

DIAETISTEN

Fedme og vægttab



Politisk landskonference om kræftbehandling:
Der mangler helt klart fokus på ernæring i kræftplan IV

Diætismens ordsalat varsler den nye forbudstid

Sufficient ernæring til lungemedicinske patienter er omkostningseffektiv og potentielt omkostningsbesparende



Hvornår er behandlingen en succes?



FaKD er meget optaget af de mange tilbud til overvægtige, der flourer i kommunerne, sundhedscentre og i regionerne. Vi er glade for, at "Sygesikring Danmark" også gør reklame for deres tilskud ved diætistbehandling hos de privatpraktiserende diætister. I november måned havde også lægeföreningen overvægt som emne i deres Ugeskrift for læger.

Hvad er den bedste og mest effektive behandling?

Skal vi slå et slag for ensrettede tilbud, eller er vi tilfredse, så længe der er et behandlingstilbud?

Eller er det profilen på den, der udfører behandlingen, FaKD er mest interesseret i?

Vi undrer os selvfølgelig gang på gang, hvis vi ser, at profilen på behandleren ikke har den bachelorbaggrund, vi jo foretrækker og mener er den rette profil. En kostvejleder med 3 ugers kursus kan selvfølgelig ikke det samme som en bachelor i ernæring og sundhed, og det er helt useriøst at slippe overvægtige løs i hænderne på disse. I de tilfælde, hvor vi taler om overvægtige med comorbiditet, kan det i værste fald gå hen at blive farligt, hvis behandleren ikke har den rette baggrund.

Måske lyder det simpelt at behandle overvægt, men det vi ved alle, at det ikke er. Det er yderst komplekst, og der er mange metoder.

Vi ved, at vi kan behandle fedme - også uden kniv og medicin. Men om vægttabet holder på langt sigt, er udfordret af mere, end om diætisten kan sit kram. Det er ærgerligt, hvis det opfattes som en fiasko, eller at vægttabet er nyttesløst, hvis folk tager på igen efter deres vægttab.

Der er mange parametre, der kan monitoreres, når vi skal se på resultatet af, om forløbet har været en succes. Skal målet for BMI passe ind i kurven, er kolesterol- og levertal bedret, er kondien forbedret, blodtrykket og blod-

sukkeret? Den allerbedste sidegevinst ved et vægttab er, når det går i arv i familien. Når det overvægtige barn behandles, og forældrene også forbedrer deres sundhedsprofil, eller omvendt. Alle disse positive resultater skal vi være bedre til at vise og dele, som vi gør her i dette nummer af Diætisten. FaKD opfordrer alle, der arbejder med overvægt, til at vise deres resultater og succeser. Både som pilotstudier, forskning, rapporter, oversigter og case-stories.

Kirurgi er for de få og ikke for de fleste. FaKD's juleønske er, at I skal være førstehandsvalg til behandling af overvægt. I skal ikke være alene om det, men arbejde tværfagligt. Der skal måles på så mange parametre som muligt, så vi kan vise politikerne, at det nytter, og motivere patienten til at fortsætte.

Sidste år ønskede jeg bl.a. at "...kronikere i fremtiden vil få lige og fri adgang til at kunne få hjælp, hvis der er behov, ved en klinisk diætist." Det er faktisk gået i opfyldelse, da Sundhedsstyrelsen har udgivet "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom". Her fremgår det under kompetencer for ernæringsindsatsen, at "Individuel diætbehandling bør gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist". Det er også nævnt, at kostvejledning skal gives af fagpersoner med ernæringsfaglig baggrund på BA niveau. Det er FaKD meget tilfredse med, også selvom det er en anbefaling og ikke en lov.

Som I ved, kan små skridt virke for de overvægtige, selv om der så er langt til målet, og tålmodigheden sættes på prøve. Sådan er det også for vores mål og delmål, men vi må ikke give op. Vi opnår lidt år efter år, og hvis alternativet er, at intet opnås, skal vi være tilfredse med lidt fremfor ingen succes. I bakker op om FaKD's arbejde, og det er vi taknemmelige for. Med det vil jeg ønske rigtig glædelig jul og godt nytår til alle jer og jeres familier.

Jeg håber på et år for os alle med fortsat fokus på ernæring som behandling for både store og små, gennem alle livets faser.

UDGIVER:

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

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

ANSVARSHAVENDE

Mette Pedersen
mp@diaetist.dk

Deadlines næste udgivelse

Sidste frist for indlæg 5. december.
Sidste frist for annoncer 5. januar.
Nr. 145 udkommer februar 2017.

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

Promovista. Tlf. 20 31 80 01

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

SEKRETARIATSADRESSE

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

Mandag - fredag kl. 9-13.00

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

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

INDHOLD

KORT NYT	5
<hr/>	
ARTIKLER	
Diætismens ordsalat varsler den nye forbudstid	9
<hr/>	
FOKUS PÅ FEDME OG VÆGTTAB	
Fedme og varigt vægttab	12
Livsstilsintervention på DanSteel	14
Kommunernes tilbud til overvægtige	18
En ulykke kommer sjældent alene	20
Forstå patientens overvægt	22
<hr/>	
BACHELOR	
Færre proteiner, bedre ernæringsstatus? Proteinrestriktion og kronisk nyresvigt	25
<hr/>	
NCP-KLUMMEN	
Samarbejde om NCP i uddannelse og praksis - nationalt og internationalt	28
<hr/>	
FORSKNINGSKLUMMEN	
Sufficient ernæring til lungemedicinske patienter er omkostningseffektiv og potentielt omkostningsbesparende	30
<hr/>	
MIN DIÆTISTDAG	
Vigtige vitaminer til vinteren	33
<hr/>	
ADVOKATEN	
Kitteltillæg. Betaling for tjenestedragt	34
<hr/>	
NYE BØGER OG ANMELDELSER	35
<hr/>	
KALENDER 2016 - 2017	39
<hr/>	



Træt af dårlige nyheder?

HER KOMMER TO GODE!

For at kunne få nok af den rette ernæring er det vigtigt, at den er god. Derfor udvider vi vores allerede brede sortiment af Resource 2.0 med yderligere to gode smagsvarianter: Mintchokolade og Ananas-Mango. Lige som de andre Resource 2.0 giver de maksimal energi på minimal volumen (2 kcal/ml) og er ernæringsmæssigt fuldgyldige ernæringsdrikke med protein. Det var da gode nyheder?

TO NYE
SMAGS-
VARIANTER!



For sundhedsfagligt personale
Medicinsk ernæring under lægeligt tilsyn

Nestlé Health Science
Arne Jacobsens Allé 7, 2300 KBH S
Tlf. 35 46 01 67
www.nestlehealthscience.dk



Nestlé Health Science

"APPETIT PÅ MÅLTIDET"

FaKD har søsat nyt projekt

Hensigten med projektet er udvikling af NYT inspirationsmateriale og uddannelse af kommunalt personale på baggrund af undersøgelse og afprøvning af rehabiliterende aktiviteter og indsatser i forhold til mad og måltider for hjemmeboende ældre.

En høj andel af ældre borgere i hjemmeplejen er undervægtige, og konsekvensen heraf er bl.a. nedsat livskvalitet, nedsat funktionsevne, dårlig livsmestring samt et øget behov for hjælp til almindelige dagligdags aktiviteter.

Det har stor betydning for ældre borgere at være herre over blandt andet mad og måltider, fx at have indflydelse på, hvad man spiser, med hvem og hvornår. Denne indflydelse kan gå tabt ved den måde, man aktuelt organiserer madservice og hjælp til mad og måltider og kan dermed have betydning for den ældre borgers lyst til at spise. I forlængelse heraf savner nogle ældre borgere fællesskabet om måltidet, og det kan også have betydningen for lysten til at spise.

Ældre borgere med nedsat funktionsevne skal ifølge serviceloven tilbydes et rehabiliteringsforløb med henblik på at nedsætte behovet for hjælp, men i disse forløb er der kun sjældent fokus på aktiviteter i forhold til mad og måltider, og der mangler viden om betydningen af sådanne rehabiliteringsforløb.

Formålet med det aktuelle projekt er at undersøge og afprøve, hvilken effekt det har på ældre borgere, der er kommunalt visiteret til madservice

og/eller er visiteret til hjælp til mad og måltider fra hjemmeplejen, at de involveres i indsatser og aktiviteter omkring maden og måltiderne på henholdsvis de ældre borgeres livskvalitet, funktionsevne og livsmestring.

Projektet skal igennem flere faser, hvor første del er et udviklingsforløb med litteratursøgning, fokusgruppe-interviews og workshop. De fundne indsatser og aktiviteter skal herefter indgå i et nyt inspirationsmateriale, som igen skal bruges i uddannelsen af kliniske diætister og andre personalegrupper i forbindelse med borgeres rehabilitering og fokus på ernæringsstatus samt mad og måltider. Materialet skal også bruges af de kliniske diætister og andre personalegrupper i en undersøgelse med 130 ældre borgere i Odense Kommune. Sidst i projektet er det planlagt, at to andre kommuner skal afprøve materialet til brug i egen kommune.

FAKTA om APPETIT PÅ MÅLTIDET

Projektejere: FaKD og Odense Kommune

Projektperiode: sep 2016 – aug 2018

Projektsamarbejde og finansiering: Måltidspartnerskabet, Foreningen af Kliniske Diætister, Professionshøjskolen Metropol, Odense Kommune, Fødevarestyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Kost- og Ernæringsforbundet

Projektledelse: Foreningen af Kliniske Diætister

Den danske udgave af NCP blev officielt lanceret den 14. oktober 2016

Den danske oversættelse af terminologilisterne er blevet opdateret og revideret. Der er derudover kommet en revideret dansk udgave af NCP-modellen, ligesom de 4 snapshots nu også er oversat til dansk. Terminologilisterne har gennemgået en betydelig revision, og vi anbefaler derfor alle medlemmer, som anvender NCP at downloade den reviderede udgave og anvende den fremadrettet.

Oversættelserne omfatter:

- Snapshots 1,2,3,4
- Terminologilister 1+4,2,3
- NCP Modellen

eNCP - online NCP manual

Du kan få adgang til eNCP, hvor du kan finde alt materiale, der er udgivet omkring NCP.

Materialet kan findes på <https://ncpt.webauthor.com> (kræver eget login).

Det øvrige NCP-materiale er på engelsk, men ultimo 2016 og primo 2017 udkommer mere materiale på dansk.

Der er uddybende forklaringer til hver enkelt diagnose og videoer online, der forklarer, hvordan hele NCP processen foregår, fra patienten træder ind af døren.

Som medlem af FaKD kan du få dig eget login til eNCP. Kontakt post@diaetist.dk for at få dit login.



Kræftplan IV mangler fokus på ernæring

FaKD var repræsenteret ved Mette Pedersen og Karin Kok til den første politiske landskonference om kræftbehandling i Danmark. Formålet med konferencen var at tegne et helhedsbillede af kræftsituationen i DK og få input og perspektiver fra politikere, patientorganisationer og de faglige eksperter, som hver dag arbejder på at skabe bedre muligheder for kræftpatienter og deres pårørende.

I Danmark har vi årligt 39.000 nye kræfttilfælde, og i 2030 forventes det, at over 55.000 vil få konstateret kræft.

Her følger Mette Pedersen beretning fra konferencen:

Jeg havde inviteret Karin Kok, ledende diætist på Rigshospitalets børneernæringsenhed med til konferencen, og vi var meget interesserede i at høre, om der også var fokus på handlinger mod underernæring under kræftsygdomme.

Første del af konferencen handlede meget om rygning, som indtager en klar førsteplads, når politikere tænker på kræft. Dernæst var en behandlingsansvarlig læge i centrum af diskussionerne for at belyse, hvordan vi kan skabe de bedste sammenhængende patientforløb.



Per Larsen, tidl. Chefpolitiinspektør, og Ritt Bjerregaard kom også på scenen, og nu blev fokus drejet over på ernæringen på sygehusene. Under den politiske debat med sundhedsordførerne, hvor de skulle uddybe deres politiske visioner og konkrete indsatser for kræftområdet med udgangspunkt i kræftplan IV, sad vi klar på første række for at lytte og for at stille spørgsmål. Så skete det ganske uventede:

Politikeren, May-Britt Katstrup (LA) sagde selv: "DER MANGLER HELT KLART FOKUS PÅ ERNÆRING I KRÆFTPLAN IV", hvilket fik moderatoren til at replicere: "Nu kan diætisternes formand her på første række næsten ikke tro sine egne ører", - og det havde han ret i.

Vores arbejde i "kampen mod kræft"-kampagnen, deltagelse i kost- og cancersamarbejdet og forum for underernæring, samt det daglige arbejde på twitter og andre sociale medier viser sig nu at give pote. FaKDs synspunkter er blevet hørt.

Kræftpatienternes ernæringstilstand skal i fokus.

FaKD mener, at der skal sættes ind vha. brugen af vores faggrupper både ift. forebyggelse ude i kommunerne, i sundhedscentrene og via de privatpraktiserende læger, samt på hospitalerne for både indlagte og ambulante patienter. Vi skal arbejde videre på at overbevise politikerne, regionerne, kommunerne og lægerne om, at det er os, der er en del af løsningen på optimering af kræftbehandling i DK.

ÅRSMØDE I Dansk Selskab for Adip

Fredag d. 7. november deltog FaKDs næstformand i årsmødet for DSAF i Nyborg (årsmødet fortsatte lørdag). Programmet omhandlede i vid udstrækning behandling af overvægtige børn. Der var således fremlæggelse af ikke mindre end fem ph.d.-projekter fra børneafdelingen på Holbæk Hospital – den såkaldte "Holbæk-model". Der er ingen tvivl om, at resultaterne af Holbækmodellen er rigtig fine. Problemet er bare, at der ikke er noget reelt sammenligningsgrundlag da der ikke er lavet tilsvarende, omfattende ph.d.-projekter, som omhandler andre behandlingsmetoder til børn med overvægt. Ud over behandling af overvægt hos børn i Holbæk, var derdesuden et oplæg fra MD ph.d. Niels Jessen om brunt fedtvæv som potentielt terapeutisk værktøj i behandlingen af overvægt. Bjørn Richelsen,

professor, gav en update omkring fedmekirurgi, og professor Berit Heitmann præsenterede det nye NoHow projekt, som skal forsøge at knække koden på bevarelse af væggtab. Projektet er omtalt i både dette blad og oktoberudgaven af Diætisten, hvor du også kan læse, hvordan man melder sig eller sine patienter til forsøget. Se desuden mere på: dk.nohow.eu Camilla Mandrup, ph.d., forelagde nogle spændende resultater fra sin undersøgelse af sundhedseffekterne af høj-intensiv træning på post-menopausale kvinder, som viser sig at være lige så gode som for pre-menopausale kvinder. Der var ud over ovenstående flere spændende resultater af ph.d.-projekter omhandlende årsager til - samt behandling af overvægt.

Nyt projekt i Aarhus: "Madkurven - kom godt hjem fra hospitalet"

Pilotprojektet har til formål at arbejde med overgangen mellem region, i dette tilfælde Aarhus Universitetshospital, og Aarhus kommune, så borgeren oplever sit forløb sammenhængende og ukompliceret. Der inkluderes 50 patienter i pilotprojektet, og håbet er, at resultaterne kan danne grundlag for et større videnskabeligt projekt. Målene med projektet er at undersøge, om genindlæggelser og mortalitet kan reduceres, samt om indsatsen kan være med til at hindre vægttab, og dermed give borgeren et bedre grundlag for rehabilitering. Projektet tager udgangspunkt i et samarbejde om ernæringsindsatsen på tværs af sektorerne.

Midlet til at opnå ovenstående er en madkurv med mad til fire døgn, det vil sige både hoved- og mellemmåltider samt tre besøg af en klinisk diætist i løbet af otte uger. Ved besøgene indsamles der data til evalueringen af projektet, og borgeren får vejledning i energi- og proteinrig kost.

Kort tid efter udskrivelsen får borgeren besøg af en ernæringsassistent, som vejleder i opvarmning af maden samt indsamler en temperaturlogger. Kølekæden kan så følges og give et billede af, om det er forsvarligt at sende maden med patienten/borgeren hjem fra hospitalet.

Projektet evalueres på borgerens vægt, håndgrebsstyrke, rejse/sætte sig test, EuroQol, antal ydelser, som kommunen yder to måneder efter udskrivelse, genindlæggelser samt mortalitet.

Derudover vil projektlederne arrangere fokusgruppeinterviews af medarbejdere i Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital kort efter projektets afslutning for at undersøge, hvordan samarbejdet på tværs af sektorerne har fungeret.

Projektet får økonomisk støtte fra både Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune.

Projektperiode: 1. september -31. december 2016.

Ligeledes har Kost- & Ernæringsforbundet givet økonomisk støtte til projektet. Projektbeskrivelse kan rekvireres på: rien@aarhus.dk



ositas Forskning (DSAF)

Årsmødet var samlet set på et højt fagligt niveau og bestemt relevant for alle sundhedsfaglige, som arbejder med behandling af overvægt i det daglige. Derfor var det også ærgerligt, at der kun var ca. 40 fremmødte, hvoraf mange selv skulle holde oplæg på dagen. Af de fremmødte var der blot fem kliniske diætister.

FaKD vil derfor anbefale, at I holder øje med DSAF's fremtidige arrangementer på: www.dsaf.dk. Tøv ikke med at tilmelde jer.

Trine Klindt
Næstformand i FaKD



Årsmødet 2016



Fredag d. 11/11 afholdt FaKD det 21. årsmøde. Denne gang blev mødet afholdt i Odense, og ca. 70 diætister og KD-studerende havde fundet vej til årets vigtigste begivenhed i FaKD-regi.

Jeg kan godt blive stolt over at være medlem af en forening med så mange engagerede medlemmer, men vi kan også være stolte af selve årsmødets indhold, som både oplyste, var underholdende og bragte os sammen. Hele formiddagen omhandlede behandling af børn med adipositas. Først med et oplæg af Stina Maria Hansen, KD, som har arbejdet otte år på børneafdelingen i Holbæk og især med Holbækmodellen til behandling af børn med adipositas. Derefter fulgte et oplæg af Kenneth Christiansen, kok, KD og kandidat i pædagogik, som omhandlede en anden metode til behandling af samme patientgruppe. Denne metode har vi valgt at kalde Herningmodellen, da Kenneth har arbejdet med metoden i et længere projekt i Herning kommune, samt som privatpraktiserende og i Ernæringsenheden Vest i Region Midt. Holbæk- og Herningmodellerne er meget forskellige, men begge har det formål at sætte fokus og optimere netop behandlingen af børn med adipositas, hvilket på sigt må med-

føre mere evidens omkring behandlingsmetoder til patientgruppen og samtidig tilføre et nationalt fokus på behovet for behandling af netop disse børn. Der var mange spørgsmål fra salen og meget inspiration at hente.

Efter en meget diætist-venlig frokost havde årsmødet besøg af overlæge Henrik Kjær fra Odense Universitetshospital. Her blev vi klogere på udredning og behandling af især børn med fødevarerallergi. Henrik har speciale i både pædiatri og allergi og forstod på pædagogisk vis at få klarlagt evidens, gråzoner og myter i forbindelse med fødevarerallergi. Sidste oplæg omhandlede NCP og Den Motiverende Samtale og især samspillet mellem disse to redskaber. Charlotte Persson, lektor og cand.scient. i klinisk ernæring samt Nanna R. Lang, lektor, ph.d. stud., cand.psych. forklarede flot og i samklang salen, hvordan Den Motiverende Samtale tænkes ind i NCP-modellen. Samtidig kunne de og Luise Kopp fra FaKDs bestyrelse fortælle om det fælles nordiske NCP samarbejde, de danske oversættelser af NCP og FaKDs fremtidige kurser om NCP i foråret 2017.

