

DIÆTISTEN

Kost og Ernæringsforbundets fag- og forskningsblad for kliniske diætister

LÆS OM Årets Folkemøde med FaKD

Overvægt, IBS og etik på Folkemødet

Projekt Mere Ernæring i Træning (MET)

Ph.d om BED og vægttab



"Er der en politiker tilstede?!"



FaKD vil nemlig gerne samarbejde om at placere ERNÆRING og DIÆTISTER på den politiske dagsorden. Det forsøgte vi også på det seneste Folkemøde på Bornholm. Da den nye regering lige var blevet dannet, var det dog desværre vanskeligt at finde politikere at mødes med. Gennem årene har vi heldigvis skabt en god kontakt til de politikere, som sidder på Christiansborg.

Dem kan vi fortsat gøre brug af, men vi skal også have gjort os tydeligt bemærkede overfor de nytilkomne politikere.

Sommerferien kom hurtigt efter valget, og der har tilsyneladende ikke været meget fokus på ernæring og sundhed den første tid med den nye regering. Rygning, unges alkoholindtag og vacciner fylder overskrifterne - vigtige emner for sundheden, men nu må det være tid til at sætte ernæringen på prioriteringslisten!

På folkemødet 2019 havde FaKD for første gang sin egen event – med fokus på IBS. I kan læse om debatten her i bladet, og der var heldigvis stor tilslutning til, at der skal gøres noget for den store gruppe mennesker med denne lidelse. Her er diætisterne også en del af løsningen, og vi skal holde os klar til at komme på banen.

FaKD har netop gennemført endnu et IBS-kursus for jer medlemmer. Vi er en faggruppe, der er klædt godt på til at løse en del af problematikken. Det skal vi vise politikerne og fagprofessionelle samarbejdspartnere som fx lægerne, at vi er.

I dette nummer kan I desuden læse om "Kulinarium" - den nye forskningsenhed på Aalborg Universitetshospital, der sætter ny dagsorden for underernæring på hospitalerne. Endnu et godt eksempel på hvordan man kan arbejde med ernæring, som vi kan fremlægge, når vi skal i dialog med de nyvalgte politikere.

Jeg tænker, at også disse politikere er klar over, at ernæring er vigtig både i forhold til forebyggelse og for behandlingen af de syge på hospitalerne. Jeg er sikker på, at de ved, at kosten er vigtig i forhold til at sikre de mange ældre og kronikere et bedre liv og for at hjælpe mange unge overvægtige til bedre trivsel. De ved måske endda også, at kostomlægning kan redde og forandre liv?

Men den nye regering skal lære vores faggruppe meget bedre at kende i forhold til, hvad vi kan bidrage med for at løse de store udfordringer, der er i sundhedsvæsenet. Ernæring er let nok at have fokus på, men FaKD er optaget af, at der også benyttes de rette kræfter til at løse opgaverne.

Vi har brug for læger og sygeplejerske i den hvide verden, men der er mange opgaver, vi som faggruppe allerede er de bedst kvalificerede til at løse; det behøver andre faggrupper ikke efteruddannes til at kunne gøre med færre kompetencer. Der er mange opgaver derude, vi tværfagligt kan løse bedre. Diætister kan med fordel varetage flere opgaver i f.eks. kommunerne og på hospitalerne. Herved kan frigives dyrebar tid, som sygeplejerskerne har brug for til deres plejeopgaver.

Vi ved, I er klar til at tage fat – i samarbejde med de mange andre sundhedsprofessionelle.

Vi diætister er en del af løsningen på de ernæringsrelaterede udfordringer - og vi er lige her.

KOST ERNÆRINGS FORBUNDET
SUNDHED ER EN RET

UDGIVER:

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

ISSN 1395-1169

Deadlines næste udgivelse

Sidste frist for indlæg 15. august
Sidste frist for annoncer 5. september
Nr. 161 udkommer oktober 2019

REDAKTØR

Helle Jakobsen
Efter d. 01.08.19:
Anne W. Ravn
redaktor@diaetist.dk
Tlf. 2020 3550

ANSVARSHAVENDE

Mette Theil
mp@diaetist.dk

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

Promovista. Tlf. 2031 8001

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

SEKRETARIATSADRESSE

Fagligt selskab af Kliniske Diætister
Kost & Ernæringsforbundet
Holmbladsgade 70
2300 København S
Tlf. 3163 6600

Mandag-torsdag: 8.30-15.00,
fredag: 8.30-13.30

Det faglige selskab har derudover telefontid på følgende tidspunkter:

Mandag 9-11, tirsdag 8-10, onsdag 9-11,
torsdag 16-18, fredag 8-10.

For hjælp og vejledning kan du i de tidsrum ringe på tlf. 7020 2615.

post@kost.dk
www.kost.dk

INDHOLD

KORT NYT	5
ARTIKLER	
Diætisten som træner	8
Kulinarium sætter ny dagsorden i kampen mod underernæring	10
Forskningssemesterstuderende fra Københavns Professionshøjskole	12
FOLKEMØDET	
Årets Folkemøde med FaKD	14
BACHELOR	
Diætbehandling af type 3c diabetes mellitus	19
NCP-KLUMMEN	
Nutrition Care Process Research Outcomes International Workgroup (NCPRO) møde i Chicago 2019	21
FORSKNING	
Veje til vægttab ved BED: Accept, nydelse og forbundethed med sig selv, sin krop og andre mennesker	24
INSPIRATION & VIDEN	26
MIN DIÆTISTDAG	28
NYE BØGER & ANMELDELSER	29
KALENDEREN	31





Fresubin® 2 kcal DRINK

Din genvej til energi, protein, vitaminer og mineraler



Du bør spise 3 hovedmåltider og 2-3 mellemmåltider i løbet af dagen.* Er du syg og har nedsat appetit, kan dette være svært.

Med Fresubin® 2 kcal DRINK får du et hovedmåltid i én flaske. Og så smager den godt!

Gå ind på apoteket og hør om fordelene. Fresubin® er fødevarer til særlige medicinske formål.

* Den Nationale Kosthåndbog

Hvis du vil vide mere, kan du besøge vores hjemmeside:

www.fresenius-kabi.dk



**FRESENIUS
KABI**

caring for life



Endnu et hold diætister er nu certificeret i Low FODMAP Diet

Yderligere 26 kliniske diætister er nu certificeret i diagnostik og ernæringsbehandling af patienter med IBS – herunder behandling med Low FODMAP Diet.

Denne gang forløb kurset over perioden april til juni 2019 og blev afholdt i Kost og Ernæringsforbundets lokaler i København. Det var nogle intense dage, men igennem hele kurset var humøret højt og engagementet overvældende. Kantinen havde ændret deres menu, så maden også fulgte Low FODMAP Diet-principperne.

Vi er glade for, at der igen var stor tilslutning til dette kursus. Det viser, at der stadig er stor efterspørgsel fra både læger og patienter til at få diætbehandling ved kliniske diætister. Vi er stolte af, at vores medlemmer påtager sig ansvaret og ønsker at efteruddanne sig inden for dette område, og således bliver bedst muligt klædt på til at behandle patienterne.

De diætister, som nu er certificerede, skal ikke tøve med at kontakte diverse lægepraksisser, som kan have mulighed for at give jer nogle ugentlige konsultationer til IBS-patienterne. Har I selv klinik, skal I endelig gøre reklame målrettet lægerne i jeres lokalområde, nu hvor I kan arbejde med dette speciale.

FaKD sørger også løbende for at informere PLO (Praktiserende Lægers Organisation) om, hvordan deres medlemmer kan finde FaKDs privatpraktiserende diætister på kortet på Kost og Ernæringsforbundets hjemmeside.

Tak til de 26 kliniske diætister, der deltog i IBS-kurset. Vi ønsker jer alle held og lykke med at bruge jeres ny erhvervede viden i praksis. Mette Theil, formand for FaKD

Tilskud til faglig gruppe

FaKD giver igen i år ét tilskud på 5.000 kr. til en faglig gruppe, der arbejder med et emne inden for ernæring i Danmark, og hvor der i gruppen indgår medlemmer af FaKD. Pengene kan søges til udgifter i forbindelse med afholdelse af arrangementer, temadage, foredrag m.m.

Der skal ansøges skriftligt, med en begrundelse for, hvorfor tilskuddet søges, og hvad pengene skal bruges til. I ansøgningen skal også kommissorium og aktuell medlemsliste vedhæftes. Ansøgningen skal sendes til post@diaetist.dk senest d. 1. oktober 2019. Alle ansøgere får besked d. 11. oktober 2019.

