilfredsstillende resultater hos dette patientklientel (17). I de fleste opgørelser skildres hovedproblemet som graden af udrensning, ikke skjulte fund eller forstyrrende fødeemner. Schuster et al (18) randomiserede 204 konsekutive patienter til urografi i fire grupper: to af grupperne blev tarmrenset, to grupper blev ikke. På tværs af denne randomisering foretoges yderligere en randomisering, så to af grupperne fik lov til at spise frit, og to grupper fik flydende aftensmåltid og efterfølgende faste. Billederne blev blindt bedømt. Der fandtes ingen signifikante forskelle på billedkvaliteten i de fire grupper. Der var således ingen gavnlige effekt i gennemsnit af hverken udrensning eller faste/diæt før urografi i dette studie.

Samlede anbefalinger

Røntgen af colon:

Det sidste døgn før undersøgelsen: Udrensningsregime + mindst tre liter væske. På undersøgelsesdagen et let morgenmåltid. Herefter fortsætte tidligere kostregime.

Ved genundersøgelse pga dårlig udrensning: flydende kost dagen før, mindst tre liter og fedtbegrænset kost, gerne fedtfattige mælkeprodukter og proteindrikke.

lintravenøs urografi:

Flydende kost dagen før, mindst tre liter og fedtbegrænset, gerne fedtfattige mælkeprodukter og proteindrikke.

Øvre endoskopi:

faste i 4-6 timer før us, ingen kostrestriktioner.

Coloskopi:

Undgå kerneholdige fødevarer i en uge før undersøgelsen.

Ophøre med jern en uge før undersøgelsen. Standard udrensningsregime med Phosphoral. Flydende kost i udrensningsdøgnet (dvs. som ved rtg colon). Ingen kostrestriktioner ved sigmoideoskopi.

Ultralyd af abdomen:

Ingen systematisk forberedelse. Fordelagtigt med 6 timers faste, men det er ikke et krav. Ved nogle undersøgelser skal urinblæren være fyldt, og disse patienter bør netop ikke tørste. Ved planlagte, invasive indgreb: faste seks timer, tørste to timer

MR-skanning:

Til MRCP og MR-skanning af pancreas: fire timers faste, Ingen forberedelseskrav til andre undersøgelser.

CT skanning af abdomen:

Ingen kostforberedelse.

I det hele taget er det således næppe den kontrastgivende effekt af bestemte fødemidler, der udgør et problem. Det kunne ligeså vel være, om føden er jævnt fordelt eller giver skygger. Dette gælder i princippet både ekkogivning, strålepenetration og magnetisering.

Man kunne ønske sig en række undersøgelser af det for afdelingen vanlige regime overfor et ernæringsintensivt regime med kort fastetid i et design, hvor undersøgere bedømmer billeder/film blindt. Indtil vi har sådanne, er det nødvendigt at træffe rationelle og ikke unødigt ressourcerkrevende beslutninger. Derfor dette bud på et sådant regime.

Desuden vil det nok være hensigtsmæssigt, hvis regimet i kontrolgruppen i de fremtidige, kontrollerede undersøgelser lever nogenlunde op til de internationalt publicerede principper.

Der foreligger ikke videnskabelige undersøgelser af forskellige kostformer i situationer som disse. Almindelige ernæringsprincipper må derfor anvendes. Hovedprincippet vil så være at understøtte udrensningen samtidig med at fastholde opfyldelsen af ernæringsbehovene, og flydende kost ville være et indlysende valg. Da flydende kost er en kostform, hvor det er vanskeligt at opnå et tilstrække-

ligt indhold af energi og protein, bør kosten indeholde energi- og proteinrige drikkevarer som fx saftbaserede energitilskudsrikke og proteinrige mælkeprodukter med et fedtindhold svarende til letmælk af hensyn til røntgenkontrastvirkningen af mælkefedtet. Det vil desuden ofte være nødvendigt at sprede måltiderne ud over dagen ved hjælp af et tidligt morgenmåltid og et sent aftensmåltid.

Som standard-kostvejledning kan man fx forestille sig et forslag med 7.000 kJ, 55 g protein og en rimelig hydrering til brug dagen før undersøgelsen. Det vil give en afvejning af proteindækning, reduceret fedtmængde og god hydrering.

Vanlig kost + tre liter væske

Hvis der kan forudses dårlig udrensning eller der er særlige krav, fx urografi eller coloskopi:

Tidlig morgen: 2 dl saft/juice.

Morgen: 2 dl ylette med honning + 2,5 dl kakaoskummetmælk

Formiddag: 2 dl vand + 200 ml proteindrik med ca. 6 g protein/100 ml.