Som afslutning kunne formand for FaKD Mette Pedersen kort berette om alle de fine

tiltag, der er sket i foreningen i 2016, herunder projektet Appetit På Måltidet (APM), som er et Måltidspartnerskabs projekt med FaKD som projektleder og projektejer. Det er omkring behandlingsmetoder til patientgruppen.

Læs mere om projektet på: <http://www.diaetist.dk/presse/nyheder-fra-fakd/nyhedsarkiv/fakd-og-maaltidspartnerskabet-indgaar-aftale-om-nyt-projekt/>

Sidst, men ikke mindst, kunne vi kære årets medlem og årets studerende, som blev:

- Jette Thomsen Fabricius (årets medlem)
 - Christian Antoniussen (årets studerende)
- Stort tillykke til jer begge.

Tak for et godt årsmøde til alle, der deltog, alle virksomhederne, som havde valgt at hive en dag ud af kalenderen for at præsentere deres produkter for vores medlemmer, og selvfølgelig tak til alle oplægsholderne, som gav denne dag et interessant og fagligt indhold.

Trine Klindt, Næstformand i FaKD



Diætismens ordsalat varsler den nye forbudstid

Vores kost og vores kroppe bliver dele af et symbolsk tegnsprog i det store projekt om vellykket selvrealisering – men presset for 'nutritionistisk' selvdisciplinering kan koste dyrt.

Af Finn Skårderud, psykiater, Institutt for spiseforstyrrelser/Villa SULT, Oslo

Hvad skete der med børnefødselsdage? Tidligere var der skæg og ballade, fiskeleg med godteposer, pølser til alle. Nu møder mange op med en e-mail fra forældrene, der oplister alt det, deres barn ikke kan tåle at spise.

Diagnoser har indtaget børnefesterne. "Jeg kan ikke tåle det", er blevet en fast vending. Selv om vi ikke er helt på det rene med, hvad det så skal betyde. Det er et markant tegn i vores tid, at der investeres en betydelig interesse i mad og sundhed – at mad og næringsstoffer italesættes som frelse eller dæmoni. For nogen er denne nye kræsenhed en sund interesse. For andre er den stærk tro. For andre igen en kilde til sundhedsangst. Nogle føler, vi lever i en ny forbudstid. Alt i alt er det én stor babylonisk forvirring. Og noget af det, som med garanti forvirrer, er, at sundhed og skønhed rodes sammen. Man siger 'sund', men mener gerne 'tynd'.

Og det, mange mener med 'tynd', er for tyndt til også at være sundt. Dette skal handle om kostråd, overdrivelser, menneskesyn – og ikke mindst om sprog. Vi spiser ikke sprog, men sproget bliver til fortællinger. Og disse fortællinger er med til at skabe både personlige og kollektive virkeligheder. Vi bliver hurtigt fanget ind af det, som forekommer os at være virkeligt. Hvad med fortællingerne om sund kost og helse? Hvad er tro og viden, myter og evidens, fornuft og angst, salgsgas og simpelt humbug? Mad og sundhed er følsomme temaer. Jeg finder det bekymrende, at så mange af vores samtaler om kost og sundhed i så høj grad ligner det, vi kender fra spiseforstyrrelsernes psykologi: enten-eller, sort-hvidt – alt eller intet ...

Jeg skriver altså denne tekst for at advare om en mulig fare. Er det ikke, som om at mange af vores fortællinger om sund mad i sig selv går hen og bliver usunde? Fortællinger er med at til at skabe adfærd. Dette rammer også vores forhold til maden, til kroppen, til sindet – og til hinanden. Hos nogen

sætter maden sig fast i hovedet snarere end i halsen. I min profession som psykolog kommer jeg ekstra tæt på de negative sider. Et snæversynet fokus på madens indhold kan desuden true måltidet som socialt fællesskab.

Det gode kan blive dårligt

Der er stort set altid 'noget om' de råd, vi får. Men dette 'noget' rykkes helt ud af sammenhænge og proportioner. Der er god livsvisdom i at holde fast i det græske ord pharmakon. Det betyder både 'lægemiddel' og 'gift'. I praksis handler det ofte om at dosere. For meget af det gode kan blive dårligt for dig.

For min egen del har jeg ingen kostråd ud over dette: "Spis rimeligt varieret i rimelige mængder". "Og spis mest muligt frugt og grønt" – af hensyn til kloden. Gode ernæringsråd bør tage udgangspunkt i, at alt for mange er alt for optagede af ernæring på en forfejlet måde.



Jeg ved selvfølgelig meget vel, at mange spiser usundt, og at fedme er et omfattende problem. Alligevel er det vigtigt at skelne mellem både det sundt sunde, det usundt usunde – og det usundt sunde. Mange af dem, som overspiser, er egentlig gået på 'diæt', men 'knækker' under selvdisciplin tvangen. Forskeren Annechen Bahr Bugge fra det norske Statens Institutt for Forbrugsforskning er forfatter til en omfangsrig rapport om norske madvaner: "Mad, måltid og moral – hvordan spise rett og riktig", der kom i 2015 (1). Her er der mange gode iagttagelser at hente. Mange har en sund interesse i sund kost og er optaget af økologi og miljø, ligesom måltidet er en vigtig social institution.

Men hun skriver også om, hvor mange i dag der oplever et mere anstrengt forhold til mad. En hovedpointe er, at mad bliver til moral. Hvad man spiser eller ikke spiser, bliver til udsagn om identitet, om hvem man vil være og høre til. Kosten og kroppen er en del af et symbolsk tegnsprog i det store projekt om vellykket selvrealisering. Man er, hvad man spiser.

I bogen "Nutritionism – the Science of Dietary Advice" sætter australske Gyorgy Scrinis meget på plads (2). Han skriver om madens politik, sociologi, filosofi og teknologi. Ifølge ham begyndte det at gå galt i midten af 1800-tallet. Det var dengang, man for alvor opdagede og begyndte at fokusere nøje på madens enkeltingredienser. Han kalder dette detailfokus for 'nutritionism' og analyserer det på én gang som paradigme og ideologi. Han anvender, som Marx, ideologibegrebet i betydningen 'falsk bevidsthed'. Denne 'dårliche tænkning' har ifølge forfatteren præget både forskningen, mediebilledet og den fol-

kelige retorik om mad og helse. I 1960'erne blev der for alvor sat fokus på 'gode' og 'onde' ingredienser. I takt med velstandsgangen gik man fra at være mest optaget af manglerne – såsom mangel på vitaminer – til at bekymres for, om folk spiste for meget. Det var den tid, da man for alvor begyndte at gå løs på fedtet. Siden er der kommet stadig nye dæmoner til.

Hvad er det, som ifølge Gyorgy Scrinis går så galt i vores fokus på ingredienser? Det er hele den reduktionisme, som består i at bryde mennesket op i en række fordøjelsesfunktioner. Maden gøres til en ansamling af separate næringsstoffer. Helheden ryger. Nutritionismen er et indskrænkende menneskesyn, en grum materialisme – og en tingsliggørelse af livsverdenen.

Scrinis pakker sin kritik ind i akademisk jargon, men den findes også i mere populærvidenskabelig version. Michael Pollans "In Defense of Food" er netop et forsvar for maden som sådan, før maden bliver stykket op i sine bestanddele (3). Steven Pooles "You Aren't What You Eat" er et underholdende, saftigt og velrettet slag imod tanken om, at vi bliver, hvad vi spiser (4). Vi er så meget mere.

En anden af Scrinis' pointer er, at der ikke findes belæg for, hvad denne ideologi lover om helse, lykke, IQ, sygdom og død. Mad er vigtig, men ikke så vigtig – hvis bare vi husker at spise rimeligt varieret og i rimelige mængder. Scrinis beskriver et særligt blik, 'nutritional gaze', hos tidens nutrientriske personer. Med nutriblikket læses maden, før den spises: Broccolien er mest antioxidant, mens smørret er hjertedød.

En apotekerdisk

Nutritionisme repræsenterer også en medikalisering ved at reducere maden til dens medicinske egenskaber. Den franske filosof Pascal Bruckner skriver i bogen "Evig eufori" – essay om pligten til at være lykkelig om, hvordan spisebordet begynder at ligne en apotekerdisk (5). For min egen del bryder jeg mig ikke om bokser med proteinpulver i omklædningsrummet. Hvad er der nu i vejen med mad? Logikken tilsiger, at visse kosttilskud kan blive en genvej til egentlige dopingmidler.

Med en sådan tilgang til maden og tilværelsen kan vi ende med diskussioner som følgende: Hvad er sundest: grønkål, som lige netop nu er noget af det hotteste sunde, eller den gode gamle spinat? Sandsynligvis er det umuligt at give et fornuftigt definitivt svar på spørgsmålet. Og det er næppe grønkål versus spinat, der afgør, hvor gammel man bliver. Der må nok spises meget grønt for at kompensere for helbredseffekter af for eksempel ensomhed.

Mad bliver altså medicin. I kølvandet på medikaliseringen af maden følger den diætiske tænkemåde. Diæter er noget for syge folk. Hensigten med dem er, at de skal blive raske. I den forstand er det foruroligende, at vi er titusinder, der er begyndt at medicinere os selv med diæter uden at være syge.

Hvilke diæter skal man vælge? Her opstår så den store forvirring. Hvad er sundest? Hvordan bliver jeg slank? Hvad er sundt nu, som var farligt før? Og omvendt? Hvem skal vi tro på, om nogen? Skal man vælge low carb, Atkins, paleo, makrobiotisk, chia-frø, pillediæter, periodisk faste, glutenfri, hvidvindsdiæter,

ten, raw food, 5:2 kuren, laktosereduceret, blodtypediæten, ph-diæten osv.

Det er en voldsom portion ordsalat, og det er derfor befriende, at den polemiske kok og skribent Andreas Viestad har lanceret "antidiæten". Diæter virker i det lange løb ikke, fastslår han med belæg i forskning (6), undtagen for de ganske få, som på grund af visse specifikke og definerede lidelser må følge dem. Så hold op med det, formaner han. Og er helt på linje med Geoffrey Kabat, som i bogen "Hyping Health Risks" skriver, at sukker, salt, kød og mel ikke er 'den nye tobak' (7).

Tarmen er populær

Under en mellemlanding på en italiensk flyveplads for nylig var der en forside, som råbte til mig fra aviskiosken. En nøgen kvinde med stilethæle sidder krumbøjet over vægten. Teksten er "Dietomani", og opslaget inde i ugemagasinet Panorama spekulerer i "kommende manier". Snart kommer nok diæten 'Happy Gut'. Vejen til lykken vil her gå via tarmfloraen. Tarmen er i det hele taget populær for tiden. Tyske Giulia Enders bog "Tarme med charme" har alene i Norge solgt 70.000 eksemplarer. Selv er jeg ret usikker på, hvor charmerende tarmen nu også er. Der findes et mentalt slægtskab mellem nutritionisme og spiseforstyrrelser – den overdrevne fokus på madens og kroppens

detaljer. Nutritionismen i dens radikaliserede version kan ende med den variant af spiseforstyrrelser, som den amerikanske læge Steven Bratman har døbt 'ortoreksi', overdreven optagethed af sundhed (8). Angsten iklæder sig næringsstoffernes dragt, og kostindholdet snævres ind.

Vi, som arbejder med spiseforstyrrelser, har mærket ortoreksiens indtog i de senere år. Terapeutisk arbejde med spiseforstyrrelser kan være meget krævende. Det bliver ikke lettere, hvis den syge har sat sig i hovedet, at han eller hun er særligt sund.

Jeg vender tilbage til begyndelsen. Mit billede af børnefødselsdagen fortæller os, at vi lige nu er i gang med at give dette videre til den næste generation.

Det kan godt bekymre mig.

Artiklen bringes med tilladelse fra Finn Skårderud og Dagbladet Information, hvor artiklen blev bragt den 13.7.2016.



KONTINGENT bliver billigere!

På FaKDs generalforsamling d. 11/11 2016 blev det vedtaget at nedsætte FaKDs kontingent for aktive medlemmer således at det fra 1. januar 2017 kun koster 460 kr./mdr. at være aktivt medlem.

Det blev desuden vedtaget at studerede fortsat skal have gratis medlemskab.

Referencer

1. Bahr Bugge A (2015). Mat, måltider og mora. - Hvordan spise rett og riktig. SIFO, fagrapport nr. 3. Lokaliseret på http://www.sifo.no/files/file80368_sifo_fagrapport_3_2005_mat.pdf
2. Scrinis G (2013). Nutritionism: The Science and Politics of Dietary Advice. New York: Columbia University Press.
3. Pollans M (2008) In Defense of Food: An eater's manifesto. New York: Penguin Books
4. Pooles S (2012). You Aren't What You Eat: Fed up with gastroculture. Aurum Press
5. Bruckner P (2010). Perpetual Euphoria: On the Duty to Be Happy. New Jersey: Princeton University Press
6. Viestad A (u.å). <https://andreasviestad.com/>
7. Kabat G (2008). Hyping Health Risks: Environmental Hazards in Daily Life and the Science of Epidemiology. New York: Columbia University Press.
8. Enders G (2015). Tarme med charme - alt om et undervurderet organ. People's Press



Fedme og varigt

Af Professor Berit L. Heitmann, Frederiksberg Hospital og Københavns Universitet. Berit.lilienthal.heitmann@regionh.dk

Fedmebehandling har en fremtrædende plads i mange danske diætisters hverdag, og når omkring halvdelen af den voksne danske befolkning er overvægtige, og 10-15% har et BMI på mere end 30, er det ikke underligt. Desværre er der ikke meget, der tyder på at dette billede kommer til at vende foreløbig på samme måde, som vi har set det, eller i konsekvens af den stagnation, vi har set siden 2002 i fedmeforekomsten hos danske skolebørn (1).

Det er således ikke første gang, fedmeudviklingen hos danske indskolingsbørn har taget sig en pause (2). Sidst vi så det, var for børn født fra midten af 1950'erne og frem til slutningen af 1960'erne, hvor forekomsten af egentlig børnefedme var konstant og lå på ca. 1/1000 af indskolingsbørnene. Tilbage fra tiden før 2. verdenskrig så vi også en stagnation i fedmeudviklingen, men med en forekomst på kun 1/1000 af børnene. I dag er der igen en stagnation i børnefedmeudviklingen, men stagnationen sker på "et højere niveau", og i dag ser vi fedme hos ca. 1/25 af danske indskolingsbørn (7-årsalderen) – altså omkring en 40-dobling i forekomsten siden krigen. Pauserne i fedmeudviklingen er forekommet med ca. en generations mellemrum, og hvis vi vover at fremskrive udviklingen, på basis af tidligere erfaringer – og velvidende, at det er svært at spå – især om fremtiden, skal vi forvente, at der allerede om 3-5 år igen sker en stigning i forekomsten af børnefedme.

Fedmebehandling foregår i dag i mange forskellige regi, og flere kommuner har udviklet nye tilbud. Dorte Sonnenborg skriver i dette nummer af Diætisten om projekt "Stålvæsværk", som er et initiativ i Halsnæs Kommune med fokus på behandling af overvægt. Heldigvis viser rigtig mange undersøgelser, at de fleste, og mange med hjælp fra diætist, har succes med at tabe sig. En tommefingerregel siger, at op mod 95% af de, der ønsker et vægttab, mindst én gang har haft succes med at tabe sig. Udfordringen kommer, når det handler om at holde vægttabet på lang sigt. Her siger tommefingerreglen, at det mestrer kun 5%. Der er således et udækket behov for at finde langsigtede løsninger i forhold til vægtvedligeholdelse. Kirurgi er en behandlingsmulighed med generel langsigtet holdbarhed – men er

kun en mulighed for de få, og aldrig en løsning for de fleste af de omkring 160.000 voksne danskere med overvægt og fedme. Tilbage står derfor en stor gruppe mennesker, der har haft succes med at tabe sig i vægt, men har udsigt til at tage det hele på igen – og ofte mere til. Der mangler i dag tilbud til disse mennesker, så overvægten ikke igen vokser, og den nye vægt kan holdes i tiden fremover – ikke bare i de følgende måneder, men i år og årtier efter.

Tidligere vægtvedligeholdelsesstudier har fx fundet, at en kost med lavt glykæmisk indhold og højt protein kan hjælpe nogle (3). Men ligesom der er mange veje til et succesfuldt vægttab, er der formentlig også mange veje til langsigtet vægtvedligeholdelse. Det er netop ikke "one-size-fits-all", men skræddersyede, individuelle løsninger, der kan forventes at hjælpe forskellige mennesker til et langsigtet vægtvedligeholdelsesforløb. Derfor viser mange studier også, at et fokus på kosten – og en kostsammensætning tilpasset den enkeltes behov, og med udgangspunkt i den enkeltes præferencer og værdier – faktisk hjælper mange til at opnå det ønskede vægttab. Men hvad så derefter?