FaKDs rammeplaner – udgivelser på vej!

Flere arbejdsgrupper arbejder på vegne af FaKD med hhv. fire rammeplaner omhandlende nyreinsufficiens, bulimia, type 2-diabetes og ernæringsterapi til borgere med geriatriske problemstillinger.

Arbejdsgrupperne bag de to rammeplaner, der omhandler hhv. ernæringsterapi til borgere med geriatriske problemstillinger og nyreinsufficiens er nået til den afsluttende fase, og rammeplanerne forventes at blive udgivet i sommeren og efteråret 2019.

Lige nu søger FaKD medlemmer til at udarbejde nye rammeplaner for hhv. Diætbehandling af anoreksi, adipositas og sonde- og parenteral ernæring. Har du lyst til at samle den eksisterende viden og evidens om og for diætbehandling af disse ernæringsrelaterede sygdomme og problemstillinger i et konkret og praktisk anvendeligt redskab? Har du dertil erfaring med disse specialer og mod på arbejdet, hører vi gerne fra dig!

Hvis du har spørgsmål til, hvordan arbejdet foregår eller hvis du ønsker at deltage i arbejdet, er du velkommen til at kontakte bestyrelsesmedlem Christian Antoniussen på ca@diaetist.dk.



Ansøgning om projektmidler hos Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD)

Som noget nyt fra 2019 og frem har FaKD valgt at udstede 100.000 kr. årligt til ét eller flere udvalgte projekter. Med disse projektmidler ønsker FaKD at bidrage til at styrke de kliniske diætisters mulighed for at udvikle den diætetiske praksis og deres jobmuligheder igennem faglige, sociale, uddannelses- og forskningsmæssige projekter.

Ansøgningsfrist

Ansøgningsperioden løber fra d. 1. august 2019 til d. 30. september 2019.

FaKDs bestyrelse vil vurdere, hvorvidt et projekt skal tildeles projektmidler i perioden d. 1. oktober 2019 til d. 1. november 2019.

Offentliggørelse

Det offentliggøres hvilke(t) projekt(er) FaKD ønsker at støtte i løbet af november 2019 og de(n) projektansvarlige vil få direkte besked pr. mail. Herefter offentliggøres navn(ene) på projektet på FaKDs Facebook-side og hjemmeside.

Prioritering

FaKD vil i vurderingen af de modtagne ansøgninger lægge vægt på følgende; hvilke projekter, der kan skabe værdi for professionen, både i forhold til, hvorvidt projektet bidrager med ny viden og redskaber til den daglige praksis, men i høj grad også, hvilke projekter, der potentielt kan føre til øget beskæftigelse for kliniske diætister.

Større projekter prioriteres ikke nødvendigvis højere end mindre projekter – deres relevans og fremtidsperspektiv er i højere grad vigtigt.

Krav

Minimum én af de projektansvarlige skal være medlem af Fagligt selskab af Kliniske Diætister. Ved forskningsprojekter skal der desuden indsendes min. én artikel til mulig publikation i et relevant videnskabeligt tidsskrift, og FaKD skal angives som bidragsyder. Efter projektets afslutning skal der yderligere udarbejdes en artikel til fagbladet Diætisten samt et oplæg på FaKD's næstkommende årsmøde mhp. at orientere øvrige FaKD-medlemmer om projektets forløb, resultater, og hvad projektmidlerne er blevet anvendt til. Herudover forventes det, at den projektansvarlige indsender min. ét abstract til en international ernæringskongres, fx EFAD, ESPEN eller lignende kongres det nærværende år, såfremt projektet er relevant herfor. Projekter skal også her præsenteres med FaKD som bidragsyder.

Ansøgningsprocedure

Alle ansøgere skal udfylde et ansøgningsskema inkl. resumé samt vedlægge projektbeskrivelse og budget, som beskrevet i vejledningen "Ansøgningsprocedure for projektmidler hos FaKD", som findes på www.kost.dk/viden-0.

Såfremt dette ikke er medsendt, vil projektet blive afvist.

Spørgsmål?

Har du spørgsmål til det ovenstående bedes du kontakte bestyrelsesmedlem Christian Antoniussen på ca@diaetist.dk eller bestyrelsesmedlem Louise Rasmussen lr@diaetist.dk.



Uden tilsat
sukker



Gratis
vareprøver?
Skriv til os!



Hos EASIS gør vi en dyd ud af hele tiden at komme med nye produkter, som kan inspirere danskerne til en livsstil uden tilsat sukker. Og lige nu har vi rigtig mange nyheder, som vi håber kan bruges i din vejledning af klienter på vej mod en sundere livsstil. Vi sender gerne gratis vareprøver og brochurermateriale, hvis du sender os en mail på easis@easis.dk. Vi glæder os til at høre fra dig!

EASIS forhandles i alle detailkæder. Se også easis.dk, netbutik.diabetes.dk m.fl.
Følg os på [facebook.com/EASISDanmark](https://www.facebook.com/EASISDanmark) og Instagram @easis_udentilsatsukker



Diætisten som træner



Af Camilla Hindsgaul, klinisk diætist og projektleder på Mere Ernæring i Træning, Mad og Måltider, Odense Kommune, cahin@odense.dk

Vi kan ikke alt med ernæring – men vi kan intet uden. En erkendelse vi diætister ikke kun møder i vores egen faggruppe, men også blandt fysioterapeuter, ergoterapeuter og træningsassistenter. En afdækning lavet af netop disse tre faggrupper i projektet ”Mere Ernæring i Træning” (MET) viser, at de i høj grad oplever, at det nytter, når underernærede ældre vejledes og støttes i en adfærdsændring for at sikre en bedret ernæringstilstand. Her bliver diætistens rolle som ernæringstræner for de øvrige medarbejdere tydelig.

Ernæring og træning skal være en naturlig del af det, vi gør
 ”Ernæring og træning skal være en naturlig del af det, vi gør” udtalte én af fysioterapeuterne i projekt MET, første gang projektgruppen var samlet. Sådan er det nemlig ikke nu (1). Mange ældre, der udskrives med en genoptræningsplan, er underernærede eller i risiko for utilsigtet vægttab, når de starter genoptræning, hvis der ikke tages højde for det øgede energiforbrug genoptræningen medfører (2). På trods af denne viden, er det de fleste steder ikke praksis at koble genoptræningsplaner med ernæringsplaner på nuværende tidspunkt. Sådan var situationen i hvert fald i kommunerne Assens, Faaborg-Midtfyn, Langeland, Ærø og Odense. Hvis vi skal imødekomme denne problemstilling, er der behov for, at ernæringsfagligheden - og dermed diætisterne - spiller sig ind på træningsarenaen.

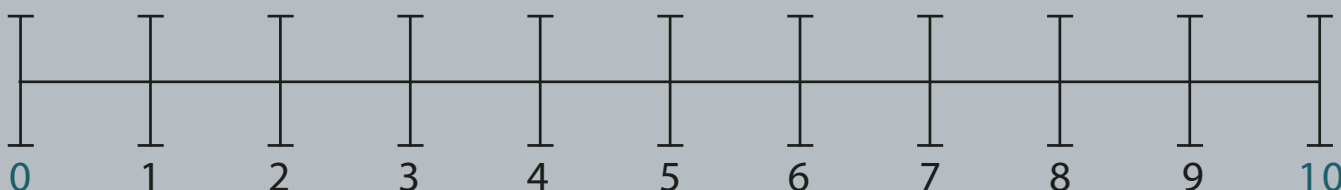
Da Sundhedsstyrelsen slog puljen for ”Tværfaglige ernæringsindsatser målrettet underernærede ældre eller ældre med uplanlagt vægttab” op, var det derfor nærliggende, at kommunerne i fællesskab udarbejdede en projektansøgning, og fik del i puljen til projekt ”Mere Ernæring i Træning” - MET.

I projektet ønsker vi at afhjælpe utilsigtet vægttab og underernæring blandt ældre borgere 65+ år i kommunal genoptræning. I de forskellige organisatoriske kontekster som vi fem kommuner er underlagt, arbejder vi på, at de træningsansvarlige medarbejdere opsporer og handler på underernæring og uplanlagt vægttab. Vi vil udvikle materialer og tilbud således, at borgeren i højere grad mestrer egen ernæringstilstand. Vi vil også være nysgerrige på, hvad den organisatoriske kontekst betyder for de tværfaglige ernæringsindsatser – både internt i egen organisation og i den tværsektorielle – og vi vil afprøve forskellige samarbejdsmodeller.