Frokost: 2 dl klar suppe (uden grønsagsstykker) + 1,5 dl letmælk + 2 dl varm frugtsuppe.

Eftermiddag: 2 dl vand + 200 ml proteindrik med ca. 6 g protein/100 ml.

Aften: 2 dl klar suppe + 1,5 dl letmælk + 2 dl varm frugtsuppe.

Sen aften: 2,5 dl kakaoskummetmælk + 2 dl saft.

Eksempel på morgenmåltid på undersøgelsesdagen:

1,5 dl ylette med honning + 1 skive lyst brød + 1 pakke ost 30 % + 1 pakke marmelade + 1,5 dl letmælk, hvor pakker er små portionsanretninger, som de kendes fra storkøkkener og fly.

Hvis undersøgelsen foregår senere på dagen, fortsættes programmet fra dagen før.

Konklusion

Det ville være befriende, hvis nogen havde lyst til at foretage nogle kontrollerede afprøvninger af forskellige regimer for at se, om det havde betydende indflydelse på resultatet af undersøgelsen. Indtil sådanne foreligger, må vi prioritere hensynet til sund fornuft og patientens ernæring højere end tilfældigt opståede meninger og fordomme på den enkelte afdeling.

ja@life.ku.dk

Referencer

1. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321-36.
2. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, Andersen JR, Bærenthsen H, Bunch E, Lauesen N. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21:461-8.
3. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004;23:1009-15.
4. Sorensen JM, Kondrup J. Abstract. EuroOOPS: an international, multicenter study to implement nutrition screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr* 2005;24:538.
5. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition. An evidence-based approach to treatment. 1.ed, 2003, CABI Publishing, Kapitel 6 og 7.
6. Fleckenstein P, Wulff MR, Toft VL. Røntgenundersøgelse af colon i Danmark. *Ugeskr Læger* 1989;151:1386-8
7. Rapport fra december 1998 fra "arbejdsgruppen for ernæring forud for røntgen af kolon", nedsat af Det sundhedsfaglige Råd, Kirurgisk Gastroenterologi
8. Council of Europe, Committee of Ministers, Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
9. Tracht DG, Clemett AR. An evaluation of the "Clean Colon" technique. *Radiology* 1971;99:68-70.
10. Thompson SE, Raptopoulos V, Sheiman RL, McNicholas MMJ, Prassopoulos P. Abdominal helical CT: Milk as a low-attenuation oral contrast agent. *Radiology* 1999;211:870-5.
11. Tham RTOTA, Korte JH, Bom EP, van Kints MJ, Zwinderman AH. Preparation of the colon for single- and double-contrast. *Radiology* 1993;188:578-80.
12. Scheurich JW, Wierman ME, Brown BG, Ferro PS, Graham DY. Preparation for barium enema: Comparison of a commercial formula diet and low-residue, clear-liquid diets in inpatients. *Southern Med J* 1985;78:838-40.
13. Gutwein I, Baer J, Holt PR. The effect of a formula diet on preparation of the colon for barium enema examination. Impact on health care and costs. *Arch Int Med* 1981;141:993-6
14. Fork F-T. Wheat fibre before radiography of the large bowel. *Acta Radiol* 1988;29:375.
15. Hellström M, Brolin I. Dietary fibres in the preparation of the bowel for diagnostic barium enema. *Gastrointest Radiol* 1987;12:76-8.
16. Virkki R, Mäkelä P. Low residual diet and hydration improving double contrast examination of the colon. *Eur J Radiol* 1983;3:212-4.
17. Segal R, Khalil A, Leibovitz A, Gil I, Annuar M, Habet B. Barium enema in frail elderly patients. *Gerontology* 2000;46:78-82.
18. Schuster GA, Nazos D, Lewis GA. Preparation of outpatients for excretory urography: Is bowel preparation with laxatives and dietary restrictions necessary? *Am J Roentgenol* 1995;164:1425-8.

Kliniske diætister og datasikkerhed

Når man åbner egen praksis som klinisk diætist, skal man være opmærksom på, hvordan man behandler oplysningerne om klienternes personlige forhold. Der gælder flere love, der beskytter mod misbrug af personlige oplysninger. Som klinisk diætist er man som udgangspunkt omfattet af samme lov som andet sundhedspersonale, nemlig Sundhedsloven. Derudover gælder den almindelige Lov om behandling af personoplysninger (Persondataloven).

Reglerne supplerer endvidere den almindelige tavshedspligt, der naturligvis stadig skal overholdes.