Vi afprøver for tiden - i projekt NoHoW, som vi tidligere har beskrevet her i Diætisten Nr. 143. 2016, om vi kan hjælpe dem, der allerede har haft succes med at tabe sig, med at holde vægttabet fremover. Vi tager udgangspunkt i, at hvis man allerede har haft et succesfuldt vægttab, så har man de redskaber og kundskaber, der virker, og som også kan bruges til at holde vægttabet vedlige fremover. I NoHoW projektet, som er finansieret af EU's Horizon2020 program, fokuserer vi derfor på at give folk redskaber, der motiverer dem til at holde både vægttabet og de mål, de har sat sig på langt sigt. NoHoW interventionen er bl.a. designet til at hjælpe i de perioder, hvor risikoen for vægtøgning er størst – nemlig, når vi er stressede eller i følelsesmæssig ubalance. NoHoW projektet leverer interventionen digitalt, og alle deltagere i projektet får udleveret et aktivitetsarmbånd, som måler søvn, hjerterytme og stress samt en Wi-Fi badevægt. Desuden får de adgang til en app på telefon og computer, som leverer intervention i form af bl.a. videoer, der fx handler om, hvordan man mestrer stressede situationer, slapper bedre af, lader sig motivere til at fortsætte, sætter sig mål og kommer videre med bevarelsen af det initiale vægttab.

vægttab

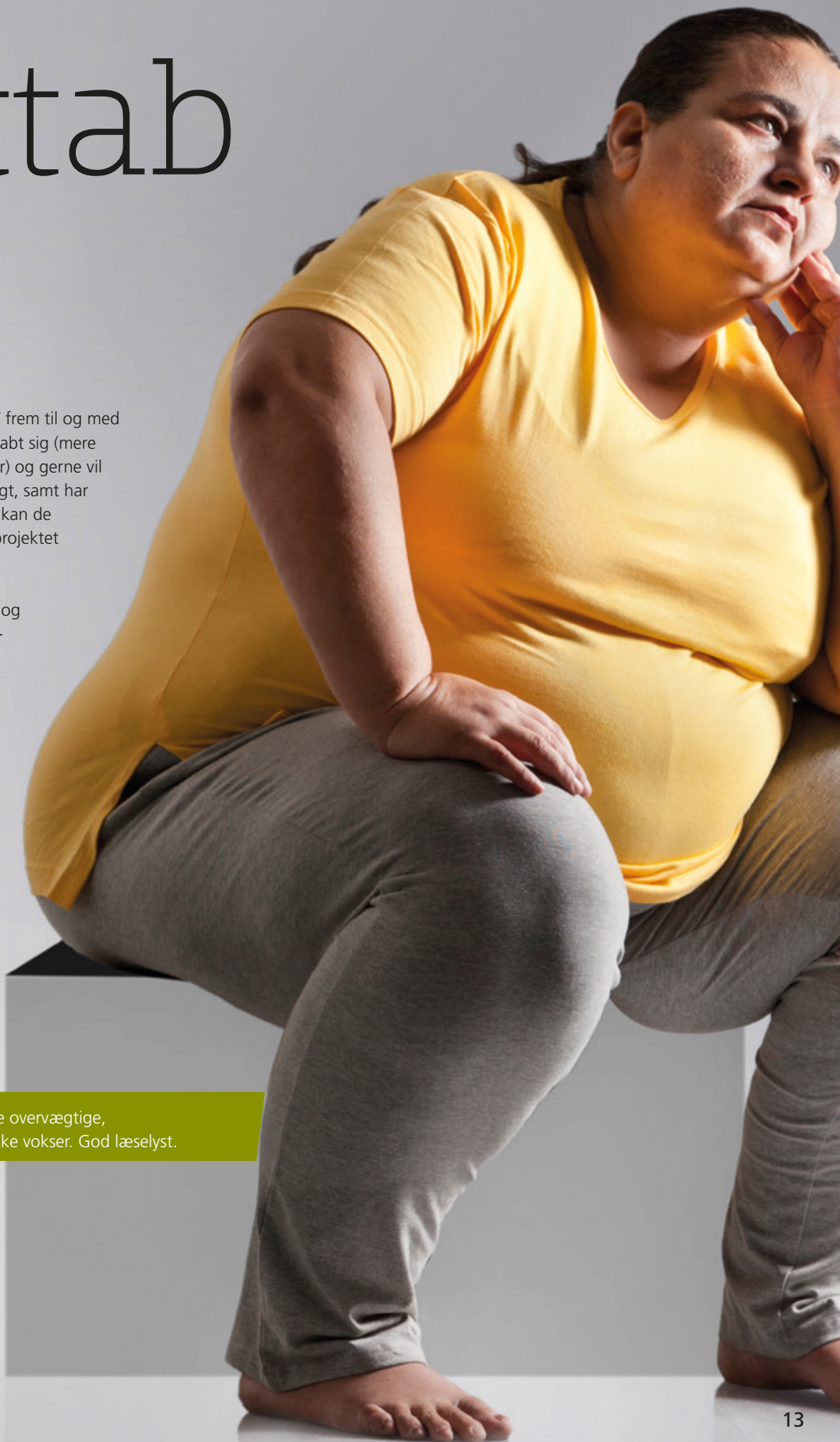
Vi rekrutterer stadig deltagere til NoHoW frem til og med maj 2017, og har du patienter, som har tabt sig (mere end 5% i løbet af de seneste 12 måneder) og gerne vil have hjælp til at holde vægten på lang sigt, samt har lyst og mulighed for at indgå i projektet, kan de tilmelde sig og få mere information om projektet på hjemmeside: <http://dk.nohow.eu/>

For at deltage, skal man være over 18 år og villig til at deltage i 5 møder på Frederiksberg Hospital i løbet af en 18 måneders periode.

Diætisten har i denne udgave fokus på de overvægtige, der har brug for tilbud, så overvægten ikke vokser. God læselyst.

Referencer

1. Pearson et al, Acta Paediat, 2010;99:1675-8
2. Olsen et al, Epidemiology, 2006;17:292-5
3. Aller et al, Int J Obes, 2014;38:1511-7



Livsstilsintervention på DanSteel

Det er en kendsgerning, at kommunerne landet over har en udfordring med, at udsatte borgere ikke benytter de kommunale sundhedstilbud i særlig høj grad. I Halsnæs Kommune er der indledt et succesfuldt samarbejde mellem en privat erhvervsvirksomhed og kommunens sundhedsafdeling. Via dette samarbejde er det lykkedes at få fat i målgruppen af mænd med lavt uddannelsesniveau. Mænd, som normalt ikke benytter sundhedstilbuddene.

Af Dorte Sonneborg, klinisk diætist, dorts@halsnaes.dk

I de seneste år har overvægtsforekomsten været stigende i Danmark. Dette gælder også i Halsnæs Kommune i Nordsjælland, hvor forekomsten af overvægtige voksne er højere end både regions- og landsgennemsnittet. Faktisk har Halsnæs Kommune den største forekomst af overvægtige i Region Hovedstaden. Dette hænger sammen med Halsnæs kommunes placering i kommunesocialgruppe 3, hvilket betyder, at kommunen har mange borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet, borgere med lav gennemsnitlig bruttoindkomst, mange borgere med kort uddannelse og en høj andel af 55+ årige.

Seneste tal fra Sundhedsprofilen 2013 viser at 55,1% af borgerne i Halsnæs kommune er overvægtige. Dette tal var 51,7% i 2010.

Byrådets mål frem mod 2017 er at reducere antallet af overvægtige borgere med BMI > 25 deltagelse på livsstilshold efter henvisning fra egen læge.

Som led i udmøntningen af overvægtsstrategien tilbydes kommunens borgere med BMI > 25 deltagelse på livsstilshold efter henvisning fra egen læge.

Livsstilsholdet er en uddannelse i et sundere liv, som tager udgangspunkt i borgerens egne ressourcer, mål og motivation. Der lægges vægt på egenomsorg, diætbehandling og fysisk aktivitet, ligesom kognitiv adfærdsterapi og arbejdet med vaneændringer spiller en aktiv rolle i forløbet. Udviklingen af interventionen, koordinering og tilrettelæggelse samt udførelsen af undervisningen varetages af klinisk diætist Dorte Sonnenborg.

Som ved de fleste af den type kommunale sundhedstilbud ses der en udfordring i at rekruttere de mandlige deltagere. En målgruppe, som ellers har et udtalt behov for et livsstilseftersyn, hvis vi kigger på gennemsnitsalderen, der er 4-5 år lavere hos mænd end hos kvinder. Med udgangspunkt i problematikken "Ulighed i sundhed" ønsker

Byrådets mål:

- At andelen af svært overvægtige er faldet med 5 procentpoint
- At andelen af moderat overvægtige er faldet med 5 procentpoint
- At andelen af fysisk inaktive er faldet 10 procentpoint



sundhedsafdelingen i Halsnæs Kommune at have et større fokus på, hvordan de kommunale sundhedstilbud når ud til mændene. I den proces opstod ideen om at afholde Livsstilsholdet med en privat mandsdomineret virksomhed som arena.

Den lokale erhvervsvirksomhed DanSteel producerer plade- og stangstål. Virksomheden har egen havn til shipping til udlandet og ligger tæt ved Arresø, der leverer kølevand til produktionen. DanSteel beskæftiger knap 500 medarbejdere. 82% af medarbejderne er bosiddende i Halsnæs Kommune, og det er overvejende mænd, som er ansat.

Deltagere

Hvert hold består af 10 -12 deltagere. Deltagerne bliver rekrutteret af DanSteels Senior Health & Safety Manager, Abalone Lind Andersen ud fra en individuel vurdering af den enkelte medarbejders livsstil. Normalområdet for BMI er mellem 18,5 – 25, mens deltagerne har et gennemsnitligt BMI på 33,1. Det vurderes derfor, at medarbejderne kan have glæde af en intervention af denne karakter.

"Det at Dorte kommer til os bryder nogle barrierer ned"
Abalone Line Andersen

Opbygning & indhold

Livsstilsholdet finder sted i Stålvalseværkets lokaler. Der er en fin synergieffekt mellem den individuelle vejledning og den gruppedynamik, der opstår i holdsammenhænge. Forløbet indledes med en individuel samtale, som indeholder vejning, måling af talje, fedtprocent og muskelmasse. Samtalen, der er den første af tre, tager udgangspunkt i disse data samt en kortlægning af medarbejderens kost- og motionsvaner. Medarbejderen bliver vejledt i, hvilke tiltag der med fordel kan integreres for at få en sundere hverdag og opnå et vægttab. Der udarbejdes en personlig kostplan, som sendes til medarbejderen kort tid efter samtalen.

”Den enkelte ansatte bliver glad for, at firmaet afsætter ressourcer til, at der bliver gjort noget for ham”
Abelone Line Andersen

Gruppeundervisningen består af fem mødegange fordelt over tre måneder. I gruppeforløbet bliver deltagerne undervist i sund kost, motion og søvn med det formål, at de fremadrettet vil være i stand til at træffe et sundere valg på et oplyst grundlag. Gruppen arbejder med at implementere sundere vaner, som passer til den enkelte medarbejders livssituation. Undervisningen har fokus på deltagerindvølvning via øvelser og workshops, ligesom der er fokus på fastholdelse af de nye vaner og støtte i omgivelserne bl.a. ved at sætte deltagerne sammen to og to, så man gennem hele forløbet følges med en buddy.

”Jeg tænker, at det er sundhedsfremmende at blive klogere på sund kost, inden man bliver alvorlig syg”
Abelone Line Andersen

Undervisningens temaer er: Værd at vide om mad & motion – del 1 og 2, Workshop – kend dine grøntsager, Find vej i supermarkedsjunglen, Flydende kcal og vigtigheden af at sove godt.

2. individuelle samtale inkl. monitorering i form af vejning og måling ligger efter 5. mødegang. Den 3. og afsluttende samtale finder sted efter yderligere 3 måneder.

Effekten af interventionen måles via elektroniske spørgeskemaer, som medarbejderne udfylder i forbindelse med samtalerne.



Krankrog. Foto: Jens Panduro.

”Vores tillidsfolk har ønsket mere viden om sund kost i forbindelse med natarbejde”
Abelone Line Andersen

Resultater

De opnåede vægtændringer spænder fra – 8,5 kg til – 2 kg.

Gennemsnitligt vægttab: - 5,2 kg efter tre mdr.

100% af deltagerne har opnået et vægttab.

Udover de kvantitative data, som repræsenteres af vægt og BMI, har vi ønsket også at måle kvalitativt i forhold til deltagernes eget syn på livskvalitet og succes med ændring af vaner.

Der ses en sammenhæng mellem deltagernes succes med vægttab og deres vurdering af eget helbred. Jo mere deltagerne formåede at leve op til egne mål for vægttab, jo bedre vurderede de deres egen helbred.

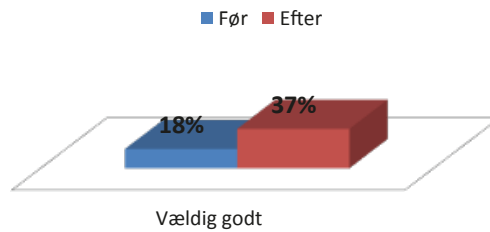
Luffoto. NLMK DanSteel.



Selvurderet helbred

Følgende er udvalgte svar fra deltagerne. Svarene er angivet som Før (før interventionen) og Efter (efter interventionen).

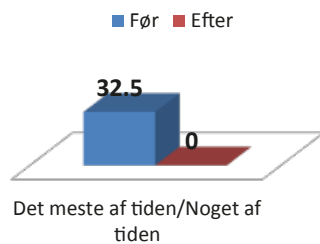
Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?



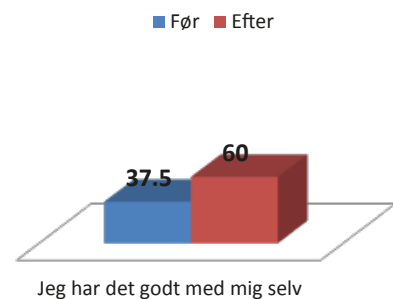
Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft udfordringer på grund af dit helbred?



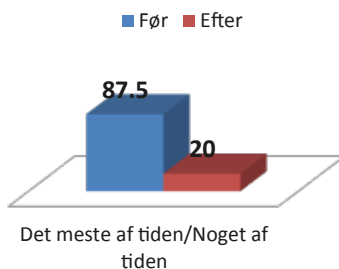
Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller aktiviteter, jeg har kunnet udføre.



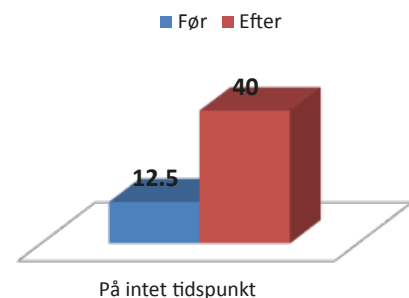
Hvordan har du det, det meste af tiden?



Jeg oplever, at mit overskud er mindre end det burde være.



Jeg har følt mig presset/stresset.



Det fremtidige samarbejde

Det succesfulde samarbejde på tværs af offentlig og privat virksomhed har affødt flere sundhedstiltag på DanSteel, bl.a. en dag med lungefunktionstest og efterfølgende rygestopkursus, foredrag og workshop om den rigtige mad ved natarbejde. Der er også etableret kontakt til en lokal løbeklub, som har lagt grundstenene til opstart af en løbeklub på DanSteel. I skrivende stund er etableret en venteliste med 12 medarbejdere, som er klar til næste Livsstilshold.

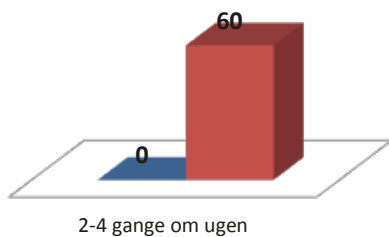
Et OPI (offentlig-privat-innovation) samarbejde som dette betragtes som en gevinst for både kommune og erhvervsliv. Virksomheden oplever en øget produktivitet, større arbejdsglæde og mindre sygdom blandt medarbejderne. Kommunen får sundere borgere, færre hospitalsindlæggelser, og på den lange bane reduktion i udgifter som følge af livsstilssygdomme og oplevelsen af at være en mere attraktiv kommune for andre virksomheder. På mange måder en win-win situation, som uden tvivl med fordel kunne udbredes til flere kommuner i Danmark.

Succes med ændring af vaner



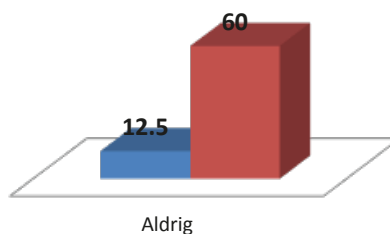
Hvor ofte spiser du fisk?

■ Før ■ Efter



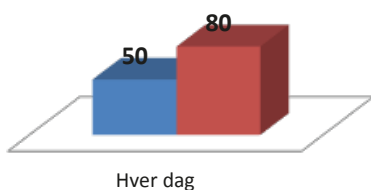
Hvor ofte spiser du smør på brødet?

■ Før ■ Efter



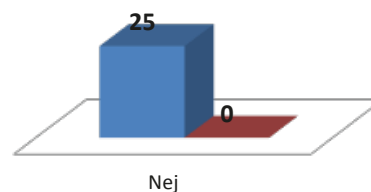
Hvor ofte spiser du grøntsager eller salat til dine måltider?

■ Før ■ Efter



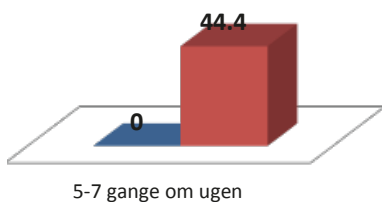
Vælger du fuldkorn når du spiser brød/pasta og ris?

■ Før ■ Efter



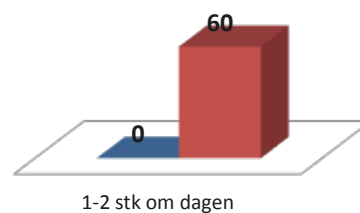
Hvor ofte spiser du blandet salat, råkost?

■ Før ■ Efter



Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

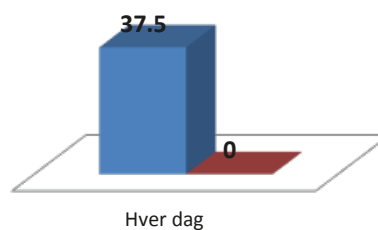
■ Før ■ Efter



Læs mere om effekten af livsstilsændringer på vægttab og vedligeholdelse af vægttab på: <http://ugeskriftet.dk/videnskab/effekt-af-livstilsaendringer-paa-vaegttab-og-vedligeholdelse-af-vaegttab>

Hvor ofte spiser du slik, kage, is og chips?

■ Før ■ Efter





Ifølge Sundhedsstyrelsen ligger andelen af overvægtige danskere med et BMI>30 på 13% eller det, der svarer til 520.000 personer i alderen 18-65 år. "Et skræmmende højt tal i betragtning af den øgede risiko for sygdom, der er blandt stærkt overvægtige" skriver Torben Mogensen i Ugeskrift for Læger i oktober 2016. I samme temanummer om overvægt skriver Arne Astrup: " Behandlingen af svær overvægt i Danmark er desuden præget af tilfældigheder og mangel på organisering. Reelt set er hovedparten af de behandlingskrævende patienter overladt til sig selv. Behandling af svær overvægt kræver et professionelt team med et flerfacetteret program. En af de væsentligste grunde til de manglende behandlingstilbud er, at ingen ønsker at dække udgifterne".

Temanummeret i Ugeskrift for Læger byder på mange interessante artikler om behandling af fedme, fx medicinsk contra kirurgisk behandling af overvægt, livstilsintervention, sammenhængen mellem fedme og risikoen for hjerte-kar-sygdom mm. Du kan finde artiklerne på <http://ugeskriftet.dk/blad/22-2016>

Der er ingen gylden løsning på danskernes overvægtsproblemer, men meget tyder på, at de kommunale tilbud ikke er dimensioneret til behovet. Her følger nogle tilfældigt udvalgte kommuners tilbud til borgere med overvægt. Som du vil opdage, ses en rød tråd af tilfældigheder og ulighed i de kommunale tilbud.

Tilbud til overvægtige i nogle af landets kommuner

Roskilde:

Vægtstophold: Et gruppeforløb med op til 16 deltagere pr. hold. Forløbet er på 10 mødegange à 2 timer.

Temaerne omhandler mad, motion og de psykologiske faktorer betydning for vægten. For overvægtige borgere i Roskilde Kommune, som er motiveret til at ændre kost og motionsvaner.

Kontaktperson: sygeplejerske

Vordingborg:

Overvægt – kursus til dem, som ønsker et sundt og varigt vægttab. Overvægtskurset er gratis og løber over 8 uger. For at få det fulde udbytte af kurset skal man være indstillet på at møde to gange ugentligt. Der kan løbende visiteres til kurset, som udbydes efter behov i forhold til tid og sted.

■ Dag 1 har man både motion og undervisning

■ Dag 2 har man motion

Forløbet afholdes af sygeplejerske, naturvejleder samt fysioterapeut.

Holbæk:

Vægtstophforløb mhp. vægtstopt eller vægttab, at blive inspireret til sunde mad- og motionsvaner og at motiveres til at ændre vaner – små skridt til en sundere hverdag. På vægtstophforløbet deltager 10-15 personer. Forløbet bliver afholdt af Sundhedscentrets vægtstopteam. Man mødes 7 gange à 2 timer, fordelt over 12 uger, herefter 3 opfølgingsmøder. Man opfordres til at deltage i NOK (netværk for overvægtige i kommunen) efter endt forløb. For borgere i Holbæk kommune over 18 år, med BMI omkring eller over 30. Underviserprofil uvis.