Odense har en tværgående projektledelse, og hver kommune er organiseret med sin egen arbejdsgruppe. Hver arbejdsgruppe er tværfagligt sammensat med diætister og såkaldt trænende medarbejdere (fysioterapeuter, ergoterapeuter og træningsassistenter, som står for træningen af borgerne). Diætistens kompetencer bliver sat i spil, særligt ved at gøre den ernæringsfaglige viden forståelig for de andre faggrupper, og derved understøtte, at de trænende medarbejdere opsporer og yder generelle råd og vejledning af målgruppen. Således kan diætisten i højere grad efterkomme behovet for mere specialiserede ernæringsfaglige kompetencer til den stigende kompleksitet i

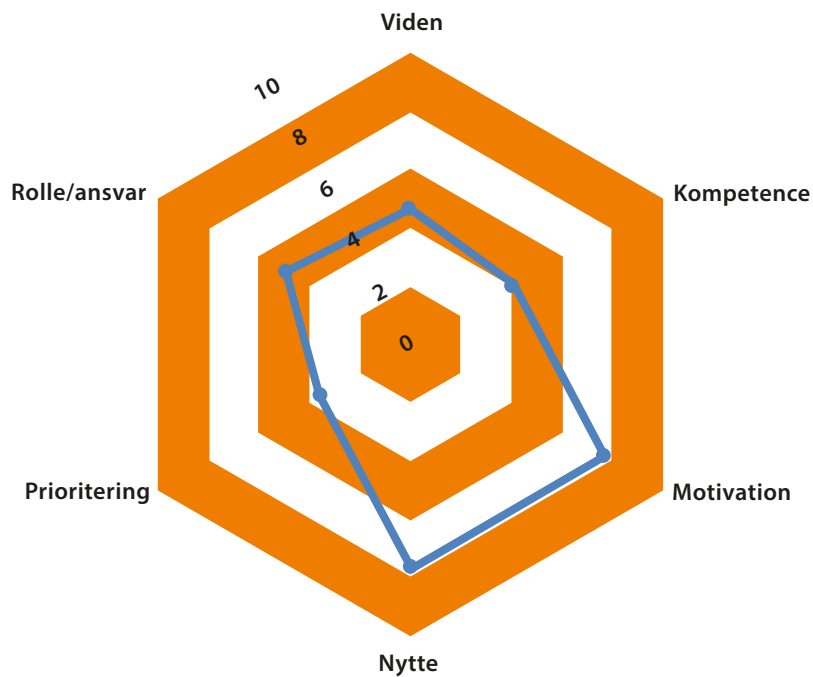
Sæt ring om det pågældende tal. 0 = ringe grad, 10 = høj grad

I hvilken grad vil du vurdere, at du har viden til at rådgive den ældre borger om ernæring ift. underernæring?



Eksempel på spørgsmål i spørgeskemaet om Selvvalgte forudsætninger for arbejdet med underernæring

Selvvruderende forudsætninger



borgernes ernæringsmæssige problemstillinger. En afdækning af de trænende medarbejders selvvruderede forudsætninger for arbejdet med ernæring viser, at det er en hensigtsmæssig måde at placere diætistens kompetencer. De trænende medarbejdere vurderer nemlig sig selv til at have et potentiale for at være stærke medspillere i samarbejdet med diætisten.

Hvordan bliver vi medspillere?

Førnævnte afdækning er opbygget som et spørgeskema med seks barrierer man skal forholde sig til, ud fra en 10-points skala. Barriererne man skal forholde sig til, er: viden, kompetence, motivation, nytte, prioritering og ansvar (rolle). Efterfølgende visualiseres svarene i et Spiderweb-diagram, hvor 0 er "ringe grad" og 10 er "høj grad". I spørgeskemaet var der desuden mulighed for at uddybe sit valg af score ved fritekst.

Afdækningen viser, at gruppen i høj grad oplever, at det nytter at vejlede den ældre underernærede borger i kommunal genoptræning i ernæringsterapi - særligt hvis de pårørende også inddrages. Motivationen for at arbejde med borgerens underernæring var ligeledes høj. Dette uddybes med en kommentar om, at en dårlig ernæringstilstand vil være lig med en dårlig træningstilstand, og det skaber usikkerhed om, hvornår man som trænende medarbejder kommer til at gøre mere skade end gavn med genoptræningen.

På trods af dette, er det ikke en prioritet for dem at arbejde med ernæring i hverdagen. De trænende medarbejdere oplever ikke at have viden eller kompetencer til at rådgive den ældre borger om underernæring, og uddyber, at de særligt mangler viden om diætprincipperne omkring underernæring og ernæring ift. træning. Dette, sammenholdt med, at der mangler afklaring omkring deres rolle og ansvar omkring borgerens ernæring i den tværfaglige gruppe, betyder, at de ikke prioriterer arbejdet med ernæring.

En ægte holdindsats

Tværfagligt arbejde øger kvaliteten af den ernæringsmæssige indsats overfor borgere med underernæring og uplanlagt væggtab. Og med forskellige fagligheder, kommer også forskellige tilgange til det rehabiliterende arbejde. Denne afdækning viser, hvordan vi trods forskellige faggrupper med forskellige tilgange kan støtte hinanden til en helhedsorienteret tilgang til det rehabiliterende arbejde med borgeren. Denne afdækning kan give et indblik i, hvordan vi som diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter og træningsassistenter kan skabe samarbejdsmodeller, hvor vi støtter hinanden de steder i arbejdet, hvor der er behov for det. Det ved vi forhåbentlig mere om, når MET afsluttes.

Særligt for projekt MET viser denne afdækning os, at der er et behov for et videns- og kompetenceløft indenfor ernæring af trænende medarbejdere. Endvidere også, at der skal være rum til at være nysgerrige på hinandens arbejdsgange og drøftelser omkring ansvarsområder og roller i forbindelse med borgerens ernæringsmæssige indsats. Der skal desuden være fokus på et højt vidensgrundlag for de trænende medarbejdere. På den måde sikrer vi mulighed for udvikling af nye arbejdsgange til forankring i egen kontekst, med tydelige rollefordelinger i arbejdet med ernæring.

"Vi skal ikke være små diætister, men som sundhedspersoner har vi også et ansvar," udtaler en fysioterapeut i projektet. Og som de medarbejdere, der oftest er tættere på borgeren i hverdagen end diætisten, er det afgørende for de ernæringsmæssige indsatser, at viden og kompetencer styrkes hos denne gruppe. Samtidig skal deres ansvar og rolle tydeliggøres. Diætisten har således en rolle som træner ved bl.a. at gøre sin viden forståelig, og i samarbejde med de trænende medarbejdere at skabe mulighed for, at ernæringsfagligheden er til stede i træningen.

Referencer

1. Beck A M, Stenbæk Hansen B, Leeddo E. Tværsektorielt samarbejde om en ernæringsindsats til ældre medicinske patienter, som udskrives med en genoptræningsplan, 2016.
2. National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger. Sundhedsstyrelsen. København, 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016>

Kulinarium sætter ny dagsorden i kampen mod underernæring

Af Christine Thomsen, cand.scient. Molekylær Ernæring og Fødevareteknologi, forsknings- og innovationsmedarbejder, Kulinarium, Aalborg Universitetshospital, c.thomsen@rn.dk

På Aalborg Universitetshospital har man igennem de seneste år valgt at tænke ernæring til syge på en ny måde. I 2016 etablerede man en forskningsenhed i ernæring, mad og måltider for at bekæmpe underernæring og andre ernæringsproblematikker blandt patienter. Kulinarium, som forskningsenheden hedder, er en platform med et tværfagligt fundament, som danner basis for forskning og udvikling indenfor ernæring, mad og måltider til syge, indlagte patienter.

Siden 1970'erne har man rapporteret om underernæring på hospitaler hos omkring 40% af patienterne. Her 50 år senere tyder de fleste studier på, at forekomsten af underernæring blandt patienter er uændret (1–3).

Der bliver generelt gjort en ihærdig indsats for at reducere tilfælde af underernæring med bl.a. ernæringscreeninger og -planer. Men det er ingen hemmelighed, at ernæringsområdet på hospitaler er udfordret, da antallet af diætister reduceres, køkkenets budget strammes og plejepersonalet løber hurtigere og hurtigere. Med denne udvikling ser vi en stor risiko for, at ernæring tilsidesættes og behandlingen reduceres til udelukkende at fokusere på den medicinske behandling.