Hvilke personoplysninger

Sundhedsloven omfatter helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre personlige oplysninger. Det må være klart, at loven omfatter oplysninger om personers kontakt med sundhedsvæsenet, oplysninger om misbrug af nydelsesmidler, alkohol mv., seksuelle forhold og sociale problemer. Oplysninger om ægteskab, pårørende og om indkomst er omfattet. Som det ses vil mange af de emner, der indgår i den sædvanlige vejledning være omfattet af Sundhedsloven.

Videregivelse og indhentning af personoplysninger

Som udgangspunkt skal der indhentes samtykke fra patienten til indhentning og videregivelse af personoplysninger, gerne skriftligt. Personoplysninger skal på alle tidspunkter behandles med respekt og på en saglig måde. For at kunne vejlede skal en klinisk diætist naturligvis indhente relevant information fra sin patient. Disse oplysninger kan som hovedregel ikke uden samtykke fra patienten videregives til andre.

Videregivelse vil undtagelsesvist kunne ske under særlige omstændigheder. Dette kan være hensynet til et aktuelt behandlingsforløb for patienten under hensyntagen til patientens interesse og behov. Oplysningerne skal i så fald være nødvendige for behandlingen. Det kan eksempelvis være relevant, hvor der er tæt samarbejde med en læge og de pågældende oplysninger er nødvendige for behandling af patientens sygdom. Der er heller ikke krav om samtykke, hvis videregivelse er nødvendig til berettiget varetagelse

af væsentlige hensyn til patienten. I sådanne tilfælde skal patienten som udgangspunkt informeres om videregivelsen og formålet med denne. For alle forhold gælder det, at det kun er oplysninger, der er nødvendige for den pågældendes behandling, der må videregives. Det er væsentligt, at der ikke må ske videregivelse til en helt udenforstående tredje part uden tilladelse fra Datatilsynet.

Patientjournaler

Praktiserende kliniske diætister eller deres ansatte har i flere tilfælde brug for at slå op i en elektronisk patientjournal eller lignende. De oplysninger, der må indhentes eller registreres og behandles i journalen, svarer til dem, der må videregives, altså nødvendige oplysninger. Som udgangspunkt er det ikke her nødvendigt, at patienten samtykker, men patienten kan altid frabede sig indhentning af oplysninger og skal oplyses om retten til at sige fra. Det er kun personer, der skal bruge oplysningerne i forbindelse med en behandling, der må indhente eller behandle oplysningerne.

Kliniske diætister har pligt til at føre patientjournaler ifølge loven. Disse patientjournaler skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Som udgangspunkt omfatter patientjournalen de samme informationer som oplistet ovenfor, herunder eksempelvis personnummer m.m. Alle oplysninger, der skal føres i patientjournalen, er omfattet af Sundhedslovens regler og alle andre oplysninger er omfattet af Persondataloven.

Netvejledning

Såfremt der ydes rådgivning pr. e-mail, og rådgivningen kun tilgår den pågældende patient, er der ikke krav til særligt samtykke. Det er først i det tilfælde, at e-mailen eksempelvis videresendes til en tredjemand, at samtykket fra patienten skal indhentes. Gives vejledning på en blog eller en webpage, kan dette i nogle tilfælde medføre krav om tilladelse fra Datatilsynet. Såfremt der måtte opstå tvivl, om samtykke er påkrævet eller ej, kan det derfor anbefales, at samtykkeerklæring indhentes.

Yderligere oplysninger om de krav, der gælder ved behandling af personoplysninger kan findes på Datatilsynets hjemmeside www.datatilsynet.dk.

Nutricia er 100 % dedikeret og fokuseret på klinisk ernæring og er således verdens førende virksomhed indenfor området. Vi har eksisteret i Danmark siden 1982 og er et datterselskab af den internationale Danone koncern.

Vores højeste prioritet er vores brugere – dette er børn og voksne, som har behov for vores produkter, og vores kunder i sundhedssektoren, for hvem vi ønsker at være en seriøs og professionel samarbejdspartner.

Alle de aktiviteter (undervisning, erfa-grupper, seminarer m.m.) vi afholder for at skærpe viden om underernæring, har vi samlet under begrebet Academia Nutricia.

Vi har ét overordnet mål – nemlig at nedbringe underernæring i Danmark.

Omsorg og mellemmåltider er også diætistens arbejde

Plejhjem vil med fordel kunne ansætte diætister. Det vil forbedre beboernes ernæringsstatus og øge personalets faglige viden og være en investering til alles fordel. Et projekt på landets største plejhjem skal dokumentere, at mellemmåltider øger beboernes livsappetit.