Næstved Kommune:

Sundhedsskolen: Bl.a. vægttabsforløb for borgere med BMI lig med eller over 25. Forløb over 10 uger, med 2 gange træning om ugen og undervisning i sundhedsfremme 1 gang om ugen. Desuden undervisning i kostlære i løbet af de 10 uger. Undervisningen foregår på hold med op til 17 personer. Al undervisning varetages af det sundheds-

professionelle team, der består af en fysioterapeut, en sygeplejerske og en professionsbachelor i sundhed og ernæring.

Helsingør:

Rigtige mænd – fra fedt til fit: Et gratis kursus for mænd, som ønsker en sundere livsstil, flere muskler og mindre flæsk på sidebenene. I løbet af de 18 mødegange over 3-4 måneder kommer man til at træne, løbe, spille amerikansk fodbold og også mærke kroppen til blødere former for træning. Endelig skal man købe ind og tilberede lækker, sund mad sammen med madlavningseksperter, som giver alle måltiderne et eftersyn. Kurset er for alle mænd i alderen 35 år og opefter, som er motiverede for at ændre livsstilen og gøre det sammen med andre mænd. Holdet bliver guidet igennem af en personlig træner, en sundhedscoach og en ekspert på kost og madlavning. Holdet får også besøg af en diætist.

Svendborg:

Små skridt til varigt vægttab: Gennem forløbet vil man blive vejledt i at fastsætte sine små skridt og føre dem ud i livet. Forløbet består af gruppemøder à 2 ½ times varighed og er mest intensivt de første par måneder, hvor der er møde én gang om ugen. Derefter mødes gruppen 5 gange i løbet af året. Den samlede varighed er 1 år + 1 opfølgning. For at kunne deltage i Små Skridt til varigt vægttab skal man være overvægtig (BMI>30) og være over 18 år. Holdet består af ca. 12 mænd og kvinder, der alle ønsker at tabe sig. Undervisere er kommunale sundhedsvejledere med ukendt baggrund.

Odense:

Vægttabsforløb: Gruppebaseret, hvor man får viden og støtte til forandring gennem vejledning og træning. For borgere, der på grund af svær overvægt ikke kan fastholdes i beskæftigelse eller uddannelse, minimum BMI > 40. To træninger og et gruppemøde om ugen. Personale er kostvejleder og træningsinstruktør.

Sønderborg:

Sundhedscentret tilbyder forløb, hvis der er risiko for at udvikle livsstilssygdom; fx overvægt (BMI?)

Man kan være udfordret fysisk, psykisk og socialt. Formålet er at få hjælp og støtte til at mestre sit eget liv og arbejde med sundhed i hverdagen. Et forløb starter med en individuel samtale, hvor man sammen med en sundhedsfaglig medarbejder lægger en plan for forløbet. Ingen faste forløb, tidsperiode uvis, underviserprofil uvis, kriterier for at kunne få et tilbud om vægttab uvis.

Esbjerg:

Vejen til vægttab: Et holdforløb for overvægtige med BMI > 30, som forløber over 6 mødegange á 1½ time. Holdforløbet kombineres tit med et individuelt forløb med coaching og/eller diætvejledning hos diætist. Primær undervisningsprofil: uvis.

Herning:

Vægtstop: Tilbud ved svær overvægt (BMI omkring 30 og derover). Forløbet foregår i grupper, med mulighed for at danne netværk, der kan fortsætte efter kurset. Hold med ca. 12 deltagere. Varighed på ca. 5 mdr. med 10 mødegange. Alle møderne varer 2 ½ time, hvoraf ½ time er med fysisk aktivitet. Underviserprofil uvis.

Mariagerfjord:

Tilbud om diætvejledning til voksne: Lægen kan henvise til individuel diætvejledning, hvis man er overvægtig og har forhøjet: blodtryk, blodsukker, eller kolesterol. Forløbets omfang uvis. Kontaktperson: diætist.

Hedensted:

Kostkursus: For borgere med BMI over 25. Mødes 6 gange fordelt over ca. 12 uger. Kontaktperson: diætist.

Holstebro:

Vægtstop: For patienter med BMI > 30. På vægtstopkurset arbejdes med at lave små gradvise ændringer i nuværende mad- og aktivitetsvaner. Kurset består af: En indslusningssamtale, et fælles informationsmøde og 7 gruppemøder med instruktør. Underviserprofil uvis.



Arne Astrup om overvægt i Ugeskrift for lægers videnskabelige leder oktober 2016: "Ingen kan eller vil betale". Du kan læse artiklen på: <http://ugeskriftet.dk/videnskab/behandling-af-overvaegt-ingen-kan-eller-vil-betale>

KAFFE & HELBRED

Vidensportal for sundhedspersonale



Drik din kaffe med god samvittighed..!

Hvad ved vi om kaffe...? Har kaffe en forebyggende effekt på type 2 diabetes, må gravide drikke kaffe, øger kaffe i sportspræstation, har kaffe en forebyggende effekt på Alzheimer, hvad ved man om kaffe og cancer, er der anbefalinger på kaffe og søvn og er det en myte at kaffe er dehydrerende?

Find svar på dette og meget andet... Besøg www.kaffe-helbred.dk – en vidensportal målrettet sundhedsprofessionelle, hvor kaffe i relation til helbred belyses, med baggrund i den videnskabelige litteratur som findes på området.

En ulykke kommer sjældent alene

Det er nemt at tabe sig
– i teorien. Ikke altid i praksis.

Af Bodil Just Christensen, post doc ved IFRO, Københavns Universitet, bjuc@ifro.ku.dk

Der kan være mange grunde til, at man gerne vil tabe sig som overvægtig. For rigtig mange, som vejer for meget, er det især deres sundhed, de er bekymrede for. Forskning viser, at for mange kilo øger risikoen for en række sygdomme, og det diskuteres, om overvægt skal anses for at være en sygdom i sig selv. Så hvis man gerne vil passe på sig selv og sit helbred, så er det en god idé at komme ned i vægt. Det er derfor heller ikke usædvanligt, at overvægtige oplever at få velmenende kommentarer fra familie, kolleger eller andre: 'Du skal jo bare spise noget mindre?' eller 'For mig virker det rigtig godt at træne kiloene væk' og lignende udsagn, som er ment i al omsorg, men kan være svære at efterleve i praksis. For det er nemt at tabe sig – i teorien. For det første har kroppen en række forsvarsmekanismer til at holde vægten, der træder i kraft, så snart den kommer i kaloriunderskud. Men selv hvis vi ser bort fra disse mekanismer, som gør det vanskeligt at tabe sig – og især bibeholde vægttabet – er der i langt de fleste tilfælde meget andet, der spænder ben for et vellykket vægttabsprojekt. Som ikke-overvægtig er det oplagt at tænke: 'Jamen, hvor svært kan det være? Hvis man ved, hvad man skal gøre og bare er motiveret nok, så er det vel bare at komme i gang', men som det følgende vil vise, er det meget sjældent manglende viden eller disciplin, der er afgørende, hvis personen enten ikke lykkes med at tabe sig eller tager de tabte kilo på igen.

De seneste fem år har jeg i forskellige sammenhænge interviewet personer, der gerne ville eller havde tabt sig meget. Nogle var lykkedes med det, men fælles for dem alle er, at de har kæmpet hårdt for i det mindste at prøve at komme ned i vægt. Det er meget individuelt, hvilke udfordringer folk skal overvinde. Der er en tendens til, at overvægt og fedme fremstilles og forstås som et individuelt problem, som noget den enkelte overvægtige er ansvarlig for. Noget, de bør tage hånd om, tage sig sammen til at gøre noget ved. Lægge deres vaner om, lave en kostændring, begynde at dyrke motion. Men i et praktisk levet hverdagsliv opstår der ofte situationer, hvor den enkelte har masser af motivation og vilje til at lægge livsstilen om, men hvor andre ting kommer i vejen.

I det følgende vil jeg give en række eksempler på, hvilke omstændigheder, livssituationer eller tilfældigheder, der kan være afgørende

årsager til, at folk lykkes eller netop ikke lykkes med deres vægttabsprojekter.

Helle er 49 år og bor sammen med sine to teenagebørn i et boligkompleks i en forstad til København. Hun har arbejdet på kontor i mange år, men er nu førtidspensionist på grund af en alvorlig diskosprolaps og slem slidgigt i især det ene knæ. Hun vejer næsten 150 kg og forklarer det selv således: "Jeg var egentlig normalvægtig, indtil jeg blev gravid som 21-årig, men tog meget på dér og lå i en årrække på lige under hundrede kilo. Men så i 2004, ja, det var et forfærdeligt år: Min mor dør, og min etårige datter er meget syg. Hun bliver indlagt igen og igen med lungebetændelse, feber, hoste, alt muligt – ikke som sådan alvorlige ting, men det er HELE tiden. Det viste sig, at hun har en immundefekt, men inden de fandt ud af det og startede hende op på medicin, gik min mand fra mig. Så det hele ramlede. Dér tog jeg meget på. Nok tyve kilo - og så fik jeg min diskosprolaps. Derfra gik vægten bare op, jeg kunne jo ingenting, og fysioterapeuterne sagde, at jeg ikke måtte genoptræne, for så ville det blive værre. Jeg prøvede at spise sundt, men alligevel synes jeg bare, vægten steg og steg. Og til sidst gav jeg op".

Helle er altså i en situation, hvor hendes krop i langt højere grad er en modstander end en medspiller. Hun forklarer videre: "Jeg har virkelig mange skavanker. Jeg fik jo diskosprolapsen. Og det var nok på grund af min vægt, selvom jeg var mindre dengang. Jeg har jo været overvægtig i mange år, og mine knæ er også helt smadrede. De gør faktisk ondt hele tiden, men jeg tager kun smertestillende for det af og til, for jeg vil ikke gå og spise alle de piller. Men indimellem brækker min ryg helt sammen, og så kan jeg ingenting – ikke sætte mig op i sengen, ikke tage strømper på eller komme ned ad trappen – så dér tager jeg selvfølgelig smertestillende. Og så er jeg blevet opereret i min skulder seks gange, men det har jo intet med min vægt at gøre". Helle vil utrolig gerne tabe sig, hun er bekymret for sit helbred, og vægten er en forhindring for hende i hverdagen. Hendes krop gør ondt, hun skal hele tiden være forsigtig og kan ikke dyrke nogen former for motion. På de dårlige dage kan hun knap komme ud af sengen eller gå ned ad trappen. Ikke desto mindre – eller måske netop derfor – er hun ikke lykkedes med nogle af sine gentagne slanketure eller vægttabsforsøg. I en erkendelse af, at der skulle mere end en kostomlægning til, valgte Helle for halvandet år siden at få en fedmeoperation. Hun har ikke haft nogen væsentlige komplikationer,



har tabt sig næsten 80 kilo, og er meget glad for sin beslutning. Helles historie er meget typisk for mange svært overvægtige. De havner af forskellige årsager i en situation, hvor kroppen og vægten bliver den største forhindring for deres vægttabsprojekt. De mange overskydende kilo gør smerterne værre og begrænser mulighederne for at dyrke motion, fordi det fx er uforvarsligt eller praktisk umuligt at løbe. Derved bliver opgaven uoverskuelig. Lene på 28 år, forklarer det således: "Jeg har prøvet alle mulige løsninger, og lige lidt hjælper det. Altså, når man har min størrelse, så er det jo ikke noget problem at smide 10 kg, og det er måske heller ikke noget problem at smide 15, men der er rigtig langt fra 15 kg, hvis man vejer 70 kg for meget. Og i og med at jeg har været ude for en trafikulykke, så har jeg nogle skavanker, der gør, at jeg ikke bare kan gå ud og løbe mig en tur eller kan gå op i træningscentret og træne som alle andre."

Et andet gennemgående træk, som spænder ben for mange, er, at de 'falder i gamle vaner', hvis de kommer under pres. De, der har det rigtig svært, oplever det lidt som at være alkoholikere. Udfordringen er, at de ikke kan holde op med at drikke eller få antabus som en alkoholiker, for man skal jo have mad, skal spise for at overleve. Henriks historie er et godt eksempel. Han har tabt sig 16 kg i forbindelse med et forskningsprojekt, hvor han først var på pulverkur og siden havde opfølgende samtaler med en diætist. Ikke desto mindre har han taget knapt 13 af de 16 kilo på igen. Han forklarer: "Man skal jo have mad, ha ha, og når nu man godt kan lide mad, så er det lidt tarveligt. Jeg synes sgu egentlig, at jeg var topmotiveret, og jeg tabte alle de her kilo og holdt kuren hele vejen. Så sluttede det lige før jul, tror jeg. Ja, det sluttede, lige inden vi skulle en tur til Norge. Desværre har jeg nogle faste madvaner deroppe, så der tager jeg sgu altid nogle kilo på. Og det gjorde jeg også der. Men så kom jeg tilbage, og så tænkte jeg: 'Nu skal vi passe på igen!'. Men så var det lige op til jul. Det sluttede lige op til dårlige vaner, kan man sige - i masser af slik - og så var jeg ligesom inde i det. Så blev det lidt bedre, jeg holdt vægten meget godt, sådan januar, februar, marts. Så blev jeg færdig som elektriker og skulle ud og arbejde. Men så fandt jeg ud af, at det kunne jeg ikke, fordi jeg fik konstateret, at min hoft var helt i stykker. Jeg havde været på løbehold, og jeg havde holdt 1½ års pause, mens jeg havde studeret, og så troede jeg bare lige, at nu skulle jeg træne mig op igen. Men min hoft gjorde ondt, og det havde den gjort i lang tid. Jeg tænkte, at jeg bare skulle i gang med at løbe, at det bare skulle løbes væk. Men det måtte jeg stoppe helt med, fordi det gjorde for ondt. Og det blev ved med at gøre ondt. Så fik jeg

konstateret hoftedysplasi, og det har givet mig slidgigt i hoften. Så jeg kan ikke stå på stiger, og jeg kan ikke løbe mig i form. Så det gik mig egentlig ret meget psykisk på. Og jeg troede jo, jeg skulle arbejde en hel masse, men det kunne jeg lige pludselig ikke. Og så begyndte jeg gradvist at tage mere og mere på. Jeg gav nok slip. Altså, det gjorde jeg. Jeg holdt fx op med at skrive ned, hvad jeg spiste og gav ligesom slip på projektet. At jeg ikke kunne komme ud på arbejdsmarkedet, og jeg ikke kunne træne mig op til at løbe, jamen, da knækkede det på en eller anden måde. Jeg mistede gejsten til det. Det var kun den dårlige samvittighed, hver gang jeg tænkte på vægten. Og nu prøver jeg så at komme på sporet igen, men det fungerer sgu ikke".

Helle og Henrik er blot to eksempler på hvordan livomstændigheder, skavanker eller sygdomme kan gøre et vægttabsprojekt næsten umuligt. Jeg kunne have udvalgt andre eksempler, fx Tommy, som lider af meget svær regulerbar type II diabetes og kæmper med en konstant sultfølelse, som kun bliver værre, hvis han træner eller skruer ned for kalorierne. Eller Rikke, som lider af svær PCO og ADHD, hvor de to sygdomme spiller meget uheldigt sammen: Hormonforstyrrelserne fra PCO sygdommen gør hende sulten, og på grund af sin ADHD er det svært for hende ikke at handle impulsivt – og bare spise. For andre handler det om slidgigt i knæene, ulykker eller andre ben-spænd, som gør at vægttabsprojektet ikke bare handler om at 'spise noget mindre og bevæge sig noget mere'.

Så lad mig gentage: Det er nemt at tabe sig – i teorien. Ikke altid i praksis.



Kan sundhedspersonalet bidrage til løsning af fedmeproblemet?

Læs med på:

<http://ugeskriftet.dk/videnskab/fedme-kan-sundhedspersonale-loese-problemet>

Forstå patientens overvægt!

Af Tina Egevang, SlankePsykolog, cand.psyk. aut., tina@slankepsykolog.dk

En vigtig del af det at være menneske er at indsamle føde for at skaffe næring til kroppen og sikre kroppens overlevelse. Men der er en kæmpe forskel på, hvordan mennesket oprindeligt vandrede og undervejs samlede føde, til i dag, hvor vi tager i supermarkedet med en indkøbsvogn. Den særlige forskel er, at mennesker i dag er udsat for et overflodsmarked og økonomiske interessenter, der ønsker at tjene mest muligt på den enkelte forbruger.

Impulskøb

Med min baggrund i både markedsføring, økonomi og psykologi har jeg interesseret mig for de psykologiske principper i markedsføring af produkter, som forbrugere bliver påvirket af i købsituationen. Der er en bred teoretisk viden om, hvorfor det er så svært at undgå at "falde i" med impulskøb, og dermed komme hjem med de "forkerte" varer. Når først de uhensigtsmæssige fødevarer er til stede i hjemmet, så ved vi, at det er endnu sværere at lade være med at spise dem.

Indkøbsmuligheder er alle mere eller mindre minutøst tilrettelagt efter at lokke forbrugeren til impulskøb, og det er særligt firmaerne bag de mere uhensigtsmæssige fødevarer, der anvender nøje studerede menneskelige adfærdsprincipper for at påvirke forbrugeren til at handle anderledes end tiltænkt, inden de træder ind i supermarkedet. Der er store kræfter på spil, med alt fra duftmarkedsføring, til hvordan supermarkedet er indrettet. Der kan fx være placeret farvekoder, som opfattes ubevidst, mens man går igennem gangene med sin indkøbsvogn. Pludselig har man så lagt et bestemt mærke ned i indkøbskurven, som man umiddelbart ikke havde intention om at købe. Eller man er nået trygt igennem supermarkedet og ender i køen, hvorefter duftstoffer af bagværk bliver sluppet ud over kasselinjen, og man ser

bagerens indbydende glansmontre, der ofte ligger lige overfor kasselinjen eller på vejen ud. Pludselig får man lyst til kage og bagværk. Og lysten/behovet fører til køb. Den velkendte klassiker ved impulskøb er også den sultne forbruger, der går ind og handler og får lyst til en hel række uhensigtsmæssige varer på hylderne.

Hvornår har patienten behov for psykologisk hjælp i forbindelse med overvægt?

I forhold til overvægtsbehandling er det særlig vigtigt at støtte patienterne i, at der er de omtalte modsatrettede kræfter på spil, når de skal købe ind af de fødevarer, der er de mest hensigtsmæssige. Hvis patienterne oplever, at det er en belastning at få købt ind uden at falde i, kan det være en rigtig god idé at anbefale kognitiv adfærdsbehandling. Behandlingen vil kunne forebygge og hjælpe patienterne til at få en præcis forståelse for, hvilke mekanismer, der er vanskelige for dem, og hvordan det er muligt at omgå dem. I forhold til impulskøb er det også vigtigt at kende til patienternes baggrund og få undersøgt, om patienterne har et uhensigtsmæssigt forhold til mad, der beror på mere end blot dårlige vaner. Patienterne skal oplyses om, at de ikke har en svag karakter, når de oplever lyst til at købe og spise særligt fede og sukkerholdige fødevarer, men at der derimod kan være tale om, at de evt. undertrykker et ubevidst behov eller mangler følelsesmæssig næring - egenomsorg. Der kan købes uhensigtsmæssigt ind, når der ubevidst ønskes at kompensere for manglende følelsesmæssig næring.