Der er derfor behov for at tænke ud af boksen for at sikre, at patienterne får en bedre og mere målrettet ernæring i fremtiden.

Inddrag patienterne og få de rigtige faggrupper med ombord

Det tværfaglige fundament er selve kernen i Kulinarium og grunden til, vi tror på, at vi kan gøre en særlig indsats indenfor ernæringsområdet. I vores arbejde indsamler vi relevant viden og erfaring igennem sparring og inddragelse af relevante faggrupper såsom diætister, læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, økonomaer (i dag professionsbachelorer i ernæring og sundhed) etc. De inddrages i alle dele af processen - fra udvikling af prototype af fx nye produkter til færdigudvikling og implementering af produktet.

Samtidig, og måske allervigtigst, inddrager vi patienterne. Det er dem, der kan fortælle os, i hvilken retning vi skal gå. Patienternes

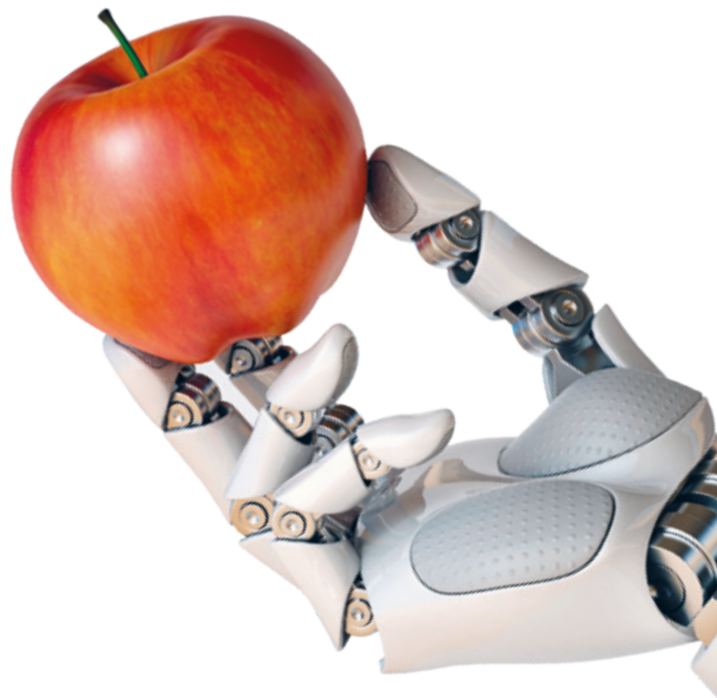
behov, oplevelser og præferencer er vigtige parametre, som vi altid tager højde for i forsknings- og udviklingsprojekter. Mad, måltider og smage er ofte en selvfølge for raske, men kan blive problematiske for patienter af mange årsager; fx hvis de oplever kvalme, smerter, smagsforandringer etc. Det er dem der ved bedst, hvordan det føles ikke at kunne spise, og derfor er det vigtigt at få tænkt patienten ind i ernæringsindsatsen.

I Kulinarium arbejder vi ud fra deisen om, at det vi laver, skal give mening for personalet på sengeafdelingerne og patienterne samt være egnet for implementering i drift. Vi udvikler eller forsker ikke i mad, måltider og ernæring for, at et projekt skal gå i glemmebogen efter afslutning. Vi arbejder ud fra forskellige vinkler, afhængig af problemets karakter og omfang. Det kunne være udvikling af kosttilbud efter patienternes præferencer eller udvikling af specielle produkter til patienter med særlige behov, som fx flydende specialdiæt, 3D-printede måltider eller ernæring til natten. Vi anser alle ernæringsproblematikker for vigtige. Og ingen patientgruppe er for lille.

Når ernæringen bliver bedre

Der er mange gode eksempler på produktudvikling og den tværfaglige indsats. I 2016 udviklede vi en Supersaft (proteinberiget saftvand) i samarbejde med sygeplejersker og fysioterapeuter. Formålet var at udvikle et saftbaseret, læskende alternativ til de ernæringsdrikke, som ellers bliver tilbudt på hospitalet i dag, og som fysioterapeuterne let tilgængeligt kunne tilbyde patienterne efter formiddagstræning. Supersaften blev indført på alle afdelinger i 2017, og er i dag populær på langt de fleste afdelinger. Succesen skyldes i høj grad oplysning, opfølgning og tilstedeværelse af kostfaglige konsulenter fra køkkenet på afdelingerne, når nye produkter skal implementeres – ellers falder plejepersonalet, erfaringsmæssigt, hurtigt tilbage til "gamle" rutiner og kendte produkter.

Et andet eksempel på, hvordan vi tværfagligt har løst et spiserelateret problem for vores patienter er udviklingen af en klar, vandig diæt (såkaldt Clear Liquid diet). Diæten er målrettet en lille patientgruppe, som er opereret i mave-tarmregionen, og som ernæres igennem sonde. Men for at stimulere mundforholdene og opretholde fornemelsen af at spise, må patienterne indtage en restriktiv kost, der er kategoriseret som klare væsker eller som bliver til en klar væske, når den smelter i munden. Dette var et samarbejde mellem en specifik



afdeling, diætisten på afdelingen og os. Diætisten oplevede en klar mangel på sådan et tilbud til sine patienter, og henvendte sig derfor til os om et udviklings samarbejde. Det kom der fem mundstimulerende vandige produkter ud af, som i dag benyttes på afdelingen efter behov og i samarbejde med diætisten.

Sidst, men ikke mindst, vil jeg nævne to projekter, der går på udvikling af hhv. morgenmadstilbuddet og mellemmåltidstilbuddet, hvor den tværfaglige indsats virkelig har givet pote (4,5). I begge projekter er nye kosttilbud blevet udviklet i samarbejde med patienterne med udgangspunkt i deres ernæringsbehov og præferencer. Resultaterne fra begge projekter viste et signifikant øget energi- og proteinindtag hos patienter. Dette øgede indtag kan til dels tilskrives udviklingen af mere målrettede måltider, men skyldes også i høj grad en stærk tværfaglig indsats fra køkkenpersonale, plejepersonale og kostkonsulenter, hvor især oplysning, opfølgning og tilstedeværelse er vigtige nøgleord for, at implementeringen lykkedes.

Vi kan ikke det hele selv

Det er dog ikke alle ernæringsrelaterede udfordringer, som vi selv kan løse. Vi ser et stærkt potentiale i at samarbejde med andre vidensinstitutioner, fødevarereproducenter og virksomheder, så vi kan benytte hinandens viden og kompetencer bedst muligt i kampen for bedre ernæring.

Det kunne fx handle om brugen af visse proteintyper i bestemte fødevarer. Vi arbejder på at udvikle et specialprodukt til natten: Et produkt – eller et lille måltid – patienten kan spise umiddelbart inden sengetid med ingredienser, som understøtter frigivelsen af proteiner stabilt hen over hele natten, så natlig faste forebygges. For underernærede patienter er den natlige faste meget uheldig, og kan forværre den underernærede patients ernæringsmæssige status (6). I dette tilfælde er de fødevareteknologiske udfordringer af en sådan karakter, at vi har brug for ekspertise og teknologi, som fødevarerindustrien kan hjælpe os med.



Men det er ikke kun os, der drager nytte af fødevarerindustrien. Vi er også en interessant samarbejdspartner for fødevarerindustrien, da vi kan tilbyde adgang til en forbrugergruppe, som ellers er svært tilgængelig. For eksempel blev Kulinarium i 2016 kontaktet af en ingrediensvirksomhed, der gerne ville indarbejde deres protein i et ernæringsprodukt til patienter. Vi havde et hul i sortimentet til en snæver patientgruppe, og øjenede en mulighed for at udvikle et mellemmåltid tilpasset nøjagtigt til dem. En fødevarereproducent blev fundet, og produkterne blev udviklet. Patientgruppen var med til at udvikle smagene, og ergoterapeuter hjalp med at komme frem til den rette konsistens. Projektet er et eksempel på et projekt finansieret af en ekstern fond. Ekstern finansiering er nemlig en vigtig del af Kulinariums eksistensgrundlag. Projekter koster penge, og da der ikke er ubegrænsede midler, er disse finansieringer en vigtig brik for at udføre aktiviteter.