Rikke Bjerrum Palm

Jeg tror, at plejehjemmene har brug for at ansætte diætister til at varetage de ernæringsproblematikker, der rammer ældre. Jeg har gennem mit arbejde som plejer set og erfaret, hvor der kan sættes ind og hvilke ændringer, der vil være til gavn for alle parter. Jeg har gennem mit arbejde haft mulighed for at skabe opmærksomhed om vores

faggruppes kvalifikationer og øget forståelsen for et samarbejde blandt plejehjemmets øvrige personale.

Mine erfaringer som plejer

Plejepersonalet skal have en bred viden og stor indsigt for at være i stand til at håndtere de daglige problemer, der opstår. De skal eksempelvis have forståelse for at tage vare på den demente ældre. De skal have forståelse for de beboere, der har psykiske problemer og for de beboere, der skal 'samles op' på grund af alkoholmisbrug. Samtidigt skal plejepersonalet have overskud til at motivere den enkelte beboer til at bibeholde sine egne ressourcer længst muligt, have tid til at snakke, skabe stemning samt udføre de daglige gøremål. Dertil kommer de pårørendes ønsker om indsigt og forståelse.

Det er efter min vurdering et stort problem, at den enkelte beboer i høj grad isolerer sig i egen lejlighed. Jeg har følelsen af at arbejde på en fængselsgang, hvor enkelte har udgangstilladelse. Der er selvfølgelig ikke tale om udgangstilladelse, men om forskel på ressourcer hos beboerne. De få, der er friske, har ressourcerne til at komme ud. Dem ser vi på gangen, i dagligstuen eller i aktivitetscenteret. Men for langt den største del af beboerne sker der ikke noget, med mindre personalet har overskud til at gøre en forskel. Og hvordan finder man overskuddet til at gøre dette i en fortravlet hverdag, hvor personalet i stigende grad bliver pålagt flere admini-



strative opgaver. Det gør personalet kun, fordi de brænder for deres arbejde, fordi de ved, at det gør en forskel.

Min rolle som diætist

Ligesom man har tilknyttet andre personalegrupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter til at varetage specielle opgaver, mener jeg, at diætister bør spille en lignende rolle i forhold til at forbedre og bibeholde beboernes sundhedsstatus.

Som diætister har vi viden om aldringsprocessen, dvs. samspillet mellem de genetiske faktorer, ernæring, påvirkninger på indre organer, celle- og molekylærniveau, samt sygdom og medicin. Derfor vil en diætist kunne sætte fokus på dette samspil, og bl.a. videreformidle sin viden via undervisning af personalet. Ligeledes vil et samarbejde med køkkenet kunne sikre, at den daglige kost dækker beboernes energibehov. Endvidere kan vi være kontaktleddet til hospitalet før, under og efter indlæggelse for at opretholde korrekt ernæring igennem forløbet og derved skabe øget mulighed for, at beboerne genvinder kræfterne. Diætister vil ligeledes kunne indgå i den arbejdsgruppe, der varetager genoptræning, samt den almene træning. På denne måde sikrer vi, at energibehovet bliver dækket i forhold til den øgede aktivitet, under og efter rekonvalescenstiden. Desuden kan vi fungere som kontakt-

led og sparringspartnere til de pårørende i forhold til madindkøb m.m.

Fejlernæring giver problemer for beboerne

Hvis beboere fejl- eller underernæres har det indvirkning på aldringsprocessen, de får mindre energi, bliver inaktive, er svære at mobilisere, har øget risiko for infektioner og har længere rekonvalescenstid. Derudover kan fejlernæring medføre modløshed, angst, stress, afmagt og indre uro for at nævne nogle af de psykiske faktorer. Dette kan med stor sandsynlighed bevirke, at beboerne bliver mere ressourcekrævende.

Fokus på hjemmelavede mellemmåltider

Sådan som jeg ser det foregår lige nu på Sølund, og jeg tror ikke, at Sølund skiller sig meget ud i forhold til resten af de danske plejehjem, så mangler der variation i den daglige kost, fagspecifik viden og at der bliver taget højde for den enkelte beboers ernæringsmæssige behov. Det afhjælper ikke manglen på uddannet plejepersonale at ansætte en diætist, men gennem et godt og frugtbart samarbejde mellem faggrupperne tror jeg på, at de daglige opgaver på mange områder vil blive lettere, og at det i høj grad vil være til fordel for beboerne. For mit vedkommende har jeg tænkt mig forsat at kæmpe for, at vi diætister bliver en faggruppe, der er tilknyttet plejehjemmene.