Spørger man patienter om, hvad der gør dem glade ud over at spise, er der mange, der ikke kan svare. De er så vant til at udføre pligt opgaver og yde omsorg for andre, at de glemmer at foretage sig noget, der giver dem glæde og omsorg. Det fører til mangel på følelsesmæssig næring. Når glædesoplevelse i kroppen ikke har været til stede

Læs mere om den teoretiske viden om principperne bag markedsføring og ønsket om at præge kundeadfærd til impulskøb i bl.a.: H. Assael; Consumer behaviour and marketing action, 1996 South Western. G. Anotoniedes; Consumer behaviour – A European Perspective, 1998 Wiley. T.R. Graeff, Psychology and Marketing, 1997 og P. Kotler; Marketing Management, 1997 Prentice Hall. Desuden kan der læses om duftmarkedsføring på følgende webadresse: samvirke.dk/forbrug/artikler/duft-markedsfoering-virker.html og i J. Leonard; Duften af penge – om duftmarkedsføring, 2001 Saxo.



længe, eller når der opstår konflikter og svære situationer i livet, så opleves en kropslig ubehagelig uro. Madens effekt bedøver oplevelsen af uro og spændinger, og uroen forveksles med sult. Maden og dens effekt i kroppen bliver en flugtvej fra de ubevidste følelsesmæssige konflikter, der er svære at håndtere for patienterne og som derfor dulmes og følelsesreguleres med eksempelvis sukker og fedt (ofte chokolade) – populært kaldet trøstespisning. Hvis der efterfølgende også opstår dårlig samvittighed på grund af det, der er blevet spist uhensigtsmæssigt, kommer der en søgen efter igen at stoppe uroen i kroppen, og den onde cirkel er i gang. En psykolog kan her hjælpe patienten med at føre tilfredsstillelse af smagssansen over til stimulering af fx høre- eller synssansen i stedet. Disse sanser nærer og tilfredsstiller også følelsesmæssigt.

Forstå patientens overvægt

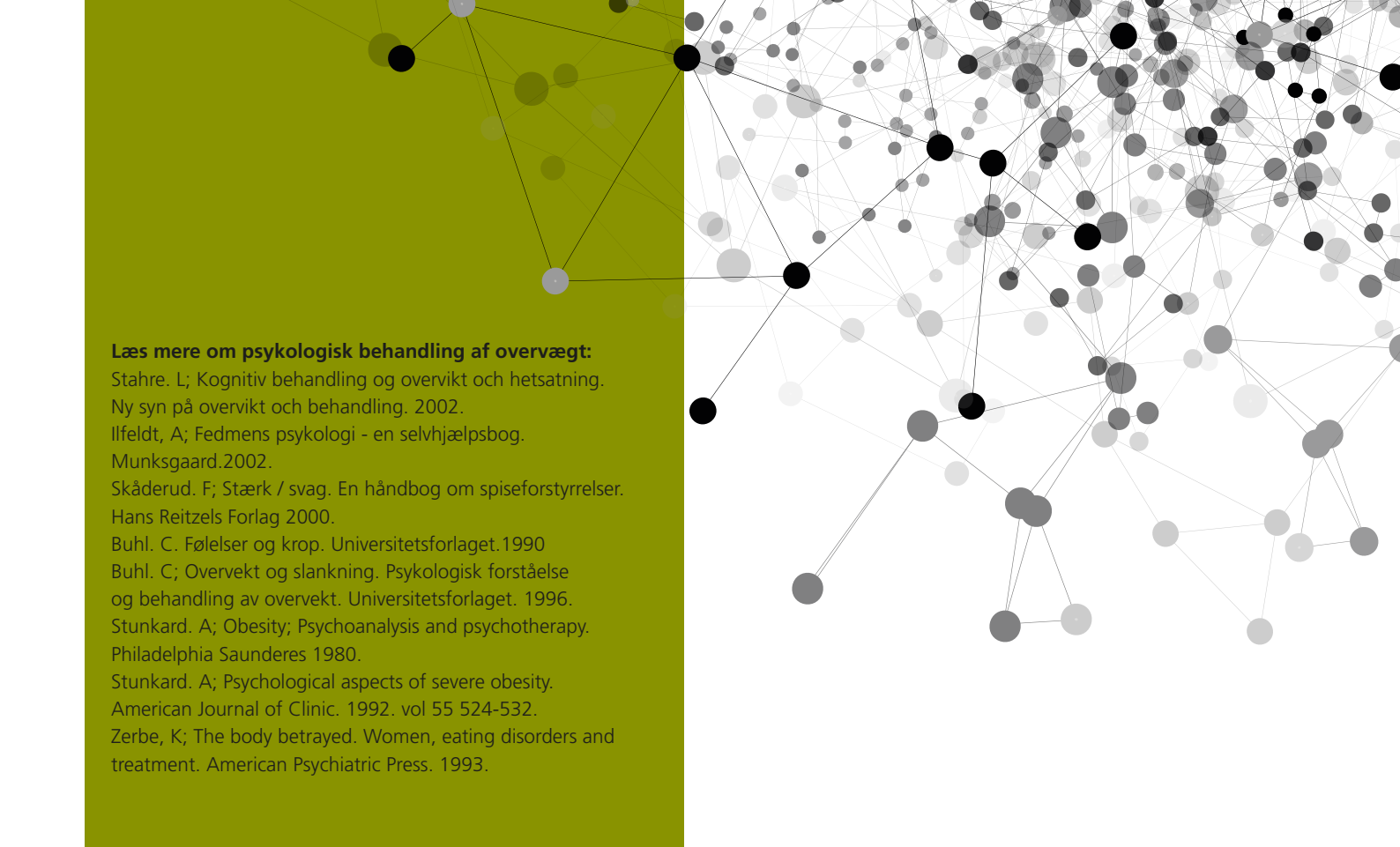
Hvis overvægten er et symptom på en mental ubalance, vil det i mange tilfælde kræve psykologisk behandling ud over behandling ved diætist. Psykologisk overvægtsbehandling handler om at finde frem til de indre konflikter og på den måde få hjælp til at komme videre. Når der i sådanne tilfælde kun fokuseres på den synlige overvægt med adfærdændring, såsom kostændring, slankekur og intensiv motion, så fjernes symptomet, men ikke årsagen. Derfor er det så vigtigt at forstå årsagen til patienternes overvægt, da patienterne ellers risikerer at kæmpe en umulig kamp mod de overflødige kilo resten af livet. Jeg har med udgangspunkt i udredningerne af overvægt hos mine klienter gennem de sidste 14 år udviklet en psykologisk udredningsmetode, der afklarer, om patienternes ubalance primært er fysisk eller psykisk, og hvilke psykiske problemstillinger, der kan have udløst, at kroppen "lagrer" for meget fedt. Det er meget relevant at spørge, om patienterne har tidlige vanskelige følelsesmæssige oplevelser, fordi disse har stor indflydelse i spisningen på følelser. Hvis patienterne har gennemgået psykisk belastende begivenheder i livet har de ofte tillært sig selv en strategi for at gøre forløbet mindst muligt smertefuldt. Her har de ofte brugt maden til at "cope" med, dvs. håndtere de smertefulde følelser, så de mindskes og bliver nemmere at være i. En betydende faktor for overvægt er ofte, at patienterne har tillært sig at spise på følelser eller nærmere spiser for at holde dem "væk". På baggrund af tidligere oplevelser har man som menneske også generelt en tendens til psykisk spisning som en måde at håndtere manglende kontrol. Børn, der oplever svigt, eller at deres forældre har manglende evner til at rumme og forstå barnets følelser, har en højere risiko for at udvikle fedme i deres teenage- og tidlige voksenår. Forældrenes manglende forståelse medvirker til utryghed i barnet. Utrygheden kan udvikle sig til en stresstilstand. Stresstilstanden udløser hormonet kortisol, der øger appetitten. Belønningscenteret i

En patients urooplevelse i kroppen, som forveksles med sultfølelsen, kan skyldes:

- Ubevidst behov, der undertrykkes
- Følelsesmæssig spisning
- Stress tilstand
- Depression
- Angst
- Særlig sensitivitet
- Spiseforstyrrelse (Binge Eating Disorder, Tvangsspisning)
- Madmisbrug/ Afhængighed af fx sukker, fedt, salt
- Seksualitetsproblematikker
- Fordel ved overvægten
- Søvnproblemer

hjernen sender kompenserende lykkefølelse ud i kroppen, når det får sukker, fedt eller salt. Her er det også vigtigt at understrege, at når patienterne spiser sig væk fra følelser, er de i en offerrolle. Og det er vigtigt, at patienterne lærer at tage ansvar for det undertrykte behov, som indtræder, og afklarer, hvad det står for, så det kan bearbejdes. Kroppen kan fx signalere med fedtlag, at patienterne psykisk ikke er i balance, hvis der foreligger en ubearbejdet svigtfølelse fra barndommen. Det er vigtigt at få bearbejdet disse barndomsoplevelser, hvis fedtlaget skal væk.

Teenageårene er også en meget følsom tid for psykisk velbefindende og udvikling af følelsesmæssige ubalancer. En stor drivkraft i livet – og særligt i teenageårene - er anerkendelse, at leve op til andres forventninger og føle, at man er i kontrol. Oplevelser i forhold til manglende anerkendelse vedligeholder og understreger følelsen af at skulle præstere for at være accepteret. Kontrollen kan man få i kontrol af fødeindtag, eller man straffer sig selv ved ikke at kunne opnå kontrol ved at spise. Man får det dårligt og bekræfter sig selv i ikke at være god nok. "Pleasure" som rolle udvikles og vedligeholdes. Det er svært at sige fra overfor omverdenen. Denne rolle ses ofte videreført ind i parforholdet og sexlivet, man bliver tilbageholdende og fokuserer på at give sin partner en god seksuel oplevelse, snarere end at oplevelsen giver en god kropslig tilfredsstillelse. Hvis patienten sammen med en seksuel partner ikke får mulighed for at give sig hen og måske snarere undertrykker/ behersker følelserne, kan maden blive brugt som kompensation for at tilfredsstille/ kompensere belønningsystemet i stedet



Læs mere om psykologisk behandling af overvægt:

Stahre, L; Kognitiv behandling og overvikt och hetsatning.

Ny syn på overvikt och behandling. 2002.

Ilfeldt, A; Fedmens psykologi - en selvhjælpsbog.

Munksgaard.2002.

Skåderud, F; Stærk / svag. En håndbog om spiseforstyrrelser.

Hans Reitzels Forlag 2000.

Buhl, C. Følelser og krop. Universitetsforlaget. 1990

Buhl, C; Overvekt og slankning. Psykologisk forståelse

og behandling av overvekt. Universitetsforlaget. 1996.

Stunkard, A; Obesity; Psychoanalysis and psychotherapy.

Philadelphia Saunders 1980.

Stunkard, A; Psychological aspects of severe obesity.

American Journal of Clinic. 1992. vol 55 524-532.

Zerbe, K; The body betrayed. Women, eating disorders and

treatment. American Psychiatric Press. 1993.

for eksempelvis at opleve nydelse/ belønning ved sex. I disse tilfælde vil det være godt at henvise videre til psykologisk behandling, for at overvægten ikke øges yderligere.

Du kan læses mere om ovenstående i: Weiner, J. & Stephens, L.; Seksual Barrier Weight. A New Approach. 1996. Brunner/ Mazel Publishers.

Generelt er oplevelsen af et sug i maven, en savnfølelse, et hul i maven, kraftigt uro i kroppen eller lign., kroppens signal om, at man ikke har en klar fornemmelse af sine behov. Patienternes urofølelse kan også handle om, at de har behov for hvile, at udfolde sig kreativt, en bestemt persons nærhed eller noget helt andet. Et undertrykt behov kan være svært at tilfredsstille, og psykologisk hjælp kan være nødvendig for at finde frem til, hvad der er på spil. En anbefaling til patienterne for at kunne afklare det manglende behov er, at de skal afholde sig fra at spise i 20 minutter, når de kan mærke, at de er i gang med at spise på en uro i kroppen, som de ønsker skal forsvinde. Ved at lade kroppen vente, vil de følelser, der trænger sig på, komme til udtryk. Anbefal patienterne at sidde med et stykke blankt papir og

en blyant og så skrive de tanker ned, som dukker op. En anden metode er, at patienterne kan skrive dagbogsnotater og derved opdage, om spisningen på følelser optræder ved bestemte begivenheder eller efter, de har været sammen med bestemte personer.

En interessant detalje omkring overvægtsbehandling er, at forskning har påvist, at kroppen fungerer som et mindelager, og at vi husker med kroppen. Kroppens hukommelse er derfor en vigtig kilde til at opnå kendskab til ukendte impulser og følelser, som påvirker kroppen i det daglige. Man kan se på fedtlagene som et løg, hvor hver løgring står for følelseslag. Hvis patienten oplever en urofølelse på bestemte vægtmål, kan det være en ubevidst følelse, som ligger år tilbage, men huskes i fedtlagets cellehukommelse. Derfor er det for nogle så vanskeligt at tabe fedtlag eller vedligeholde et vægttab. Særligt, når patienten ikke har erkendt de enkelte følelser, men har spist sig væk fra dem. Derfor udarbejder jeg altid en vægthistorik sammen med patienten.

Vidste du, at

FaKDs bestyrelse skriver blogs om deres arbejde i FaKD



Færre proteiner, bedre ernæringsstatus? - Proteinrestriktion og kronisk nyresvigt

Der er i dag ingen specifikke anbefalinger for det optimale proteinindtag for de patienter med kronisk nyresvigt, der ikke behandles med dialyse. En proteinrestriktiv diæt kan benyttes hos disse uden at øge risikoen for fejlernæring under kontrollerede forhold. Diætbehandlingen kan betyde færre uræmiske symptomer, og en forbedret livskvalitet i patientens sidste tid.

Bacheloropgave marts 2016, af Silje Viktoria Ihle, klinisk diætist, viktoriahle@gmail.com

Belastningen ved dialyse og dens indvirkning på livskvaliteten overstiger dialysens livsforlængende effekt hos nogle ældre kroniske nyreinsufficente patienter (1). Når sygdommen er i den palliative fase, og dialyse ikke er et alternativ eller fravælges af patienten, behandles patienterne med maksimal medicinsk uræmibehandling (MMU) (2). Under forbrændingen af protein dannes urinstof, som primært udskilles gennem nyrerne (3). Ved medicinsk behandling, som MMU, der ikke inkluderer dialysebehandlinger, har kroppen ingen mulighed for at udskille affaldsprodukter fra protein, og der sker en ophobning. Symptomerne på ophobning kan blandt andet være dårlig smag i munden, appetitløshed, træthed, vægttab, hudkløe, kvalme og opkast (4).

Hvorfor er det vigtigt?

Hos ældre er madindtag og ernæringstilstand tæt knyttet til sygdom og funktionsnedsættelse (5). For at bevare patientens mobilitet og velbefindende den sidste tid er det derfor afgørende at undgå underernæring. Ca. 35-60% af patienter med nyreinsufficiens, hvor opstart af dialyse anbefales, har et protein-/energibetinget vægttab (PEV) pga. for lavt kostindtag. PEV er en selvstændig markør for mortalitet og morbiditet (6). Hos patienter, der af den ene eller den anden grund ikke dialyseres, kan proteinrestriktion potentielt give større velvære ved at nedsætte patientens ubehagelige uræmiske symptomer, som f.eks. appetitløshed, og dermed øge muligheden for at bedre/vedligeholde ernæringsstatus. Det er derfor relevant at undersøge, om man sikkert og hensigtsmæssigt kan bruge proteinrestriktion hos palliative MMU patienter.

Metode og fokus

Opgavens hovedfokus er proteinrestriktionens effekt på ernæringsstatus, i forhold til dødelighed og sygelighed hos palliative patienter med terminal nyreinsufficiens. Desuden er diætens mulige betydning for patientens dagligdag diskuteret ud fra danske forhold. Opgaven

søger ikke at undersøge proteinrestriktionens effekt på blodets indhold af urinstof, men er skrevet ud fra et forventet fald af urinstof i blodet, som kommer med et lavere indtag af protein, og en følgende antagelse af dermed lettelse af uræmiske symptomer. Projektet er et litteraturstudie med systematisk søgning ledsaget af kædesøgning. Ud fra søgeresultaterne blev der udvalgt 7 studier, der bedst opfyldte inklusionskravene. Studiernes kvalitet og målgruppe er meget varierende, og den samlede evidens er derfor ikke overbevisende. Alligevel kan der udledes nogle interessante resultater, både i forhold til ernæringsstatus, mortalitet og morbiditet, som jeg mener er relevante for patientgruppen.

Overordnet sammenfatning af resultaterne

Ernæringsstatus

Ingen af studierne kunne konkludere, at BMI og/eller vægt var signifikant lavere i diætgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Dette gjaldt også de to studier, der sammenlignede patienter på diæt med en GFR under 15 med raske kontroller (11,12). 6 studier undersøgte også P-albumin (7-9, 11-13). Kun ét studie fandt lavere albumin i diæt- vs. kontrolgruppen (11).

Dødelighed

Fem studier undersøgte dødelighed (7,9,10,11,13), men ingen så øgning i dødelighed hos patienter, der var i diætbehandling. Dette gælder også RCT-studiet af Brunori et al. (2007), der havde en patientgruppe med høj alder (>70år) og meget lav eGFR (5-7 ml/min) (9). En test for 'ikke-underlegenhed' viste, at diætbehandlingen ikke var underlegen dialyse. På den anden side kunne de dog ikke vise, at diætbehandling var overlegen dialysebehandling.

Sygelighed

To studier målte sygelighed i form af indlæggelsesdage på sygehus og to, hvor mange patienter der startede dialyse (7,9 -11). Lavt proteinindtag synes ikke at øge risikoen for indlæggelse eller dialyseopstart.



Diæten – udførelse i praksis og betydning for patienten

Ingen af studierne fandt alvorlige negative følger af diætbehandling, hverken når det kom til ernæringsstatus, sygelighed eller dødelighed. Dog var der i et studie et ikke-signifikant, men alligevel større vægttab hos patienter, der havde et proteinindtag på 0,55 g/kg/d sammenlignet med 0,8 g/kg/d (8). Dette understreger vigtigheden af tæt opfølgning og eventuelt løbende justeringer af kosten. Selv med flere lovende positive resultater er der ingen tvivl om, at disse diæter kan være svære at gennemføre i praksis. En SVLPD er en vegetarisk/vegansk diæt, der i sig selv for de fleste kræver store ændringer i kosten. Desuden kræver diæten tilskud af bl.a. essentielle aminosyrer i en mængde, der vil svare til ca. 14 piller hos en person på 70 kg. Mængden af piller i sig selv, ved siden af den konventionelle medicinske behandling, er problematisk med risiko for at virke appetitnedsættende. Dette viste sig også som et problem i et andet studie, hvor 16% af studiegruppen afbrød deres deltagelse pga. diættens ensformighed og mængden af piller (14). Det er ikke almindeligt i Danmark at bruge disse kosttilskud systematisk hos disse patienter. Uden dette tilskud kan man ikke gå ud fra, at diæten kan bruges uden at påvirke ernæringsstatus negativt. Derfor ses LPD som en mere realistisk diæt, både for patienten, og for at man kommer udenom alle de ekstra piller. I et review, der handlede om proteinrestriktion, fandt man frem til, at hvis mindst halvdelen af det anbefalede proteinindtag er af højbiologisk værdi, og patienten får tilstrækkelig energi, er proteinindtag på 0,6 g/kg/d sikkert (15).

Hvad er maximal medicinsk uræmibehandling (MMU)?