Vores samarbejde med fødevarerindustrien er vigtig for, at der kan blive skabt nogle gode fødevarerløsninger - både dem vi mangler på hospitalet i dag, men også løsninger, som kan være tilgængelige for patienterne, når de er udskrevet. I dag er patienter langt fra færdigbehandlede, når de udskrives. Derfor synes vi, at det er vores pligt at bidrage til, at der vil være gode ernæringsprodukter tilgængelige for dem i detailhandlen efter udskrivelsen. Af den grund ser mange virksomheder også et potentiale i os, og vi får løbende henvendelser, hvilket vi er glade for.

Kulinarium er sat i verden til at gribe de bolde, der bliver kastet op i luften af de mange dygtige ernæringsfaglige nøglepersoner, der færdes blandt patienterne til hverdag, og som ser de ernæringsmæssige udfordringer. Sådan skaber vi sammen en ny præmis for bedre ernæring og ikke mindst fremtidens hospitalsmad.

Referencer

1. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr.* 2004;23(5):1009–15.
2. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr.* 2008;27(3):340–9.
3. Tierney AJ. Undernutrition and elderly hospital patients: a review. *J Adv Nurs.* 1996 Feb;23(2):228–36.
4. Mortensen MN, Larsen AK, Skadhauge LB, Høgsted RH, Beermann T, Cook ME, et al. Protein and energy intake improved by in-between meals: An intervention study in hospitalized patients. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2019;30:113–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.01.007>
5. Beermann T, Mortensen MN, Skadhauge LB, Høgsted RH, Rasmussen HH, Holst M. Protein and energy intake improved by breakfast intervention in hospital. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2016;13:e23–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405457716300973>
6. Trize DDM, Calabria MP, Oliveira S De, Franzolin B. Effects of overnight fasting on handgrip strength in inpatients. *Einstein.* 2018;16(4):1–6.

Forskningssemester- studerende fra Københavns Professionshøjskole

Praktisk erfaring med forskningsmetoder og dataindsamling, et større fagligt netværk og muligheden for at formidle sin nyerfaredede viden. Det er blot nogle af de fordele, som diætiststuderende – og andre studerende på sundhedsbacheloruddannelserne på Københavns Professionshøjskole – kan høste under et forskningssemester, der kører i samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital.

Af Lone Schou, docent på Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, lohs@kp.dk

Københavns Professionshøjskole (KP), Det Sundhedsfaglige Fakultet, indgik i 2017 et samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital om forskningssemesterstuderende. Studerende, som har gennemført 6. semester på en sundhedsprofessionsbacheloruddannelse på KP, kan ansøge om tilknytning til projekter som videnskabelig assistent, med en tidshorisont på fem måneder og en ugentlig arbejdstid på 37 timer. De får i den forbindelse orlov fra deres ordinære uddannelse og modtager 10.000 kr. i løn om måneden. De studerende kan, efter konkret aftale med projektlederen på hospitalet, anvende data og resultater i deres bachelorprojekt.

Formålet med ordningen er at styrke, fastholde og videreudvikle klinisk forskning indenfor følgende sundhedsprofessionsbacheloruddannelser: Ernæring og sundhed, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordemødre, radiografer og bioanalytikere.

Målet for den enkelte studerende er, at vedkommende: 1. opnår erfaring med og kendskab til udvalgte forskningsmetoder i et klinisk studie, 2. under vejledning får praktisk erfaring med eksempelvis dataindsamling, indhentning af samtykke til deltagelse i forskning, registrering af data, herunder datahåndtering (beskyttelse af data), analysemetode(r), formidling af forskningsresultater (fx abstract, plakat, artikel, præsentation), 3. etablerer et netværk indenfor forskningsområdet både mono- og tværfagligt, 4. deltager i drøftelser af forskellige relevante

emner indenfor klinisk forskning, eksempelvis metoder, design, tilladelser til gennemførelse af klinisk forskning samt finansiering af forskning.

Positive resultater efter det første år

Evalueringen efter det første år viser, at de studerende i højere grad har nået målene, og at 75 % har kunnet bruge udvalgte data i deres bachelorprojekter, der er bestået med meget flotte karakterer. Flere studerende har udarbejdet abstracts til henholdsvis nationale og internationale konferencer, med efterfølgende mundtlige oplæg. Nogle studerende er med som henholdsvis første- og andenforfattere på faglige og videnskabelige artikler, men det strækker sig dog langt ud over de fem måneders orlov, og er noget, de studerende må arbejde på sideløbende med færdiggørelse af deres uddannelse.

Nogle studerende har ønsket at snuse til det at bedrive forskning for at se, om det er en karrierevej de ønsker at forsætte. Andre bruger det som springbræt til en videregående uddannelse, og her kan det være godt at have titler som forskningssemesterstuderende og et eller flere medforfatterskaber på CV'et.

En af vores diætiststuderende fortalte på en workshop, at hun har fået følgende ud af at deltage: Øgede kompetencer, bedre patientkontakt, større kendskab til arbejdsgange på et hospital, erfaring med forskningsprocessen, et netværk, data der kan inddrages i bacheloropgaven, som bliver en praksisnær og mere dybdegående opgave.

Ordningen fortsætter i samarbejde med flere hospitaler i Region Hovedstaden.



Eksempler på de studerendes opgaver

Af Tina Munk, leder af Enheden for Diætetik og Klinisk Ernæringsforskning, Herlev-Gentofte Hospital, tina.munk@regionh.dk

Vi har to gange haft fornøjelsen af at have en studerende i forskningssemesterordningen. Sidste gang havde vi en sygeplejestuderende, hvis rolle var at indsamle data på prævalens af sarkopeni hos indlagte ældre.

I øjeblikket har vi en diætiststuderende. Hendes rolle er at indsamle data til to forskellige kvalitetssikringsprojekter.

I det ene projekt samler den studerende data på energi- og proteinindtag hos patienter med dysfagi. Formålet er at undersøge, om implementering af en dysfagidiæt, som er lavet fra bunden og med mere variation, kan medføre et højere energi- og proteinindtag i forhold til en standard-dysfagidiæt, hvor der benyttes færdiglavede indkøbte timbaler.

I kraft af, at patienter med dysfagi er i risiko for dehydrering, undersøger den diætiststuderende i et andet projekt, om man via brug af standardblodprøver indsat i en særlig ligning objektivt kan vurdere, om patienten er dehydreret.

Ovenstående data vil hun få lov at benytte i sit bachelorprojekt. Dog vil bachelorprojektet ikke blive offentliggjort, førend vi har publiceret resultaterne i videnskabelige artikler.



Erfaring fra en studerende

Af Camilla Balle Bech, diætiststuderende og tidl. Forskningssemesterstuderende, camilla.balle.bech@regionh.dk

Jeg har netop afsluttet mit forskningssemester på Herlev-Gentofte Hospital, hvor jeg har været en del af Enheden for diætetik og klinisk ernæringsforskning.

Her har jeg fået et indblik i og været en del af et forskningsmiljø, hvilket har givet mig et større kendskab til, hvad det indebærer at forske. Jeg har også fået afklaret, at det er noget, som jeg kunne tænke mig at arbejde med i fremtiden. Dertil kommer, at jeg har indsamlet data på over 130 patienter, så jeg har haft en del patientkontakt. Efter min sidste praktik på 6. semester havde jeg et ønske om mere patientkontakt, da det var her, jeg følte, at jeg virkelig udviklede mine kompetencer til at blive en dygtig klinisk diætist i fremtiden. Dette har jeg fået indfriet, og det har medvirket til, at jeg er blevet mere tryk i min kontakt med patienter.

Mit forskningssemester har ligeledes givet mig mulighed for at skabe et netværk. Jeg har eksempelvis været ude for at fortælle om det at være studerende i forskning, og på DSKE's (Dansk Selskab for Klinisk Ernæring) årsmøde præsenterede jeg et abstract, som omhandlede en undersøgelse af plejepersonalets tilfredshed før og efter optimering af dysfagi-diæten på hospitalet.

Jeg kan kun anbefale andre at afprøve forskningsmiljøet under deres studietid, hvis muligheden byder sig. Det giver erfaring med forskning, og man får skærpet sine kompetencer indenfor det diætetiske, men også styrket sin evne til at arbejde tværfagligt på hospitalet.



Årets Folkemøde med FaKD

”Samtale fremmer forståelsen” kunne godt være Folkemødets uofficielle motto, og det var da også et af de vigtigste mål for FaKD, som naturligtvis var på pletten ved årets samling i Allinge. Gennem debatter, uformelle snakke og events talte FaKD’s repræsentanter medlemmernes sag. Der skulle fokus på diætisternes faglige ekspertise og relevans i samfundet – og det kom der.