Som en spæd start har jeg fået lov til at opstarte et projekt på Sølund, hvor jeg sætter fokus på hjemmelavede mellemmåltider, som tilberedes på afdelingen, således at duften og den gode

smag kommer til at følges ad. Jeg håber, at dette projekt kan være med til at øge appetitten hos den enkelte beboer, og at beboerne i højere grad vil deltage i det daglige fællesskab uden for deres respektive lejligheder. Jeg sætter med projektet fokus på, hvor vigtigt det er at få flere små måltider i løbet af dagen, samt hvordan måltiderne sammensættes. Derudover ser jeg på tilberedningstiden og på prisen. Min hypotese er, at det ikke koster hverken mere tid eller flere penge at fremstille et godt produkt fra bunden i forhold til at bruge halv- eller helfabrikata. Et sidste mål med projektet er at undersøge, hvad beboerne ønsker og værdsætter, samt hvad det kræver af ekstra personaleindsats at motivere beboerne til at komme ud i fællesarealet hver eftermiddag. Projektet køres samtidigt med et større projekt, som foregår på en anden afdeling. Her undersøges det, hvorledes kvaliteten i plejen kan forbedres i forhold til de småtspisende eller underernærede beboere.

TG07@suf.kk.dk

Projektets fokus er samvær, hygge og mellemmåltider.

Plejehjemmet Sølund finansierer 15 diætisttimer/uge samt råvarer. Tidsrammen er fem måneder (oktober 2007 til februar 2008). Projektet omfatter en afdeling med 19 beboere.

Nøgleord er:

- Udvikle og afprøve opskrifter i forhold til mellemmåltider. Hvad vil beboerne have, hvad er deres mening om de serverede mellemmåltider.
- Undersøge, hvad kræver det af personalet at der indføres mellemmåltider.
- At skabe mere samvær – med henblik på at få de beboere ud, som normalt ikke kommer ud.

- At ældre beboer har brug for 5-6 mindre måltider i løbet af dagen for at få dækket deres energibehov.
- At samvær, luftforandring og god mad skaber glæde og energi.

På længere sigt håber jeg at min erfaring kan bruges i forhold til et samarbejde med Sølund f.eks som ansat diætist og i et samarbejde med køkkenet på Sølund med fokus på bedre mellemmåltider til beboerne.

Boganmeldelse

"Spis med slankedoktor". Det bedste fra diætisternes køkken. Af læge Carl J. Brandt og diætist Lisa Bolting. Lindhardt og Ringhof.

Bogen er letforståelig og "appetitvækkende", når der ønskes tips og ideer til sund og varieret kost med henblik på vægttab.

Bogen er meget fint opbygget med en kort indledning om, hvad man bør være opmærksom på i sine kostvalg, f.eks. fibre, rigeligt grønt, mængder, protein m.m. Ingen løftede pegefingre men viden til at være sig sine valg bevidst. Eksempelvis står der: Alkohol har højt energiindhold, men derfor er afholdenhed ikke nødvendigt, det handler i stedet om et bevidst til- og fravalg.

Selve ideerne og opskrifterne er inddelt i hoved- og mellemmåltider. Desuden opskrifter på tilbehør, saucer og dressinger, kage og desserter og brød. Opskrifterne byder både på tradition og fornyelse. Rigtig mange opskrifter præsenteres sammen med et flot billede af retten, hvilket stimulerer til at afprøve nyt. Ét billede af marinerede rødbeder er dog placeret ud for rødbedesalat. Ellers kun

positive o



En god bog, der kan anbefales til alle, der vil spise sundt og ikke kun til personer med ønske om vægttab.

Bogen udkom i januar 2008. Pris 249 kr.

Margit.Vesterlund@fks.regionsyddanmark.dk

Ny national strategi for sundheds-it

Bedre behandling og effektiv service er målet for den nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet 2008-2012. Den nye strategi er udarbejdet af Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), som er en fælles organisation dannet af staten, Danske Regioner og KL. Strategien omfatter hele sundhedsvæsenet – både offentlige og private sygehuse, praktiserende læger, speciallæger, hjemmepleje mv. Ambitionen er, at læger og andre behandlere får adgang til de nødvendige helbredsoplysninger, uanset hvor i sundhedsvæsenet borgeren søger behandling eller råd om forebyggelse. Et andet mål er at give borgerne de bedste muligheder for at søge informationer om deres egen sundhed. "Det vil sikre patienten de bedst mulige betingelser for at give patienten en effektiv behandling og vil samtidig mindske risikoen for fejl," siger Forebyggelses- og sundhedsminister Jakob Axel Nielsen. Den nye strategi lægger op til en trinvis videreudvikling af it i sundhedsvæsenet. Den vil basere sig på overskuelige projekter, og lokale og regionale erfaringer får en afgørende rolle for udviklingen. Samtidig lægger strategien vægt på et stærkere samarbejde mellem alle aktører i sundhedsvæsenet.