MMU er medicinsk behandling (f.eks. anæmi og blodtrykskontrol) rettet mod palliative patienter, der ikke skal dialyseres. Målet er bedst mulig livskvalitet, med længst mulig overlevelse (2).

Diæterne low- og very-low protein diet:

Low protein diet, LPD, er en diæt med et lavt proteinindhold på 0,6 g protein / kg ideel kropsvægt (Ideal body weight, IBW). Very low protein diet (VLPD) er en diæt med meget lavt proteinindhold på 0,3 g protein / kg IBW (16).

Estimeret GFR og CKD5

Glomerulær Filtrations Rate er den mængde væske, der bliver filtreret fra glomeruluskapillærene over i kapselrummet hvert minut (17). En rask nyre har en GFR på ca. 100 ml/min (18), dette fungerer som et estimeret mål for nyrefunktionen (19). Kronisk nyresyge patienter på stadium 5 (engelsk: Chronic Kidney Disease – CKD5) har eGFR under 15 ml/min. Disse patienter har terminal, kronisk nyresvigt (20).

Referencer

1. Tonkin-Crine S, Okamoto I, Leydon GM, Murtagh FEM, Farrington K, Caskey F. Understanding by Older Patients of Dialysis and Conservative Management for Chronic Kidney Failure. *American Journal of kidney diseases* 2015; 65(3), 443-450.
2. Jespersen B, Rix M, Høgsberg I, Eidemark I. Maximal medicinsk uræmibehandling (MMU) og palliativ indsats i nefrologi. (2012, juli). (<http://www.nephrology.dk/Publikationer/MMU%20og%20palliativ%20indsats.pdf> okt. 2016)
3. Hornung N, Hansen-Nord G, Gerdes U, Kjeldsen HC. Karbamid. (2014, 13. maj). (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/klinisk-biokemi/blodproever/karbamid/> okt. 2016)
4. Aarhus universitetshospital. Nyrenes funktion. (u.å.). http://www.auh.dk/siteassets/afdelinger/nyremedicinsk-afdeling-c/information-til-patienter/filer/nyrenes_funktion_pdf.pdf okt. 2016)
5. Cederholm T. Ernæring og aldring. I: Hesselov NI, Jeppesen PB, ed. *Klinisk ernæring*. 5. Udg. København: Munksgaard, 2012: 171-179.
6. Ivarsen P. Ernæring og nyresygdom. I: Hesselov I, Jeppesen PB, ed. *Klinisk ernæring*. 5. Udg. København: Munksgaard, 2012: 339-348.
7. Eyre S, Attman PO, Haraldsson B. Positive Effects of Protein Restriction in Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Nutrition* 2008; 18(3): 269-80.
8. Cianciaruso B, Pota A, Pisani A, Torraca S, Anneschini R, Lombardi P et al. Sabbatini, M. Metabolic effects of two low protein diets in chronic kidney disease stage 4-5 – a randomized controlled trial. *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 2008; 23(2): 636-44.
9. Brunori G, Battista VF, Perrinello G, Biase VD, Como G, Franco V et al. Efficacy and Safety of a Very-Low-Protein Diet When Postponing Dialysis in the Elderly: A Prospective Randomized Multicenter Controlled Study. *American Journal of Kidney Diseases* 2007; 49(5): 569-80.
10. Mircescu G, Gârnea L, Stancu SH, C pu C. Effects of a supplemented Hypoproteic Diet in Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Nutrition* 2007; 17(3): 179-88.
11. Cupisti A, D'Alessandro C, Morelli E, Rizza GM, Galetta F, Franzoni F et al. Nutritional Status and Dietary Manipulation in Predialysis Chronic Renal Failure Patients. *Journal of Renal Nutrition* 2004a; 14(3): 127-33.
12. Cupisti A, Licitra R, Chisari C, Stampacchia G, D'Allesandro C, Galetta F et al. Skeletal muscle and nutritional assessment in chronic renal failure patients on a protein-restricted diet. *Journal of Internal Medicine* 2004b; 255(1): 115-24.
13. Aparicio M, Chauveau P, Prêcigout VD, Bouchet JL, Lasseur C, Combe C. Nutrition and Outcome on Renal Replacement Therapy of Patients with Chronic Renal Failure Treated by a Supplemented Very Low Protein Diet. *Journal of the American Society of Nephrology* 2000; 11(4): 708-16.
14. Piccoli GB, Ferraresi M, Deagostini MC, Vigotti FN, Consiglio V, Scognamiglio S et al. Vegetarian low-protein diets supplemented with keto analogues: A niche for the few or an option for many? *Nephrology, Dialysis, Transplantation* 2013; 28(9): 2295-305.
15. Fouque D, Aparicio, M. Eleven reasons to control the protein intake of patients with chronic kidney disease. *Nature Clinical Practice. Nephrology* 2007; 3(7): 383-92.
16. Situlin R, Guarneri G. *The Kidney*. I: Elia M, Ljungqvist O, Stratton R, Lanham-New S. (ed.). *Clinical Nutrition* (2th ed.). Great Britain: Wiley-Blackwell, 2013: 230-252
17. Sand, S., Sjaastad, Ø., V. & Haug, E. (2004). *Fysiologi: En grundbog*. København, Munksgaard, 2004: 487
18. The Renal Association. Normal GFR. (u.å.) (<http://www.renal.org/information-resources/the-uk-eckd-guide/normal-gfr#sthash.rlpHCZGK.dpbs> okt. 2016)
19. The Renal Association. About eGFR. (u.å.). (<http://www.renal.org/information-resources/the-uk-eckd-guide/about-egfr#sthash.sxNiKV9z.dpbs> okt. 2014)
20. Elung-Jensen T, Øgard CG, Strandgaard S, Klamer F. Kronisk nyresygdom og kronisk nyresvigt. (2016, 6. september). <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/nyrer-og-urineveje/tilstande-og-sygdomme/nyresygdomme/kronisk-nyresygdom-og-kronisk-nyresvigt/> okt. 2016)

Studiematrix, overblik over empirien

Valgte studier	Årstal	Studietype	Antal deltagere	Diæt/protein-indhold vs. kontrol
Eyre et al.7	2008	Retrospektivt case-control studie	122	LPD vs. ingen diætbehandling
Cianciaruso et al.8	2008	Randomiseret kontrolleret studie	392	0,55g/kg/d vs. 0,8g/kg/d
Brunori et al.9	2007	Randomiseret kontrolleret studie	112	SVLPD vs. dialyse
Mircescu et al.10	2007	Randomiseret kontrolleret studie	53	SVLPD vs. LPD
Cupisti et al.11	2004a	Tværsnitsstudie	122	LPD & SVLPD vs. raske kontroller
Cupisti et al.12	2004b	Tværsnitsstudie	56	LPD & SVLPD vs. raske kontroller
Aparicio et al.13	2000	Prospektiv observationelt kohorte studie	239	SVLPD (ingen kontrolgruppe)

Konklusion

Proteinrestriktiv diæt kan, under kontrollerede forhold, benyttes hos de patienter med terminal nyreinsufficiens, der ikke skal dialyseres, uden at øge risikoen for fejlernæring. Diætbehandling kan betyde færre uræmiske symptomer, men kan også være en uacceptabel diætændring for nogle.

Resultaterne af denne opgave kan føre til en anbefaling på mindst 0,6 g protein /kg/d og maks. 1,0 g/kg/d hos denne patientgruppe. Fokus for den enkelte patient bør være at sikre, at patientens energiindtag er indenfor det anbefalede, samt at sikre indtagelse af proteiner af højbiologisk værdi, der opfylder aminosyrebehovet og som samtidig er en diæt, som patienten tolererer. En sådan diæt kan være udfordrende for den enkelte patient og skal individualiseres. Der er absolut brug for yderligere undersøgelser af betydningen af proteinrestriktive diæters indvirkning på symptomer og livskvalitet hos patienter med kronisk nyreinsufficiens, der af en eller anden grund ikke modtager dialysebehandling.

Den kliniske diætist

Den kliniske diætist besidder netop kompetencer til at sikre både den optimale og den acceptable diætsammensætning for den enkelte patient. Involvering af diætisten i behandlingen af patienterne er derfor væsentlig, da det med høj sandsynlighed vil have en positiv betydning for patients ernæringstilstand og livskvalitet.

Du kan læse opgaven i fuld længde med alle resultater, diskussion, fuld søgehistorie, styrker og svagheder ved studierne mm. på <http://www.diaetist.dk/viden/litteratur/projekter>



HJERTEFORENINGEN

Hold dig fagligt ajour på hjerteområdet

Netværk
Faglige nyhedsbreve
Arrangementer og konferencer
Kompetenceudvikling

Besøg vores nye Fagnet og tilmeld dig online

Besøg Hjertereforeningens nye hjemmeside for fagfolk. Siden er for dig, der arbejder inden for hjerteområdet. Både eksisterende og nye medlemmer af netværket kan tilmelde sig på www.hjertefagnet.dk

Har du spørgsmål vedrørende Hjertereforeningens Netværk for fagfolk, kontakt Sidsel Marie Runz-Jørgensen, Sundhedskonsulent i Hjertereforeningen, 7025 0000

NCP

Samarbejde om NCP i uddannelse og praksis – nationalt og internationalt

Af Nanna Ruengkratok Lang, lektor, cand.psych., naru@via.dk og Charlotte Peersen, lektor, cand.scient. i klinisk ernæring, chpe@via.dk, VIA Ernæring og Sundhed

I 2011 besluttede vi ved VIA Ernæring og Sundhed at sætte Nutrition Care Process modellen (NCP)(1) på pensum. Der kan vel nærmest siges at være tale om et paradigmeskifte efter i mange år at have undervist i og arbejdet ud fra "den danske model" for individuel diætbehandling (2). Den danske model og NCP - modellen ligner i deres opbygning på mange områder hinanden, men som en afgørende forskel giver NCP et fælles standardiseret sprog (terminologi) og muligheden for at stille en ernæringsdiagnose (1,3). Netop terminologien og ernæringsdiagnoserne er med til at give en mere ensartet tilgang til diætbehandling og kostvejledning og derved også med til at kvalitetssikre diætistens arbejde. At arbejde med ernæringsdiagnoser hjælper diætisten til at prioritere og finde ind til kernen i patientens eller borgerens ernæringsproblem. Derved giver NCP også en god ramme for meget præcist at kunne vise, hvad der er den primære ernæringsmæssige udfordring, ikke kun over for diætisten selv eller patienten/borgeren, men også over for andre faggrupper.

At lære om NCP indebærer, at man både tilegner sig viden og praktisk erfaring. I vores undervisning vægter vi, at der både opnås kendskab til strukturen og den systematiske tænkning i modellen. Det betyder bl.a., at der sideløbende med den teoretiske undervisning er mange praktiske øvelser, herunder også et forløb med "rigtige" øveklieinter. Ligeledes vægtes det højt, at NCP kan anvendes og kombineres med den viden og erfaring, de studerende har fra andre fag. NCP tænkes også aktivt ind i de studerendes praktikker, bl.a. ved, at de studerende opfordres til at tænke ud fra NCP strukturen og terminologien i praksis, at de opfordres til at lave ernæringsdiagnoser og PES statements, samt at den afsluttende kliniske prøve efter praktikken er struktureret omkring NCP. Studerende, som gerne vil have mere erfaring med individuel kostvejledning og diætbehandling, tilbydes også et valgfag, hvor de kan arbejde endnu mere i dybden med NCP i kombination med psykologi og sundhedspædagogik.

Her, hvor vi skriver 2016, er det vores indtryk, at NCP efterhånden er ved at være en integreret del af vores studerendes faglige og praktiske bagage. Det kan vi også se ved, at flere og flere bachelorprojekter omhandler NCP. Vi ved, det tager tid at få implementeret en ny tænkning, men også blandt praktiserende diætister er det vores oplevelse, at flere begynder at anvende NCP. Vi er i løbende sparring med praksis om spørgsmål og udfordringer ved NCP, og vi ved, at FaKD påtænker at begynde at udbyde kurser igen i NCP. Dette ser vi

som et helt afgørende element i den fortsatte implementering af NCP i Danmark.

Vi tænker også, det er vigtigt, at vi får snakket sammen på tværs af uddannelserne. Derfor har vi i år på nationalt plan dannet et uddannelses NCP netværk. Første møde blev afholdt i august i Aarhus. Planen er at mødes hvert halve år for at samarbejde om inddragelsen af NCP i undervisningen.

For yderligere at kvalificere arbejdet med NCP, er vi blevet del af flere internationale NCP netværk. Et centralt netværk er her vores nordiske samarbejde med Norge, Sverige og Finland. Kimen til dette netværk blev lagt tilbage i 2014 ved den Nordiske Diætistkonference i Bergen, hvor NCP var på programmet en hel dag, ledt an af Esther Meyers og Kay Howard fra the Academy of Nutrition and Dietetics (AND). Med afsæt i denne konference blev vi senere samme år inviteret til et nordisk NCP netværksmøde i Oslo sammen med kolleger fra Norge og Sverige. Fra Danmark var vi tidligere formand for FaKD, Sofie Wendelboe, Anette Vinstorp, Line Bak og undertegnede. Dette møde inspirerede os til at prøve at formalisere netværket med henblik på at kunne udveksle erfaringer og inspirere hinanden om NCP under nordiske forhold.

I 2016 lykkedes det os at få midler fra Nordplus, der hører under Nordisk Ministerråd. Nordplus giver midler til samarbejde mellem uddannelsesinstitutioner i de nordiske lande. Det betød, at vi kunne afholde det første formelle møde i det Nordiske NCP Netværk i november i år, i Aarhus. Med til mødet var der også diætister fra praksis med særlig viden om og erfaring med NCP, samt repræsentanter fra FaKD og Kost & Ernæringsforbundet. Efterfølgende møde bliver i Sverige i 2017.

I europæisk sammenhæng har The European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) vist interesse for det arbejde, der foregår omkring NCP i Danmark. På den 17. internationale diætistkongres i Granada i Spanien i september blev vi derfor inviteret til et frokostmøde sammen med andre europæiske repræsentanter med henblik på at dele vores respektive landes arbejde med NCP.

Vi repræsenterer endvidere Danmark i et forskningssamarbejde om en stor international spørgeskemaundersøgelse blandt 10 lande, hvor kendskab til og brug af NCP ønskes undersøgt. Flere af jer er allerede blevet kontaktet som eksperter og informanter i valideringen af spørgeskemaet. Mange vil fremadrettet blive spurgt til at deltage i den endelige undersøgelse, der løber af stabelen i februar 2017. Undersøgelsen vil kunne give værdifulde bidrag til forståelsen af, hvordan NCP

opfattes og bruges, samt hvordan implementeringen fremadrettet kan styrkes.

Som et vigtigt led i implementeringen og udbredelsen af NCP i Danmark, skal det også nævnes, at den danske oversættelse af NCP 2014 udgaven officielt blev lanceret på ANDs hjemmeside, eNCP, den 14. oktober 2016. Det betyder, at alle FaKDs medlemmer nu har adgang til en revideret og opdateret udgave af terminologilisterne, en dansk udgave af NCP modellen, samt de 4 snapshots på dansk.

Vi tænker, at der er sket meget, siden vi tog de første spæde skridt ind i NCP landskabet, og vi håber, vi fortsat kan bidrage til udviklingen og implementeringen af NCP igennem de nationale og internationale netværk, vi er en del af. Vi mener også, at dialog er vejen frem, så hvis I har spørgsmål eller kommentarer til NCP, må I gerne kontakte os.

Referencer

1. American Dietetic Association. Nutrition Care Process and Model Part I: The 2008 Update. Journal of the American Dietetic Association. July 2008;108(7):1113-7.
2. Saaek A, Søndergaard K, Winther E. Model og metode ved diætbehandling. Næringsforskning 1989; 33: 54-58
3. American Dietetic Association. Nutrition Care Process Part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to Document the Nutrition Care Process. Journal of the American Dietetic Association. August 2008;108(8):1287-93.

Friske og velsmagende fødevarer til **den lille appetit**

KRÆVER IKKE GRØN ORDINATION.

ME
VALLEPROTEIN



Forhandles via din grossist og i supermarkeder over hele landet.

arla.dk/protino



nyd det gode



Sufficient ernæring til lungemedicinske patienter er omkostningseffektiv og potentielt omkostningsbesparende

En cost-effectiveness analyse i forbindelse med projektet "Danmarks bedste hospitalsmad" viste, at ernæringsinterventionen øgede patienternes gennemsnitlige energiindtag med 2000 kJ og 16 g protein pr. dag. Yderligere blev indlæggelsestiden reduceret med 1,4 dag, og hyppigheden af genindlæggelser faldt med 17,6%. Ernæringsinterventionen var økonomisk rentabel.

Af Camilla Bendix Petersen, cand.scient.san og klinisk diætist, camilla_bendix7@hotmail.com

Baggrund

I 2010-2012 var omkostningerne til indlagte KOL patienter 486 mio. kr., hvilket udgjorde 38% af de samlede omkostninger for KOL (1). I Danmark bliver der registreret ca. 25.000 sygehusindlæggelser hvert år, hvor hovedårsagen er KOL. Mange patienter med svær KOL har flere indlæggelser om året pga. gentagne exacerbationer (2). Ved BMI < 20 er omkostningerne til sundhedsydelse 2-3 gange så høje sammenlignet med BMI på 32 hos KOL patienter (3). Underernærede KOL patienter har et større behandlingsbehov og større forbrug af sociale ydelser, hvilket øger omkostningerne. Det skaber økonomiske incitamenter til at forebygge og behandle underernæring hos indlagte lungemedicinske patienter.

Projektet "Danmarks bedste hospitalsmad" bestod af en ernæringsintervention (EI) og en kontrolperiode (nuværende ernæringspraksis, EP). Formålet med cost-effectiveness analysen var at undersøge, om lungemedicinske patienter opnåede et øget energi- og proteinindtag, reduceret indlæggelsestid, færre genindlæggelser som følge af EI, og om EI var økonomisk rentabel.

EI forløb over fire uger, hvor patienterne kunne bestille mad fra et a la carte menukort 24 timer i døgnet. Ernæringscreening og diætbehandling blev varetaget af kliniske diætister 7-21 alle dage. EI adskilte sig dermed fra de tidligere studier, hvor ernæringsinterventionerne udelukkende fokuserede på den eksisterende hospitalsmad suppleret med ernæringsdrikke. Formålet var at øge patienternes energi- og proteinindtag til $\geq 75\%$ af deres energi- og proteinbehov, hvilket definerede patienten som sufficient ernæret (4).

EP bestod af en før-måling over tre uger. Maden blev tilberedt i produktionskøkkenet, og servering af både kolde og varme hovedmåltider foregik i faste og korte tidsrum. Madudvalget var meget begrænset. Tilbud om mellemmåltider og ernæringsdrikke var afhængigt af plejepersonalet. Ernæringscreening blev foretaget af plejepersonalet.

Metode

Inklusionskriterier: Patienter ≥ 18 år indlagt på lungemedicinsk afsnit M2 med en forventet indlæggelsestid > 24 timer. Eksklusionskriterier: Terminale og demente patienter samt patienter med anden malign sygdom. Cost-effectiveness analysen omfattede de ressourcemæssige konsekvenser for afsnit M2 og de patientrelaterede helbredseffekter af EI i sammenligning med EP.