Af Helle Jakobsen, redaktør på fagbladet *Diætisten*, redaktor@diaetist.dk

FN’s verdensmål dannede den tematiske ramme for årets Folkemøde på Bornholm. Indenfor det ernæringsfaglige område var især målene ”sundhed og trivsel” og ”mindre ulighed” relevante. Dog var der ingen tvivl om, at klimaet løb af med den største portion opmærksomhed i år.

Det var også tydeligt, at livet på Christiansborg kaldte på de danske folketingspolitikere, som var optagede af at danne regering ”derhjemme”. Flere debatter var direkte aflyst, i andre glimrede politikerne ved deres fravær eller kunne undslå sig ved ikke at kende deres fremtidige titel.

Alligevel tog FaKD’s repræsentanter hjem fra Folkemødet med masser af gode, konstruktive debatter i bagagen og samtaler, der har lagt kimen til fremtidige samarbejder.

Overvægt – et samfundsproblem eller en privatsag?

Et af de temaer, der gik igen i mange af sundhedsdebatterne, var overvægt. Emnet lægger sig tæt op ad FN’s verdensmål om ulighed, bl.a. i kraft af, at især udsatte borgere i stigende grad bliver ramt af livsstilssygdomme, bl.a. forårsaget af overvægt, rygning og manglende motion.

Men også helt generelt bliver der flere og flere tunge danskere, og det kan ikke kun mærkes for den enkelte, men også på samfundsøkonomien. Den komplekse problemstilling blev bl.a. taget op af Danske Regioner i debatten ”Hjælp, jeg er tyk?”. Her blev der stillet spørgsmålstegn ved, hvor meget sundhedsvæsenet og samfundet egentlig skal blande sig og forebygge, at vi bliver tykke.

Jens Meldgaard Bruun, klinisk professor på Steno Diabetes Center Aarhus, lagde ud med at pointere, at overvægt ikke kun er et livsstilsproblem, men også et genetisk problem: ”Ca. 40-50 % af de gener vi har, kan forklare vores kropssammensætning. Men generne er havnet i en tid, hvor der er mad i overflod, så der er tale om et kombinationsproblem.” Han understregede også, at overvægt ikke er en kronisk

sygdom, men en kronisk tilstand. ”Otte ud af ti danskere mener, at det er folks eget problem, men det er det ikke. Det er et samfundsmæssigt problem, som vi skal tage os af”, syntes Bruun.

Derudover er der en kommunikationsbarriere, mente Peter Albæk fra LEAD Agency, som efterlyste langt mere vidensdeling på området: ”Rigtig mange har nok taget sig selv i at kigge på en svært overvægtig med en cola, en burger eller en is og tænke; de kunne da bare lade være. Men det kan de ikke bare, for så enkelt er det ikke. Og den viden og kompleksitet mangler vi i den offentlige debat. Vi er kollektivt et u-land i forhold til viden omkring, hvad der skaber svær overvægt”.

Vi er kollektivt et u-land i forhold til viden om, hvad der skaber svær overvægt

Kontant præmie til konfirmander

I det hele taget skal overvægt aftabuseres i den brede befolkning, mente Jørgen Winther, medlem af regionsrådet for Region Midtjylland (Venstre): ”Man skal have lov til at italesætte problemet, og fortælle naboen, at hans barnebarn er for tykt”, syntes Winther, som også efterlyste flere politikere, der tør droppe den tomme snak og ”risikere at få øretæver”. Han præsenterede selv dagens mest konkrete forslag, som vakte både latter og klapsalver: ”Man skal undersøge børn, når de bliver 5-6 år gamle, og hvis man finder dem i risiko for at blive overvægtige, skal deres familie tilbydes muligheden for at komme med i et forsøg. Familien modtager 22.000 kr., hvis barnet er normalvægtigt ved konfirmationsalderen. Hvis man er overvægtig ved konfirmationsalderen, er der nemlig øget risiko for, at man er overvægtig senere i livet. Derfor skal man starte indsatsen tidligt, og hjælpe børnene alt, hvad man kan.”



Hverdagens sundhedshelte

Klinisk diætist og FaKD-medlem Dorte Sonnenborg var trukket i kitlen til workshoppen "Mød hverdagens sundhedshelte" hos Styrelsen for Patientsikkerhed, på opfordring fra FaKD's formand. Her kunne teltets gæster få en snak med de mange repræsenterede faggrupper, der får sundhedsvæsnet til at løbe rundt, heriblandt diætisterne.

Sonnenborg fik lavet en hel del taljemål, og fik sig nogle gode, og meget personlige, snakke med de fremmødte. Workshoppen var en fin mulighed for at øge den tætte dialog med helt almindelige mennesker, og til at skabe mere forståelse for den faglige ekspertise, som diætisterne ligger inde med.



Næstformand for FaKD Trine Klindt samlede trådene i debatten og understregede, at "langt hen ad vejen er det den enkeltes ansvar ikke at blive overvægtig og svært overvægtig, men den enkelte kan ikke stå med behandlingsansvaret alene. Det er meget svært at gå fra svært overvægtig til normalvægtig, simpelthen fordi der er nogle fysiologiske og biokemiske processer i kroppen, der modarbejder den forandring. Vi skal ikke kun øge bevidstheden om denne kompleksitet og forbedre kommunikationen omkring overvægt i befolkningen, vi bliver også nødt til at have baglandet i orden. Der skal være en skare af fagfolk, der står klar til at gribe den enkelte og tilbyde kvalificeret hjælp." Den kommentar høstede mange bekræftende nik blandt publikum.

Der er grænser for, hvor meget staten kan regulere

Hvorvidt samfundet må blande sig, eller om sundhed er en privat-

sag, gik igen i debatten "Er vores krop et personligt eller kollektivt ansvar?", som Kost og Ernæringsforbundet havde indbudt til. Her argumenterede borgmester i Randers Kommune Torben Hansen for, at ansvaret hovedsagligt hviler på den enkelte: "Et liberalt demokrati betyder, at der er grænser for, hvor meget staten kan gå ind og regulere. Staten har ikke lov til at gå ind og forhindre individet i at skade sig selv. Også selvom det foretager nogle valg, som vi ikke kan forstå."

Her måtte Kost og Ernæringsforbundets formand Ghita Parry erklære sig uenig. "Det er den enkeltes valg at købe en kæmpe spand slik på 2,5 kg. Men det er altså også nogle andres ansvar at sætte nogle rammer, som gør, at han overhovedet bliver fristet til det – fx i butikken", mente Parry. Vidensrådets formand, Morten Grønbæk, var heller ikke af den holdning, at vi kan lægge det hele over på individet:



“Det er ikke kun et frit valg, om der ryger cola og slik i indkøbskurven. Nogle segmenter har brug for samfundets regulering”.

I forlængelse af den diskussion fremhævede FaKD's næstformand Trine Klindt, at fx slik og sodavand ikke har nogen ernæringsmæssig værdi, og at vi faktisk kan og bør sætte afgifter på den type fødevarer. Præcis ligesom man kan regulere tobak og lovgive omkring sikkerhedssele. “Vi har muligheden. Hvorfor benytter vi os ikke af den?”, lød hendes klare opfordring.

Hvor er henvisningsmuligheden?

Et ord, FaKD flere gange fik bragt op i debatter, var “henvisningsmulighed”. Det har længe stået øverst på ønskelisten hos bestyrelsen, at den direkte henvisning til en diætist bliver indført fra politisk side. Ønsket blev kun yderligere forstærket, da Christian Harsløf fra KL i debatten “Kittet i det nære sundhedsvæsen” udtalte, at “i hverdagen er det nogle gange nødvendigt at gå ud over sin egen faglighed, for at få det hele til at gå op” - med reference til, at lægesekretærer og sygeplejersker tit må udføre andre faggrupperes opgaver. FaKD-formand Mette Theil satte spørgsmålstejn ved, at lægesekretærene og sygeplejerskerne kan efteruddannes til nærmest alt, og spurgte, om man ikke i stedet bør henvise til andre faggrupper. “Jeg ville rigtig gerne henvise fx en diabetiker til en diætist, men det kan jeg ikke”, udtalte formand for PLO's rekrutteringsudvalg Gunver Lillevang, som antydede, at den ene henvisning via kommunen ofte falder til jorden. Det er ikke godt nok, faktisk er det direkte imod de officielle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, måtte Mette Theil pointere.