"Det er vigtigt, at de relevante oplysninger er tilgængelige for de forskellige medarbejdere, der er involveret i et patientforløb – uanset om de arbejder på fx et sygehus, i praksissektoren eller i en kommune. Strategien understøtter for mig at se det sammenhængende patientforløb og peger derfor i den rigtige retning" siger Tove Larsen, formand for KL's Social- og Sundhedsudvalg.

Se hele den nye strategi på www.sdsd.dk

Kontakt: Formand for bestyrelsen for SDSD, afdelingschef Ib Valsborg, Finansministeriet, telefon 25159766

Kære medlemmer

Vi er inde i en skelsættende periode for FaKD. Vores titelbeskyttelse er blevet bekræftet af Sundhedsstyrelsen til at omfatte betegnelsen 'diætist', og vi er efterhånden ved at finde os til rette i vores nye sekretariat. Vi står i den kommende tid overfor vigtige beslutninger, der vil have stor betydning for kliniske diætisters forhold og arbejde i fremtiden.

Vejledende afstemning

Jeg vil gerne sige tak til alle jer, der har deltaget i vores vejledende afstemning om fremtiden for FaKD. Undersøgelsen af medlemmernes holdning gav ikke et entydigt svar. 77 % af de gyldige stemmer var for forslaget, der anbefaler, at FaKD fortsætter for sig selv med mulighed for vækst ved at optage andre sundhedsprofessionelle medlemmer. Hovedparten af disse 77 pct. af besvarelsenerne, der taler for FaKDs selvstændighed, hæfter sig ved vigtigheden af at fastholde vores faglige identitet, og at vi potentielt som 500 ud af 9000 medlemmer risikerer at drukne i K&E. Af de besvarelser, der er for forslaget om, at FaKD bliver en underforening af Kost & Ernæringsforbundet (K&E), hæfter mange sig ved den der liggende forhandlingsret.

Forhandlingsret

Udover den vejledende afstemning har jeg som formand været rundt i alle landets regioner. En stor del af de fremmødte har hæftet sig ved, at forhandlingsretten i dag ligger hos K&E, og nogle har spurgt til, hvad det egentligt indebærer i vores dagligdag og for det enkelte medlem. Jeg har derfor bedt foreningens advokat om en uvildig fremstilling af, hvad "forhandlingsretten" egentlig vil sige. Fremstillingen kan læses i fakta-boksen, der følger dette indlæg.

Den demokratiske proces

Vi står midt i en demokratisk proces, hvor vores fremtid skal afgøres. Det er ikke bare FaKDs fremtid, vi skal afgøre. Vi skal træffe en beslutning om hvilken retning, der i fremtiden kan sikre og beskytte kliniske diætisters interesser bedst muligt. Det er en tid, hvor det om noget er vigtigt at holde hovedet koldt – og holde sammen, uanset hvor vi skal hen eller vi forbliver os selv. Debatten er allerede i gang, og også personer udenfor FaKD lader til at have en interesse i vores valg. Jeg vil som formand gøre mit

til, at medlemmernes interesse bliver varetaget bedst muligt. Vi holder alle muligheder åbne, og jeg garanterer, at medlemmernes interesser har den altoverskyggende prioritet.

Som formand for en mindre forening mener jeg personligt, at vi bliver nødt til at sikre os selv og fremtidige medlemmer en vis grad af indflydelse – uanset hvad vi vælger. For eksempel er vi i K&E, som landet ligger lige nu, ikke automatisk sikret, at vi kan få en diætist i hovedbestyrelsen. Det kan der være mange gode grunde til, men vi vil altså i givet fald stå med 500 medlemmer, der indtræder i en forening med over 9600 nuværende K&E-medlemmer.

Indflydelse sikres også kun, hvis vi står sammen som faggruppe, ellers udvandes vores identitet og dermed vores mulighed for indflydelse.


En skillevej

Vi står ved en skillevej. Skal vi være en "underforening" eller et "fagligt selskab" under Kost- og Ernæringsforbundet, eller mener vi, at vores interesser bliver varetaget bedst som "selvstændig forening"? Historisk set har FaKD netop opnået opmærksomhed og resultater, fordi vi har stået sammen og repræsenteret faget for de kliniske diætister. Uanset hvad vi vælger, bliver vi nødt til at revidere vores organisationsstruktur, idet vi har brug for en reel regionsstruktur som erstatning for de tidligere amtskredsformænd. Dette arbejde er drøftet på regionsmøderne, hvor der var bred opbakning om en ny organisationsstruktur. For at få en ny struktur indført, er det nødvendigt med en del vedtægtsændringer, som vi skal stemme om ved den ekstraordinære generalforsamling i marts.