Den fulde beskrivelse af specialet findes på <http://www.diaetist.dk/viden/litteratur/projekter>

Proteinbehovet blev fastsat til 1,4 g pr. kg kropsvægt pr. dag. Energibehovet blev beregnet ud fra Harris-Benedicts formler. Stressfaktor for sygdomstilstanden blev fastsat til 1,3. PAL blev fastsat til 1,1 for sengeliggende patienter og 1,3 oppegående patienter (5). Beregning af overvægtige patienters energi- og proteinbehov blev foretaget ud fra patientens vægt ved BMI 27 (5,6).

Effektmålene var: patienternes energi- og proteinindtag, indlæggelsestid samt antal genindlæggelser og mortalitet 60 dage efter udskrivelse. Patienterne blev løbende kostregistreret på 2., 3. og 4. indlæggelsesdag af kliniske diætister og plejepersonale (4). De resterende effektmål blev indhentet retrospektivt ved gennemgang af EPJ med en follow up periode på 60 dage efter udskrivelse på hver enkelt patient.

Totalomkostningerne blev beregnet ud fra forbrug af personaleresourcer og indkøb af mad inklusiv supplerende ernæring efter "Components of Economic Evaluation in Health Care" (7). Indkøb af mad blev klarlagt for produktionskøkkenet og Køkkenet Åkanden (Ekstern leverandør under EI). Ressourceforbruget for indkøb af mad hos Køkkenet Åkanden var opgjort efter en totalomkostningsanalyse og blev nedjusteret med 50%, for at være sammenlignelige med priserne fra produktionskøkkenet. Ressourceforbruget til klinisk diætist blev nedjusteret til 38,5 timer per uge (8). Yderligere er enhedsomkostningerne til løn ganget med en faktor 1,2 for at tage højde for sygdom og anden fravær. Forbrug af ressourcer, som havde en ubetydelig påvirkning af det endelige resultat, blev ekskluderet fra analysen (7).

Fig. 1. Beregning af inkremental cost-effectiveness ratio, ICER:

$$\text{ICER} = \frac{\text{Omkostninger for EI per indlæggelsesdag} - \text{Omkostninger for EP per indlæggelsesdag}}{\text{Sufficient ernærede patienter under EI} - \text{sufficient ernærede patienter under EP}}$$

Statistiske analyser og metoder

Alle effektmål blev justeret for potentielle confoundere: alder, køn, BMI og bidiagnose. Der blev anvendt logistisk og multiple regression samt random effect for at tage højde for "klyngedata" ved analyse af antal kostregistreringsdage. Alle statistiske analyser blev foretaget i Stata/IC 14.1.

Resultater

EI øgede patienternes gennemsnitlige energiindtag med 2005 kJ/dag og proteinindtaget med 16g/dag. Se tabel 5 side 46 i specialet som findes i den fulde version på: <http://www.diaetist.dk/viden/litteratur/projekter>. Andelen af dage, hvor patienterne blev sufficient ernæret, var 36% under EI og 32% under EP, hvilket gav en forskel på 4,2%-point.

EI reducerede indlæggelsestiden med 1,4 dage, antal genindlæggelser med 0,58 og mortalitet med 0,35. EI reducerede risikoen for genindlæggelse med 17,6%, $p = 0,21$. Ingen af resultaterne var signifikante før eller efter justering for potentielle confoundere.

De totale omkostninger beløb sig til 102 kr. pr. indlæggelsesdag under EP og 218 kr. pr. indlæggelsesdag under EI. EI var dermed 116 kr. dyrere pr. indlæggelsesdag end EP.

Inkremental cost-effectiveness ratio, ICER

ICER for sufficient ernæring per indlæggelsesdag blev beregnet til 2.761 kr. for en ekstra indlæggelsesdag, hvor patienten blev sufficient ernæret:

$\text{ICER} = (218,43 - 102,19) / (0,3621 - 0,32) = 2.761$ kr. for en ekstra indlæggelsesdag. (Fig.1.).

Ved implementering af EI blev det vurderet igennem en række scenarianalyser, at andelen af sufficient ernærede patienter kunne øges til 2/3 (66%) uden at øge omkostninger. Dermed reduceres ICER til 338 kr. per ekstra indlæggelsesdag, hvor patienten bliver sufficient ernæret.

I 2015 var de gennemsnitlige omkostninger 3.839 kr. pr. indlæggelsesdag, og 22.343 kr. pr. (gen)indlæggelse på afsnit M2. Det kostede 3.839 kr. at undgå en genindlæggelse og 483 kr. at spare en indlæggelsesdag.

Det giver en potentiel besparelse på henholdsvis 18.504 kr. pr. forebygget genindlæggelse, og 3.356 kr. pr. sparet indlæggelsesdag. De potentielle besparelser bliver kun reelle, hvis antal sengepladser og personalenormering tilsvarende reduceres. EI er både bedre og billigere end EP, og dermed omkostningsbesparende.

Ekstrapolationen viste, at der var en potentiel besparelse på 15,6-33,5 mio. kr. årligt ved implementering af EI på hele medicinsk afdeling på Holstebro Sygehus. Samtidig er omkostningen 3,3 mio. kr. ekstra om året til implementering af EI i stedet for EP. Årligt skal antal indlæggelsesdage reduceres med 860 (3,0%), inklusiv en reduktion af 6,6 ud af 219,36 fuldtidsstillinger hos plejepersonalet for at finde de 3,3 mio. kr. De potentielle besparelser overstiger langt omkostninger til implementering af EI. EI er mere omkostningseffektiv end EP og potentiel omkostningsbesparende.

Diskussion

EI øgede de indlagte KOL patienters indtag af energi og protein, samt reducerede indlæggelsestiden, hyppighed af genindlæggelser og mortalitet. Den sundhedsøkonomiske analyse viste, at EI var bedre og dyrere end EP. Det kostede 2.761 kr. for en ekstra indlæggelsesdag, hvor patientens daglige indtag af energi og protein var sufficient, hvilket kan reduceres til 338 kr. ved implementering af EI, forudsat at 2/3 af patienternes ernæres sufficient.

Andre cost-effectiveness studier har fundet, at supplerende ernæring er omkostningseffektiv eller omkostningsbesparende for forskellige patientgrupper. Et studie fandt, at supplerende ernæring til patienter, som gennemgik abdominalkirurgi, reducerede omkostninger med 13% ($p = 0,027(8)$). Et andet studie fandt, at supplerende ernæring primært var omkostningsbesparende til patienter med tryksår (10). EI reducerede genindlæggelsesraten med 17,6%. Resultaterne var ikke signifikante, hvilket formentlig skyldes for lille stikprøve. Andre studier understøtter, at en ernæringsindsats kan reducere genindlæggelser. Et dobbeltblindet RCT studie fandt, at indtag af supplerende ernæring reducerede genindlæggelser med 11% ($P = 0,018$) (11). Et systematisk review fandt en reduktion i genindlæggelser på 10% ved en metaanalyse med seks studier (12). Number needed to treat (NNT) var 10 patienter. I nuværende studie var NNT 6 patienter.

Svagheder

Studiet er et ikke-randomiseret klinisk eksperimentelt studie med historiske kontroller. Studiets største svaghed er for få inkluderede patienter, hvilket øger usikkerheden markant for effektmålene og de økonomiske beregninger. Derfor skal resultaterne tolkes varsomt. De inkluderede patienter udgjorde ca. 15% af det samlede antal patienter, som var indlagt > 24 timer, og de havde en længere indlæggelsestid end gennemsnittet. De inkluderede patienter er ikke repræsentative for hele medicinsk afdeling, og derfor skal data fra ekstrapolationen i perspektiveringens fortolkes varsomt.

Resultaterne fra den sundhedsøkonomiske analyse blev vurderet til evidensniveau 2b, grundet manglende randomisering og lille stikprøve (13). Den sundhedsøkonomiske analyse kan kritiseres for ikke at vurdere andre alternativer til EI. Derudover er analysen begrænset til hospitalsniveau, hvilket betyder, at den ikke medtager omkostninger for andre sektorer, patient og pårørende samt tabt produktivitet. Specifikke mangler er (a) omkostninger i det primære sundhedsvæsen, fx besøg hos privatpraktiserende læge og vagtlæge, da disse omkostninger også finansieres af regionerne og (b) brug af sociale ydelser som finansieres af kommunerne. Dette bør indgå i fremtidige sundhedsøkonomiske analyser.

Perspektivering

Ekstrapolation af data fra afsnit M2 til hele medicinsk afdeling (afsnit M1, M2, M3 og MM) viste, at EI formodes at kunne reducere antallet af indlæggelsesdage med 2.700 dage/år, og forebygge 340 genindlæggelser. Beregningerne er konsekvent gjort konservative ved at reducere effekten af EI med 50% i beregningerne.

Det forventes, at presset på de medicinske afdelinger vil øges grundet et stigende antal ældre (14). Yderligere reduceres antallet af sengepladser i forbindelse med etablering af de fem nye supersygehuse i Danmark. Begge problematikker øger risikoen for overbelægning,

hvilket potentielt kan få konsekvenser for både patienter og plejepersonalet. Sufficent ernæring af patienterne kan bidrage til at afhjælpe problematikkerne ved at reducere indlæggelsestiden og forebygge genindlæggelser.

EI kan med fordel anvendes til indlagte KOL patienter og ældre medicinske patienter (15). Det formodes, at EI vil have en positiv effekt og være omkostningseffektiv hos andre patientgrupper, hvor forekomsten af underernæring er moderat til høj.

Konklusion

EI tilføjede ressourcer ved klinisk diætist og indførelse af det nye ernæringskoncept på lungemedicinsk afsnit M2, Holstebro Sygehus, hvilket resulterede i et signifikant øget gennemsnitlig energiindtag på 2005 kJ pr. dag og en stærk tendens til et øget proteinindtag på 16 g pr. dag. EI resulterede i, at andelen af dage, hvor patienterne var sufficent ernæret, blev øget med 4,2%-point. Den gennemsnitlige indlæggelsestid blev reduceret med 1,4 dage, og risikoen for genindlæggelse blev reduceret med 17,6% som følge af EI i forhold til EP. Implementering af EI er økonomisk rentabel, da EI er mere omkostningseffektiv end EP og potentiel omkostningsbesparende. Analysen har beregnet ICER til 338 kr. for en ekstra indlæggelsesdag, hvor 2/3 af patienter bliver sufficent ernæret ved implementering af EI.

Design og gennemførelse af projektet blev varetaget af ansatte ved Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest (HEV) Nanna M. L. Rasmussen, Alexander Erichsen, Allan S. Christensen, Kirstine G. Frederiksen, Mette N. Nielsen, Hanne Sahl, Lone Viggers og Bodil Bjørnshave Noe, Center for forskning og uddannelse ved HEV. Projektet foregik på lungemedicinsk afsnit M2 på Holstebro Sygehus.

Den fulde version af specialet inkl. tabeller kan læses på <http://www.diaetist.dk/viden/litteratur/projekter>.

Referencer

1. Flachs, E. M., Eriksen, L., Koch, M. B., Ryd, J. T., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., Juel, K. & Statens Institut for Folkesundhed, S. U. 2015. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme, [Online] København: 28-09-2015. Report No.: 9788771046564. Available: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/web_version_sygdomsbyrden.pdf [Accessed 06-07-2016].
2. Lange, P., Sachs, C. & Hansen, B. L. 2015. KOL [Online]. www.sundhed.dk: Læge Håndbogen. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/kol/> [Accessed 03-05-2016].
3. Collins, P. F., Stratton, R. J. & Elia, M. 2011. An economic analysis of the costs associated with weight status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Proceedings of the Nutrition Society*, 70, E324.
4. Christensen, A. S., Noe, B. B. & Viggers, L. 2015. Danmarks bedste hospitalsmad - på patientens præmisser. Forebyggelse og behandling af underernæring på hospitaler, [Online] Holstebro: Ernæringsenheden, HEV. [Accessed 02-01-2016]. Rekvireret hos: Ernæringschef Lone Viggers, Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest. Tlf. 7843 4500.
5. Hessel, I. & Jeppesen, P. B. 2011. Syges behov for energi og protein. In: Hessel, I. & Jeppesen, P. B. (eds.) *Klinisk ernæring*. 5. ed. Kbh.: Munksgaard Danmark.
6. Pedersen, A. N. & Ovesen, L. 2015. Anbefalinger for den danske institutionskost, [Online] København. Available: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2016/-/media/A38D7D5566AA46B28FD3CD68F518EFB8.ashx> [Accessed 28-06-2016]
7. Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J. & Stoddart, G. L. 2005. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford and New York, Oxford University Press.
8. Beck, A. M., Christensen, A. G., Stenbæk Hansen, B., Damsbo-Svendsen, S., Møller, T. K. S., Hansen, E. B. & Keiding, H. 2014. Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre, [Online] Odense: 1395-1769. Available: <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/cost-effectiveness-studie-af-tvaerfaglig-ernaeringsintervention-blandt-skrobelige-underernaerede-aeldre/@@download/publication> [Accessed 15-02-2016].
9. Elia, M., Normand, C., Norman, K. & Laviano, A. 2016. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr*, 35, 370-80.
10. Cereda, E., Klersy, C., Andreola, M., Pisati, R., Schols, J. M., Caccialanza, R. & D'andrea, F. 2015. Cost-effectiveness of a disease-specific oral nutritional support for pressure ulcer healing. *Clin Nutr*.
11. Gariballa, S., Forster, S., Walters, S. & Powers, H. 2006. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nutritional supplementation during acute illness. *Am J Med*, 119, 693-9.
12. Stratton, R. J., Hebuterne, X. & Elia, M. 2013. A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions. *Ageing Res Rev*, 12, 884-97.
13. Phillips, B., Ball, C., Sackett, D., Badenoch, D., Straus, S., Haynes, B., Dawes, M. & Howick, J. 2009. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009) [Online]. Centre for Evidence-Based medicine. Available: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> [Accessed 15-06-2016].
14. Kjeller, M., Davidsen, M., Juel, K. & Sundhedsstyrelsen. 2010. Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre, [Online] København: 9788771040166. Available: http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Aeldre/Aeldrebefolkn_sundhedstilstand.pdf [Accessed 17-08-2016].
15. Lassen, K. Ø., Olsen, J., Grinderslev, E., Melchior, H., Kruse, F. & Bjerrum, M. 2005. Medicinske patienters ernæringspleje - En medicinsk teknologivurdering, [Online] København. Available: www.cemtv.dk [Accessed 20. september 2015].



Vigtige vitaminer til vinteren

Af diætist Anne W. Ravn, Aarhus Universitets-hospital, Anne.W.Ravn@skejby.rm.dk

Jeg starter dagen med at hoppe i havet sammen med min mand. Pandelamper og neoprensko gør det til en god oplevelse på trods af årstiden. Mens kedlen koger, får vi børnene ud af fjerene. Morgenmaden er et fælles frikvarter, fordi vi ofte er optaget af hvert vores virke resten af dagen. Sammen cykler vi ud i verden, og en halv time senere lander jeg på mit kontor på infektionsmedicinsk afdeling på Skejby. Her deler jeg kaffepauser, frokostrester og arbejdsliv med en tværfaglig flok af bl.a. læger, sygeplejersker, psykolog og præst.

Mine studiekammerater og jeg fejrer 25-års diætistjubilæum i år. Paradoksalt nok kan glæden herover ligge på et lille sted, for frustration over lave lønninger, meget arbejde og et minimum af samfundsmæssig anerkendelse forstyrrer min diætistlyst for tiden. Ansvar for igen at få flyvehøjde er mit eget, men hvordan? Tankerne ligger i baghovedet, mens jeg tjekker mails og henvisninger.

Så sker der noget. Rikke stikker hovedet ind af døren. Hun er diætiststuderende på 9. semester og skal i praktik hos mig. Jeg introducerer hende til dagens dont: Vi får efter frokost besøg af Finn med immundefekt, diabetes og 50 kg for meget. Hans vægt er småting mod Kathrines 185 kg, og så har hun endda tabt seks kg siden første samtale.

Ezra med middelhavsfeber er også henvist med belastende overvægt. Overvægt fylder i dag mere end typiske dage, hvor ernæring i relation til KOL, hiv, abscesser og andre alvorlige infektioner har påvirket patienternes ernæringstilstand negativt.

Vi går en tur i afsnittene for at høre, om personalet der har noget, de vil dele med os. En sygeplejerske er i tvivl om, hvorvidt hun skal vælge parenteral ernæring eller sondeernæring til Johnny, der har dysfagi og nyrepåvirkning og ikke har spist i ugevis. Rikke spørger nysgerrigt, hvorfor sygeplejersken og jeg beslutter os for halv parenteral og halv sondeernæring.

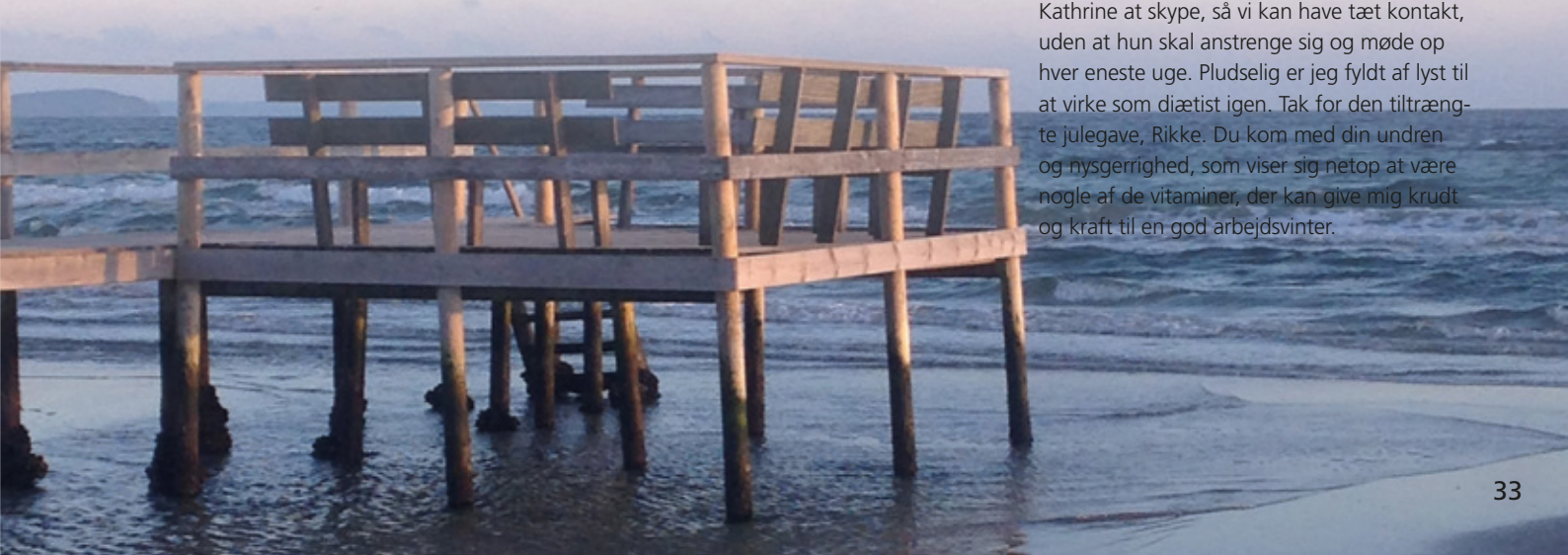
Mens vi går, kan vi også nå at tale om det telefoninterview, jeg i aften skal give til en journalist, der vil skrive om fordele og ulemper ved at være fleksiganer, spise tarmvenlig kost, indtage insekter, være på suppekur, spise stenalderkost og LCHF. Det er pudsige valg, journalisten har foretaget. Derfor er det værdifuldt for mig, at Rikke tør give sit besyv med og hjælpe mig med at afdække, om der skulle være noget positivt at få øje på ved fx LCHF. Mens vi går og sludrer, ringer DR. De vil høre, om jeg vil deltage i udsendelsen Spis og spar. Optagelserne er først i næste uge, og af skræk for, at DR ringer videre til en selvbestaltet kostvejleder, takker jeg ja. Imens tikker et foto af en tallerken aftensmad ind pr. sms. Det er nyudskrevne Karen, der har det bedst med en tid at være i kort snor og dele sine

måltider med mig, så hun ikke mister fokus på nødvendigheden af vægtøgning for at blive ordentligt rask.