AV min tarm!

Den eftertragtede henvisningsmulighed var også en af de centrale pointer i FaKD's eget event “AV min tarm” om Irritable Bowel Syndrome (IBS). Det var første gang, FaKD selv var vært for en debat, men det bliver nok ikke den sidste, for debatten var Folkemødets absolutte højdepunkt for FaKD. Teltet var propfyldt, engagementet hos de over 80 publikummer var helt i top, og debattørerne var fulde

af gode, konstruktive forslag. Ikke mindst Mette Theil, som repræsenterede diætisterne i debatten. Derudover deltog Merete Strømning, næstformand i Dansk Psykolog Forening, Tue Flindt Müller, alment praktiserende læge og bestyrelsesmedlem i Lægeforeningen samt IBS-patienten Sofia.

IBS er et problem for op mod 16 % af alle voksne danskere, og en håndsoprækning i teltet kunne bekræfte, at også rigtig mange af tilhørerne havde mærket sygdommen på egen krop. Samtidig er irritable tarm fortsat et overset samfundsproblem,, som giver et alvorligt dyk i livskvaliteten for de berørte, og som koster samfundet dyrt i form af tabte arbejdsdage og mange lægebesøg.

Eftersom IBS ikke kan diagnosticeres blot via en scanning, blodprøve eller lign., er lægerne nødsaget til at foretage en såkaldt udelukkelsesdiagnose, forklarede Tue Flindt Müller. Derfor bliver man “sendt gennem møllen”, som han formulerede det. Det var også oplevelsen hos Sofia, som var inviteret med i panelet for at dele sin egen historie. Hun havde været forbi ikke mindre end 13 speciallæger i løbet af et år.

Mere fokus på Low FODMAP Diet

Mette Theil konfronterede Tue Flindt Müller med, at det anbefalede flow-diagram for behandlingen af IBS ikke indebærer besøg hos en diætist. Og det på trods af, at der findes dokumentation for, at Low FODMAP Diet rent faktisk kan hjælpe op til 75 % af patienterne (1,2).

Diskussionen mandede ud i en bred tilslutning i panelet til at få øget fokus på Low FODMAP Diet og til mere tværfagligt samarbejde mellem læger, psykologer og diætister samt ikke mindst til ønsket om henvisningsmulighed. Derudover foreslog Trine Klindt, at diætister i stigende grad bliver tilknyttet lægepraksisser som konsulenter i deltids-funktioner, som alternativ til, at sygeplejerskerne får ernæringsopgaverne. “Det kan vi godt arbejde henimod”, lovede Tue Flindt Müller, som derefter skød bolden tilbage på diætisternes egen banehalvdel med en opfordring om, at diætisterne bør gøre lidt mere reklame for sig selv overfor de praktiserende læger.

Til et spørgsmål fra publikum om, hvad der skal til for, at det bliver lettere for IBS-patienter at få diætist-hjælp, anbefalede Tue Flindt Müller borgerne at skrive et borgerforslag til Folketinget.

Mette Theil afrundede debatten med at understrege ønsket om henvisningsmuligheder til diætister, og foreslog dernæst, at man starter kommunale IBS-skoler til patienterne - ligesom der i nogle kommuner er hjerteskolet og diabeteskoler.

Mere fokus på KOL-patienternes ernæringstilstand

Den sidste debat, FaKD overværede på Folkemødet, hed “Ernæring i praksis - Kost er mere end et par gode råd hos lægen”. Den omhandlede problemstillingen omkring ernæringstilstanden og -indsatsen målrettet KOL-patienter, og var arrangeret af Kost og Ernæringsforbundet. Hovedbestyrelsesmedlem Sofie Wendelboe deltog i panelet.

Problemet er blandt andet, at disse patienter tidligere blev behandlet på hospitalerne, men nu er behandlingen - herunder diætbehandlingen - flyttet ud i kommunerne, hvor der ikke er diætister nok til at behandle de mange borgere med KOL, som har brug for en ernæringsfaglig indsats.



Vi bliver flere
ældre og kronikere
– den nære sundhed i
kommunerne skal styrkes



Derfor bliver disse borgere ofte "vejledt" af sygeplejersker, SOSU-assistenten eller får slet ingen ernæringsfaglig behandling/vejledning. Sygeplejersker har kun 4 ECTS-point omkring ernæring på deres uddannelse, mens SOSU-assistenten har lidt mindre, hvilket Trine Klindt pointerede under debatten.

Den ernæringsfaglige behandling af KOL-patienter prioriteres ofte ikke højt nok i kommunerne - og der er faktisk også kun diætister ansat i ca. 75 % af landets 98 kommuner.

Debatten blev en øjenåbner for politikerne i panelet og en mulighed for FaKD til at få italesat, at der er en økonomisk, og ikke mindst en menneskelig, gevinst ved at tilbyde individuel diætbehandling til den medicinske patient - herunder de med diagnosen KOL.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD arbejder videre herfra og vil bruge efteråret på at kontakte kommunerne i forhold til deres ernæringsfaglige indsats målrettet borgere med bl.a. KOL. Flere kommuner var allerede umiddelbart efter debatten interesseret i dialog.

Referencer

1. Staudacher HM1, Whelan K, Irving PM, Lomer MC. Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet.* 2011 Oct;24(5):487-95.
2. Halmos EP1, Power VA2, Shepherd SJ2, Gibson PR3, Muir JG3. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2014;146(1):67-75.e5.

Adosan P-Boost

Adosan P-Boost er et højkoncentreret flydende protein. Det er meget nemt at anvende direkte i både kolde og varme retter, samt drikke som f.eks. supper, kaffe og saftvand. Produktet kan koges uden at smag og udseende ændres.

Adosan P-Boost er med til at øge proteinindtagelsen i kosten, og kan anbefales, når det er en udfordring, at få proteiner nok. P-Boost indeholder 55 g protein pr. 100 ml.

Adosan Flydende P-Boost findes i to størrelser

7472028 500 ml Sælges stykvis (krt. a 6 stk.)

7472029 50 ml Sælges i æske a 12 stk.

Sortimentet har fået et løft

Adosans aminosyresammensætning er blevet forhøjet, uden at det er gået ud over den gode smag eller funktionalitet. Adosan produkterne kan dermed fortsat bruges til energi- og proteinberigelse af mad og drikke, uden at det påvirker smag og konsistens.

Adosans produkter findes i portionspakker til den private forbruger, og spande/dunke til storkøkkener.

Læs mere om mulighederne på mediqdanmark.dk



Kontakt

Hvis I ønsker produkt-specifikationer, prøver, demonstration af produkterne eller blot har spørgsmål, er I velkommen til at kontakte Mediq Danmark på ernaering@mediq.dk eller kontakt kundeservice på tlf. 36379130

 Følg os på facebook
Mediq Danmark ernæring

Diætbehandling af type 3c diabetes mellitus



Af Miriam Bjerre Hvergel, klinisk diætist, miriambn92@hotmail.com og Julie Spanggaard Zielke, klinisk diætist, julie-zielke@hotmail.com

Resumé

Diabetes mellitus sekundært til sygdom i pancreas, type 3c diabetes mellitus (T3cDM), er en relativ ukendt diabetesform med en højere prævalens end tidligere antaget (1, 2). T3cDM forudsætter en nedsat pancreasfunktion og dermed en eksokrin insufficiens (3). Meget tyder på, at patienter diagnosticeret med T3cDM har gavn af diætbehandling rettet specifikt mod denne form for diabetes (1, 3, 4, 5).

Baggrund

Type 3c diabetes mellitus (T3cDM) opstår sekundært til sygdom i pancreas, eksempelvis pga. kronisk pancreatitis eller cancer (3). Da en række særlige karakteristika gør, at patienter med T3cDM adskiller sig fra andre diabetespatienter, bør der være specifikke retningslinjer for diætbehandlingen af denne patientgruppe. På nuværende tidspunkt er der ingen retningslinjer for behandlingen, ligesom der er usikkerhed omkring diagnosticeringen og prævalensen af sygdommen (2).

Vores bachelorprojekt havde derfor til formål at undersøge, hvilke diætprincipper man bør behandle T3cDM med, med henblik på at opnå en god glykæmisk kontrol, defineret som HbA1c <53 mmol/mol (3). Endvidere ønskede vi at diskutere den nuværende evidens af de eksisterende diagnosekriterier, den estimerede prævalensproportion og karakteristika for T3cDM.