Med disse to store valg foran os skal jeg hermed opfordre alle medlemmer til at møde op og deltage i den ekstraordinære generalforsamling, der afholdes den 8. marts 2008. Alle medlemmer modtager selvfølgelig en særskilt invitation og materiale til dette møde, hvor vores fremtid er til endelig afgørelse.

Kliniske diætister står sammen

Det er i øjeblikket vigtigere end nogensinde, at vi i FaKD står sammen. Der er i det sundhedspolitiske billede både muligheder for og trusler imod diætisternes fremtidige interesser i den danske sundhedssektor. Mulighederne ser jeg i, at der fra politisk side er stor opmærksomhed på sundhed og forebyggelse. Vores faglige



baggrund gør, at vi om nogen er parate til at varetage den store sundhedsmæssige udfordring, samfundet står over for. Vi arbejder målrettet på alle niveauer for at få behandling hos kliniske diætister omfattet af den offentlige sygeforsikring, og vi arbejder målrettet på at indrette vores organisation efter de nye regioner.

På det seneste er det lykkedes os med hjælp fra ministeriet og pressen at få slået fast, at kliniske diætister er de eneste, der må benytte diætist-betegnelsen. Det er en stor sejr for os og for vores faglighed. Men vi glemmer ikke, at der er andre end os, som fx professionsbachelorerne, der også skal have plads til at hjælpe med forebyggelsen. På alles vegne glæder jeg mig derfor over, at Folketingets Sundhedsudvalg på ny har oversendt et spørgsmål fra den tidligere formand om, at diætisterne bør have sæde i den nye Forebyggelseskommission. Der er mange om buddet, men vi har gjort et ihærdigt forsøg på at råbe politikerne og ministeren op. Samtidig er vi i en øget dialog med flere sundhedsordførere omkring diætisterne og den offentlige sygesikring.

Men der er andre faggrupper der, netop på vores område, også kæmper om politikernes gunst. Det er derfor af stor betydning, at vi i den kommende tid står ved vores faglige og professionelle identitet. Jeg vil i den kommende tid tale med tydelig stemme på vegne af jer, men derfor er det også afgørende, at I møder talstærkt op på den ekstraordinære generalforsamling, hvor vi vil fremlægge de forslag, der er arbejdet videre med siden den vejledende afstemning.

Så på gensyn i Odense til ekstraordinær generalforsamling den 8. marts 2008 – der jo i øvrigt er international kampdag!

Forhandlingsret – kort fortalt

Hvad er forhandlingsret?

Retten til at aftale løn- og ansættelsesforhold mellem arbejdsgiver og arbejdstager.

I hvilke sammenhænge?

- Løn- og ansættelsesforhold aftales på forskellige niveauer:
- Landsdækkende kollektive offentlige overenskomster via faglige organisationer
- Landsdækkende overenskomst med privat(e) arbejdsgiver(e)
- Mellem arbejdsgiver og en faggruppe
- Mellem arbejdsgiver og den enkelte medarbejder

Overfor hvilke arbejdsgivere?

- Offentlige arbejdsgivere, fx offentlige sygehuse, sundhedscentre
- Private arbejdsgivere, fx privathospitaler
- Private arbejdsgivere, fx firmaer

Er man sin egen arbejdsgiver, dvs. privatpraktiserende, har forhandlingsret ingen betydning, da man er sin egen arbejdsgiver og arbejdstager.

Har FaKD forhandlingsret?

Ja og nej. FaKD kan altid forhandle aftaler om løn- og ansættelsesforhold, men vi kan omvendt ikke tvinge nogen til at forhandle med FaKD.

Har FaKD forhandlingsret ved kollektive offentlige overenskomster?

Nej. FaKD forhandler ikke kollektiv overenskomst med Danske Regioner og KL. Det gør Kost & Ernæringsforbundet via den tidligere aftale med Amtsrådsforeningen.

Har FaKD forhandlingsret overfor offentlige arbejdsgivere?

Ja, og har gjort det i tidens løb. Det afhænger af, hvorvidt arbejdsgiveren vil forhandle med FaKD. Det drejer sig ofte her om forhandlinger mellem arbejdsgiver og den enkelte medarbejder, pt. behandles sådanne medlemssager i sekretariatet.