Min nye tirsdagsarbejdsplads, Lungemedicinsk afdeling, ringer også, idet de gerne vil aftale tider til tre patienter med fødemiddelallergi. Det ved jeg ikke meget om lige nu, men det er med til at skabe fornyet arbejdsglæde, at jeg skal lære noget nyt. Rikke og jeg skal også have forberedt morgendagens ernæringskonference, hvor vi som diætister sammen med plejepersonalet reflekterer over udvalgte patienters ernæringsbehandling.

Til frokost kommer min oversygeplejerske og spiser med. Hun siger, at afdelingsledelsen gerne vil forære bogen "Rigtig god fordøjelse" (som jeg har forfattet sammen med diætist Mette Borre) til alle medarbejdere i julegave, så vi skal hurtigt have fat i Gyldendal og høre, om de kan sende 125 stk. Dejlig opbakning at få, for bogskriveri bliver man kun fed af, fordi der ryger meget chokolade indenbords, når deadline er tæt på, og trætheden overvældende.

Sikke meget forskelligt, man kan kaste sig over som diætist, siger Rikke, da vi runder en lang dag af sammen. Jeg takker Rikke for hendes gode sparring, for det er fantastisk at have en studerende, der kan kratte én i hjernebarken med mange spørgsmål og svar. Rikke nævner bl.a., at det er godt at se, at jeg udnytter teknologi og tilbyder meget store Kathrine at skype, så vi kan have tæt kontakt, uden at hun skal anstrenge sig og møde op hver eneste uge. Pludselig er jeg fyldt af lyst til at virke som diætist igen. Tak for den tiltrængte julegave, Rikke. Du kom med din undren og nysgerrighed, som viser sig netop at være nogle af de vitaminer, der kan give mig krudt og kraft til en god arbejds vinter.



"Kitteltillæg" – Betaling for tjenestedragt

Ad advokat Henrik Karl Nielsen, hkn@diatist.dk

En betydelig del af de kliniske diætister arbejder på arbejdspladser uden for Regionernes hospitaler. Personalet på hospitaler får normalt en tjenestedragt. Derimod arbejder flere og flere FaKD-medlemmer på arbejdspladser, der ikke bruger tjenestedragt. Man arbejder i det tøj, man selv har på. Det er normalt forekommende i f.eks. regionernes psykiatri og i kommunernes sundheds- og forebyggelsescentre, ældrepleje og andet.

Overenskomsterne for regionerne og kommunerne indeholder regler om betaling for eget tøj. Du finder reglen i overenskomstens paragraf om tjenestedragt. Det er nemlig sådan, at man har ret til et særligt løntillæg (kaldet "erstatning"), hvis man ikke har fri tjenestedragt. Du finder reglen i kommune-overenskomsten § 15 og i regions-overenskomstens § 18. Begge steder drejer det sig om DKK 2.550 årligt i niveau 31. marts 2000. Det svarer i nutidskroner til DKK 3.354,18 om året eller DKK 279,52 om måneden. Husk derfor at se efter på din lønseddel. Vi ser mange sager, hvor FaKD medlemmer ved en fejl ikke får deres beklædningstillæg.

Regions-overenskomsten indeholder en fodnote, der oplyser, at "kost- og ernæringsfagligt" personale kun har ret til tjenestedragt. Nogen regioner har taget noten meget bogstaveligt, så der ikke her er betaling, hvis man ikke får tjenestedragt. Man har kun ret til dragten (kitlen). Region Hovedstaden stod stejlt og afvisende, da vi i 2009 ønskede beklædningstillæg til praksisdiætisterne. Region Hovedstaden henviste til, at man havde opbakning til den stejle linje fra Kost & Ernæringsforbundet, der er en af de organisationer i Sundhedskartellet, der har underskrevet overenskomsten. Region Hovedstaden afviste enhver forhandling med FaKD om beklædningstillæg til praksisdiætisterne.

Vi fik et gennembrud i 2009 i Region Midtjylland. FaKD og Region Midtjylland indgik den 1. december 2009 en aftale om beklædningstillæg til de kliniske diætister i Psykiatrien. Normalt har de offentlige arbejdsgivere afvist overenskomstforhandlinger af enhver art med FaKD, da man stadig ansætter FaKD-medlemmer efter Sundhedskartellets overenskomster. Aftalen med Region Midtjylland var de facto en aftale, der fik slettet fodnoten i overenskomsten i forhold til ernæringsfaglige i Region Midtjyllands Psykiatri. Det er også mere logisk, at det må være sådan. Der er ingen bæredygtige grunde til, at kliniske diætister ikke skulle lønnes efter samme regler om tjenestedragt som andre autoriserede sundhedspersoner som f.eks. sygeplejersker og jordemødre. 2009-aftalen i Midtjylland var derfor et gennembrud både for FaKD som repræsentativ organisation for kliniske diætister og for kliniske diætister som faggruppe. Beklædningstillægget er ikke højt. Men ligestillingen af kliniske diætister og andre sundhedspersoner er principielt vigtig. I 2013 har FaKD på samme måde sikret FaKD medlemmer i Region Syddanmarks Psykiatri tillæg beklædningstillæg.

Region Midtjylland valgte i 2012 at opsigte aftalerne med FaKD, da regionens revision fandt det problematisk, at der var separat aftale med FaKD om løndele, der ellers var reguleret i Sundhedskartellets overenskomst. Region Midtjylland valgte dog straks at indgå en tilsvarende aftale om beklædningsgodtgørelse med Kost & Ernæringsforbundet. Medlemmernes løn blev derfor ikke forringet.

Husk derfor at se efter på din lønseddel. Arbejder du uden tjenestedragt, bør du modtage beklædningstillægget. Kommune-overenskomsten kan du læse her: www.kl.dk/ImageVault/Images/id_32298/ImageVaultHandler.aspx. Regions-overenskomsten kan du læse på www.okportalen.dk. Klik 32.17.1 i søgefeltet.



Nye bøger modtaget på redaktionen

Hvis du har lyst til at anmelde en af bøgerne her i bladet, så skriv en mail til redaktormail@diaetist.dk. Bøgerne fordeles efter først til mølle-princippet. Annoncering af bøgerne her på siden beror på pressemeddelelser.

Rigtig god fordøjelse

Du kan nå rigtig langt med lidt, lyder det optimistiske løfte fra forfatterne og diætisterne, Anne W Ravn og Mette Borre. I bogen fortæller de hvordan, og et af budskaberne midt i sundhedsjunglen lyder: Slap af!

Bogen handler om fordøjelse, men lige så meget om fornøjelse og et farvel til evighedskure, løftede pegefingre, modediæter og antigluten-ræs. Meget mindre kan nemlig gøre det og hjælpe os til et sundere – og sjovere – liv, lover forfatterne, som med et glimt i øjet gør op med myterne og slår et slag for en mere Pippi-agtig tilgang til det at leve sundere.

Forfattere: Anne W Ravn og Mette Borre. Antal sider: 166. Udgivet på Gyldendal i september 2016. Pris: 249,95 kr. (vejl.)

NØDDER

Naturens genvej til flad mave og antiinflammatorisk styrke

Nødder i alle afskygninger er ernæringsmæssige pletsbud, helt uden sidestykke. Særligt de sunde fedtsyrer giver dem antiinflammatorisk styrke, som holder kredsløbet i topform og en lang stribe lidelser stangen. Med den rigtige tilgang kan nødderne ligefrem hjælpe dig ned i vægt, for trods et tårnhøjt kalorieindhold er de fleste nødder en spændende medspiller i det slanke liv. Hemmeligheden ligger i det perfekte miks af mættende proteiner og fibre, langsomme kulhydrater og ikke mindst de såkaldte MUFA-fedtsyrer, som målrettet hjælper dig med at smelte fedtet af kroppen. Bogen giver masser af god information og inspiration til lækker mad med nødder.

Forfattere: Martin Kreutzer og Sandra Pugliese. Antal sider: 169. Udgivet på Muusmann i oktober 2016. Pris: 249,95 kr. (vejl.)

FØDEVAREETIK

Fødevareetik er en helt ny grundbog, der beskriver fødevarer, mad og måltider i et etisk perspektiv. De etiske spørgsmål diskuteres i dag ikke kun i forbindelse med madindkøb, madlavning, omkring bordet og i medierne. Også forskerne har taget området til sig. I denne bog præsenterer førende danske forskere deres arbejde med etikken i relation til maden, måltidet og fødevarerne.

Bogen er redigeret af Christian Coff. Antal sider: 322. Udgivet på Munksgaard i november 2016. Pris: 350,00 kr. (vejl.)



Morten Svane & Morten Elsåe: "Slut med forbudt"

Udgivet af Politikens Forlag, 2016.

Bogen er på 185 sider.

"Slut med forbudt" er et opgør med sundheds-bullshit, og med en af forfatterne egne ord er formålet at bringe videnskaben tilbage i debatten. Bogen er dermed en usminket kindhest til alle sundhedsdiktorer, der på uvidenskabeligt grundlag skræmmer om alt fra skyld, skam og madfrygt til carbs, sukker, light og palæo.

Omvendt er den en kæmpe thumbs up til den sunde fornuft og et sundt forhold til mad. "Sundt" forstået som "mængder og kontekst (aktivitetsniveau, hvad man ellers spiser, allergier, eventuelle sygdomme, etc.)". Bogen er dermed en hyldest til sundheds- og kropsforskellighed, underbygget af videnskabelige referencer.

Bogens målgruppe er alle, der er optaget af "sundhed" – og særligt dem, der befinder sig i grænselandet til ortoreksi, træningsafhængighed, og dem, der i øvrigt har ladet sig sundheds-radikaliseres.

Forfatterne, Morten Svane og Morten Elsåe, er henholdsvis kandidat i it med speciale i sociale medier, og kandidat i molekylær ernæring og fødevareteknologi. Udover dette arbejder de også for hhv. Bodylab og har skrevet for Arla Foods. På grund af dette er de blevet kritiseret på

de sociale medier af en "ernæringseksper-kollega", som sår tvivl om bogens validitet pga. eventuel interessekonflikt. Kritikeren havde dog ikke selv læst bogen. Det har jeg, og jeg må sige, at kritikken er skudt helt forbi. Tværtimod! Bogen er netop ikke en hyldest til enkeltfødevarer (fx mælkeprodukter) eller næringsstoffer (fx protein). Der er ingen konkrete madanbefalinger – og ligeså vigtigt: der er ingen konkrete madadvarsler. Det er faktisk pointen med bogen, at den beskæftiger sig med metaperspektivet af sundhed, og som sådan synes jeg, den tager et kærkomment helikoptersyn på sundhed, egentlige årsager til overvægt og et potentielt forvrænget sundhedssyn. Blandt emnerne/kapitlerne er: myter om mad og sundhed, dikotomi, kognitiv dissonans, ortoreksi, kropsidealer, selvscenesættelse, sociale medier etc.

Velskrevet, letlæselig og (desværre) dybt relevant! Kan varmt anbefales, også til sundhedsprofessionelle, der som jeg underviser og vejleder mennesker, der på den ene eller anden måde har fået det der med mad og spisning "galt i halsen".

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

Klinisk forskningsmetode – en grundbog

4. udgave, udgivet af Munksgaard, 2016.

Bogen er på 264 sider.

Jeg er i skrivende stund i gang med mit afsluttende bachelorprojekt og er utroligt glad for bogens praktiske råd og vejledninger, som er enormt brugbare under opgaveskrivningen.

Jeg har ikke læst de tidligere udgaver af "Klinisk forskningsmetode", men er meget begejstret for denne. Forfatterne skriver i forordet, at bogen har gennemgået en betydelig revision. Dette har resulteret i en gennemarbejdet bog, hvilket giver læseren en grundig introduktion til klinisk forskning.

Der findes mange bøger på markedet, der har forskningsmetoder som emne, men endelig sidder jeg med en bog, som har det hele. Forfatterne har formået at formidle komplicerede emner som statistik, litteratursøgning og epidemiologi på en letforståelig måde. Ved at anvende figurer, tabeller og konkrete eksempler, der støtter læringen, bliver den heller ikke for teksttung.

Kapitlerne om epidemiologi, den randomiserede kliniske undersøgelse, litteratursøgning, databehandling og statistik er mere dybdegående end de resterende kapitler og giver en grundig gennemgang af

teoriene og metoderne. Kapitlet om kvalitative metoder går desværre ikke i dybden med de forskellige metoder inden for kvalitativ forskning, men introducerer alligevel relevante metoder til dataproduktion, som interview, observation, dokumenter og mixed methods.

Kapitlerne om epidemiologi og statistik er utroligt relevante for alle, som læser forskningsartikler, også for de studerende på ernæring og sundhedsuddannelsen. Endelig sidder jeg med en bog, hvor både epidemiologi og statistik beskrives grundigt. Statistikafsnittet er jeg særdeles begejstret for, fordi statistikken her beskrives i relation til klinisk forskning. Forfatterne beskriver teoriene på et basalt niveau og formår dermed at gøre den forståelig. Systematisk litteratursøgning kan være komplekst, men kapitlet beskriver processen udførligt og giver trin-for-trin vejledning til udførelse af en systematisk litteratursøgning.

Bogen er meget brugbar for alle, som ønsker at læse og lære mere omkring klinisk forskning, også for de studerende.

Anmeldt af Luise Persson Kopp, klinisk diætiststuderende på University College Syddanmark.

Håndtering af **dysfagi** kan være en udfordring,
men der er hjælp at hente



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Fødevarer til særlige medicinske formål (FSMP)

Priser uddelt på FaKD's årsmøde i november 2016

FaKD's medlemmer indstiller hvert år en diætist og en studerende til prisen som årets diætist og årets studerende. FaKD takker for indstillingerne og ønsker stort tillykke til Jette Thomsen Fabricius, som er kåret til årets diætist, samt til Christian Antoniussen, der fik prisen som årets studerende. Herunder ses Christian og Jette i selskab med foreningens formand, Mette Pedersen, ved prisoverrækkelsen.



Hvor meget ved du om sukker?

FAKTA OM SUKKER & SUNDHED

Næsten dagligt læser vi om sundhed i medierne ofte i forbindelse med mad. Der refereres til nye undersøgelser, og eksperter udtaler sig. Men ikke alt i sundhedsdebatten er lige videnskabeligt velfunderet.

Det vil vi gerne gøre noget ved!

Derfor forsøger vi med denne brochure at besvare en række typiske spørgsmål om sukker for at bidrage til en mere nuanceret debat.

Brochuren kan downloades eller bestilles uden beregning på www.perspektiv.nu
Klik på "publikationer" og "informationshæfter".

Nordic Sugar A/S | Langebrogade 1 | 1014 København K

 **Nordic Sugar**
Member of Nordzucker Group



KALENDER '16-17

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

13. december 2016

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring inviterer til initiativmøde om Ernæring, fysisk aktivitet og muskler.

Mødes holdes kl. 16.30 – 19.00, Palle Juul-Jensen auditorium, bygning 10, Århus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, DK 8000 Århus C. Det er gratis at deltage og tilmelding er ikke nødvendig. Se program på www.dske.dk

2017

5. maj

Dansk Selskab for Klinisk Ernærings årsmøde. Hotel Marselis, Aarhus. Program følger. Følg med på <http://dske.dk/Arrangementer.html>

22.-25. august

Nordisk Folkesundheds-konference i 2017

Den 12. Nordiske Folkesundhedskonference, "Folkesundhed i velfærdssamfund under forandring - hvordan skaber vi bæredygtige løsninger?"

Nordisk Folkesundhedskonferencens ønsker at sætte retning, ambition og vision for folkesundhedsarbejdet i Norden. Konferencen byder på et spændende program med eksperter indenfor blandt andet områderne: Social ulighed i sundhed, social kapital, social bæredygtighed og social marketing. De skal sætte fokus på de udfordringer og muligheder, der er på folkesundhedsområdet, indenfor rammerne af de nordiske velfærdsmodeller.

Læs mere om konferencen på <http://www.nordiskfolkesundhedskonference.dk/om-konferencen/>

KURSER i FaKD

Fremtidige kursus arrangementer for medlemmer:

- | | |
|---------------|---|
| 5. dec. 2016: | Temaaften om BED i Århus |
| Forår 2017: | Kurser i NCP afholdes i både Jylland og på Sjælland |
| Maj 2017: | 4 dages kursus i "Den motiverende samtale", specielt målrettet diætister. Kurset er på Sjælland |
| Maj 2017: | Temadag om Dysfagi i Jylland |
- For mere information om tid og sted:
Følg med på FaKD's Facebook og på www.diaetist.dk

Markedsfør FaKD – både på arbejde og til træning!

Køb trænings-T-shirts med FaKD-logo

Super kvalitet og med et vigtigt budskab.
Du kan også stadig købe vest og almindelig polo-shirt.

Log ind på webshoppen www.dkdybdahl.dk

Brugernavn: kliniske
Password: diætister

- eller se udførlig vejledning på www.diaetisten.dk

BESTYRELSEN I FaKD

Formand, repræsentant

Mette Pedersen
E-mail: mp@diaetist.dk

Næstformand og kasserer, repræsentant

Trine Bech Klindt
E-mail: tk@diaetist.dk

Øvrige medlemmer

Karina Kildevang
E-mail: karinakildevang@gmail.com

Louise Rasmussen
E-mail: lr@diaetist.dk

Mette Merlin Husted
E-mail: mmh@diaetist.dk

Louise Persson Kopp
E-mail: lk@diaetist.dk

Lillie N. Preetzmann
E-mail: lillie.preetzmann@hotmail.com

Suppleant

Randi Tobberup
E-mail: rt@diaetist.dk

REGIONSFORMÆND

Region Hovedstaden Regionsformand

Dorthe Wiuf Nielsen
E-mail: dwn@diaetist.dk

Regionsnæstformand

Mette Line Christensen
E-mail: enillettem@hotmail.com

Region Sjælland Regionsformand

Trine Bech Klindt
E-mail: tk@diaetist.dk

Region Syddanmark Regionsformand

Caroline Kiilerich
E-mail: caki@haderslev.dk

Region Midtjylland Regionsformand

Louise Rasmussen
E-mail: lr@diaetist.dk

Region Nordjylland Regionsformand

Mette Poulsen
E-mail: mettepoulsen@yahoo.dk

Regionsnæstformand

Janne Møller
E-mail: post14@hotmail.com

REDAKTIONSUDVALG

Anne W. Ravn, Margit Vesterlund, Dorte Knudsen, Trine Klindt, Nina Møller-Nielsen, Christian Antoniusen. Redaktør Ulla Mortensen.
Kontakt: redaktoermail@diaetist.dk

KOMMUNIKATIONSWEBMASTER

Miriam Merlin Husted.
Kontakt: kommunikation@diaetist.dk



Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde



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



Bestil vores nye katalog for klinisk ernæring.

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

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

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

... når viden er vigtig