Har FaKD forhandlingsret overfor private arbejdsgivere?

Ja. Flere og flere kliniske diætister arbejder for private arbejdsgivere. Her forhandles lønnen individuelt. FaKD kan bistå sine medlemmer i løn- og ansættelsesforhandlinger og gør det også pt.

Kan FaKD forhandle for medlemmer, der bliver afskediget?

Ja. Ethvert medlem, der får problemer på sin arbejdsplads, kan få bistand fra FaKD. FaKD hjælper løbende medlemmer i forhandlinger ved fratræden både på det offentlige og det private arbejdsmarked.

Kursuskalender

Emne: Er fedt og sødt den optimale op ernæring?

Se program på www.dske.dk.

Efteruddannelsesdag for kliniske diætister

Dato: 4. marts 2008 kl. 9.30-15.30

Sted: FUHU Konferencecenter. Fiolstræde 44, 1171 København K

Arrangør: Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (www.dske.dk)

Deltagelse er gratis for medlemmer af DSKE. Ikke-medlemmer kr. 250,-.

Pga. begrænset deltagerantal har medlemmer fortrinsret.

Personer, der deltager gratis og udebliver uden afbud senest 1 uge før mødet afholdes,

vil modtage en regning for udgifterne på deltagelse (i alt kr. 580,-).

Emne: Temamøde for kliniske diætister

Dato: Torsdag den 6. marts 2008 kl. 10.00 – 16.00

Sted: Radisson SAS H.C.Andersen Hotel, Odense

Program: Kan ses på www.diabetes.dk

Pris: 400 kr. inklusiv forplejning

Tilmelding: Til hf@diabetesforeningen.dk

Arrangør: Diabetesforeningens Kostråd

Yderligere

oplysninger: sep@diabetesforeningen.dk

Diplomuddannelse**– en mulighed for kompetenceudvikling**

Som en mulighed for videreuddannelse tilbyder Suhrs Seminarium en diplomuddannelse begyndende i august 2008 tilrettelagt for diætister. Adgangskravet og dermed dine forudsætninger for at deltage er en relevant kortere eller mellemlang videregående uddannelse samt to års relevant erhvervs erfaring.

Uddannelsen foregår fortrinsvis på hverdagsaftener kl. 16.15.-19.45. på Suhrs Seminarium, og hvert modul har 10 undervisningsgange.

En diplomuddannelse består af 5 moduler og et afgangsprøve og er beregnet til at vare 3 år.

Ernæringsdiplomuddannelsen er en kompetencegivende, videregående uddannelse.

Diplomuddannelsen består af følgende moduler:

- Videnskabsteori, etik og metode – Efteråret 2008
- Udvikling- og forskningsbaseret klinisk praksis – Foråret 2009
- Hormonelle og metaboliske reguleringsmekanismer – Efteråret 2009
- Klinisk ernæring – Foråret 2010
- Sundhedspædagogik, vejledning og coaching – Efteråret 2010
- Afgangsprøve – Foråret 2011

Hvert modul koster 7.500 kr. og afgangsmodulet 10.000. kr.

Yderligere oplysning hos lektor, ph.d. Lise Søgaard Lund, ls@suhrs.dk



Redaktionsudvalg: Næstformand Anne Marie Beck

Forretningsudvalg: Formand Ginny Rhodes og kasserer Line Rosgaard Kristensen

PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Anne Marie Beck

Hjemmesideudvalg: Formand Ginny Rhodes og Mette Pedersen

Uddannelsesudvalg: Helene Andresen

Medlemsudvalg: Lone Bjerregaard

Fagligtudvalg: Dorthe Wiuf Nielsen og Kirsten Petersen

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association: Formand Helle Skandorff Vestergård. Suppleant Ulla Finne Rasmussen

Tematet i Diætisten i april bliver videreuddannelse.

Nyhed!

Maksimal energi i hver mundfuld

Resouce 2.0+fiber er til patienter med lille appetit og stort behov:

- Ekstra energitæt – giver 33% mere energi end lignende ernæringsdrikke
- Unik fiberblanding med prebiotisk effekt – opbygger en god tarmflora
- Velsmagende med 4 varianter baseret på Filtrarom-teknologi
- Økonomisk i forhold til pris pr. kcal



Abrikos



Jordbær



Mild vanille



Skovbær



Nestlé HealthCare Nutrition
Dampfærgevej 28
2100 København Ø
Tlf. 3546 0123
Fax 3546 0234

www.novartisnutrition.dk

 **Nestlé
Nutrition**

Enhancing the quality of life