Metode

Bachelorprojektet blev udarbejdet som et litteraturstudie på baggrund af en systematisk gennemgang af publiceret litteratur om T3cDM. Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i følgende databaser: PubMed og CINAHL. I søgningerne blev diverse betegnelser for T3cDM samt betegnelsen diabetes mellitus anvendt i kombination med betegnelser for sygdom i pancreas.

Den systematiske søgning resulterede i 28 studier, sorteret ud fra titel og abstract, som omhandlede T3cDM. Flere studier beskæftigede sig dog kun perifert med T3cDM, og det er derfor svært at konkludere mængden af forskningen på området præcist. Grundet den begrænsede mængde forskning, samt kvaliteten af forskningen på området, blev alle studiedesigns inkluderet. Således var inklusionskriterierne som følger: Studier på dansk, norsk og engelsk omhandlende voksne mennesker diagnosticeret med sekundær diabetes mellitus som følge af sygdom i pancreas. Blandt eksklusionskriterierne var studier med fokus på sygdommen cystisk fibrose (som kan forårsage skade på pancreas og dermed T3cDM), da diætbehandlingen af disse patienter adskiller sig væsentligt fra diætbehandlingen af andre patienter med T3cDM.

Resultater og konklusion

Der blev i alt inkluderet 13 studier, herunder tre kohortestudier, otte narrative reviews og ét systematisk review.

Hovedparten af studierne tog udgangspunkt i en række diagnosekriterier, beskrevet i studiet af Ewald & Hardt, som blandt andet indebar tilstedeværelse af eksokrin pancreasinsufficiens og fravær af T1DM-associerede autoimmune biomarkører (6).

Studierne viste ingen konsensus omkring den præcise prævalens og incidens af T3cDM. Flere studier estimerer, at T3cDM har en prævalens på 4-5 % ud af den samlede diabetespopulation. Samlet set indikerer studierne, at T3cDM er under- og fejldiagnosticeret, og at prævalensen derfor er større end hidtil antaget (1, 2).

Alle studier er med til at dokumentere, at patienter med T3cDM generelt udgør en heterogen gruppe med en lang række særlige karakteristika, som kan variere afhængig af ætiologien bag deres diabetesdiagnose, graden af pancreasfunktion, ernæringsstatus og livsstil. Overordnet set kan ét af studierne konkludere, at patienterne diagnosticeret med T3cDM med en medianalder på 59 år og et median BMI på 29,2 kg/m². Dog varierer patienternes ernæringsstatus fra undervægtig til svært overvægtig (5).



Mange af patienternes karakteristika minder om T1DM og/eller T2DM, og i mange henseender kan man argumentere for, at man kan diætbehandle dem ud fra mange af de samme diætoprinsipper, som anvendes til patienter med hhv. T1DM eller T2DM (3).

Den eksokrine insufficiens er den primære årsag til, at denne patientgruppes diætbehov adskiller sig fra diæter til andre diabetesformer, og hvorfor patienter med T3cDM bør tildeles særskilt opmærksomhed. Ti af de inkluderede studier beskriver en større risiko for ustabile blodglukoseniveauer og hypoglykæmi blandt patienter med Tc3DM grundet eksokrin insufficiens (1, 3, 4, 5). Optimal enzymbehandling er derfor vigtig for at opnå et stabilt blodglukoseniveau (3).

Man kan ud fra dette bachelorprojekt sammenfatte, at diætbehandlingen af T3cDM bør have et særligt fokus og ikke udelukkende basere sig på anbefalinger til T1DM og T2DM. Der bør især være fokus på risikoen for hypoglykæmi og sammenhængen mellem den eksokrine insufficiens og patientens blodglukoseniveau.

Perspektivering og praksisrelaterede overvejelser

Diætbehandling af T3cDM kompliceres, som beskrevet, af mange faktorer. Den kliniske diætist har derfor en særligt vigtig opgave i at varetage diætbehandlingen af patienter med T3cDM, ligesom der for disse patienter også er dokumenteret en positiv effekt af diætvæjledning ved klinisk diætist frem for andet sundhedsfagligt personale (4, 5).

Som klinisk diætist er man naturligvis opmærksom på at individualisere diætbehandlingen af patienter. Dette vil i særlig grad også være

nødvendigt for patienter med T3cDM, da denne patientgruppe varierer meget i både demografi og ætiologi. Fælles for størstedelen af patienterne er dog den eksokrine insufficiens, der kan resultere i malabsorption og nødvendiggøre enzymbehandling. Ustabil absorption af føde kan påvirke den glykæmiske kontrol, og der er derfor behov for, at den kliniske diætist er opmærksom på denne sammenhæng.

I praksis kan det forekomme, at patienten behandles for eksokrin insufficiens på én afdeling og for T3cDM på en anden. Et tværfagligt samarbejde og et samarbejde mellem diætisterne på de to afdelinger er således særlig vigtigt for at opnå en god glykæmisk kontrol (4, 5).

Ligeledes kan et tværfagligt samarbejde være relevant i opsporingen af patienter med T3cDM. Diabetes sekundært til sygdom i pancreas diagnosticeres sjældent som T3cDM, og der er ofte ikke fokus på de specifikke karakteristika, der gør sig gældende for denne patientgruppe. Ydermere tyder det på, at mange fejldiagnosticeres med henholdsvis T1DM og T2DM (1, 2). Den kliniske diætist kan derfor have en ekstra opgave i opsporingen og identificeringen af patienter med T3cDM. Dette ved især at være opmærksom på tidligere sygdom i pancreas eller symptomer på malabsorption blandt patienter diagnosticeret med hhv. T1DM og T2DM.

T3cDM er en hidtil overset sygdom, som der dog er kommet mere fokus på i forskningen de seneste år. Som klinisk diætist er det naturligvis nødvendigt at holde sig opdateret på forskningen - særligt hvis man møder denne type diabetespatienter i praksis (1, 2, 3).

Referencer

1. Hart, P. A., Bellin, M. D., Andersen, D. K., Bradley, D., Cruz-Monserrate, Z., Forsmark, C. E., ... Chari, S. T. (2016). Type 3c (pancreatogenic) diabetes mellitus secondary to chronic pancreatitis and pancreatic cancer. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 2016(1) 226-237.
2. Ewald, N., Kaufmann, C., Raspe, A., Kloer, H. U., Bretzel, R. G. & Hardt, P. D. (2012). Prevalence of diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (type 3c). *Diabetes Metabolism - Research and Reviews* 28(4) 338-342.
3. Duggan, S. N., Ewald, N., Kelleher, L., Griffin, O., Gibney J. & Conlon, K. C. (2017). The nutritional management of type 3c (pancreatogenic) diabetes in chronic pancreatitis. *European Journal of Clinical Nutrition* 2017(71) 3-8.
4. Maker, A. V., Sheikh, R. & Bhagia, V. (2017). Perioperative management of endocrine insufficiency after total pancreatectomy for neoplasia. *Langenbeck's Archives of Surgery* 402(6) 873-883.
5. Woodmansey, C., McGovern, A. P., McCullough, K. A., Whyte, M. B., Munro, N. M., Correa, A. C., ... de Lusignan, S. (2017). Incidence, Demographics, and Clinical Characteristics of Diabetes of the Exocrine Pancreas (Type 3c): A Retrospective Cohort Study. *Diabetes Care* 40(11) 1486-1493.
6. Ewald, N. & Hardt, P. D. (2013). Diagnosis and treatment of diabetes mellitus in chronic pancreatitis. *World Journal of Gastroenterology* 19(42) 7276-7281.



Nutrition Care Process Research Outcomes International Workgroup (NCPRO) møde i Chicago 2019

Af Luise Persson Kopp, NCP-projektleder, FaKD, lk@diatetist.dk

Endnu et år er passeret, og d. 5. juni 2019 var det igen tid til at mødes med diætisterne fra NCPRO-gruppen i Chicago. Sidste år skrev jeg en artikel om mit første møde med gruppen, hvor det især var de kulturelle forskelle, der gjorde et stort indtryk på mig (1).

Ikke meget har ændret sig på det punkt, det er fortsat både overraskende og spændende at høre om de udfordringer, diætister fra Sverige, Jordan, Brasilien, New Zealand, Canada, England, Israel og USA står over for. For udfordringer – dem har vi alle. I Danmark har vi de senere år arbejdet på at fremme brugen af NCP og et fælles ”ernæringsprog” i dokumentationen af ernæringsbehandlingen – noget der også har været efterspørgsel på.

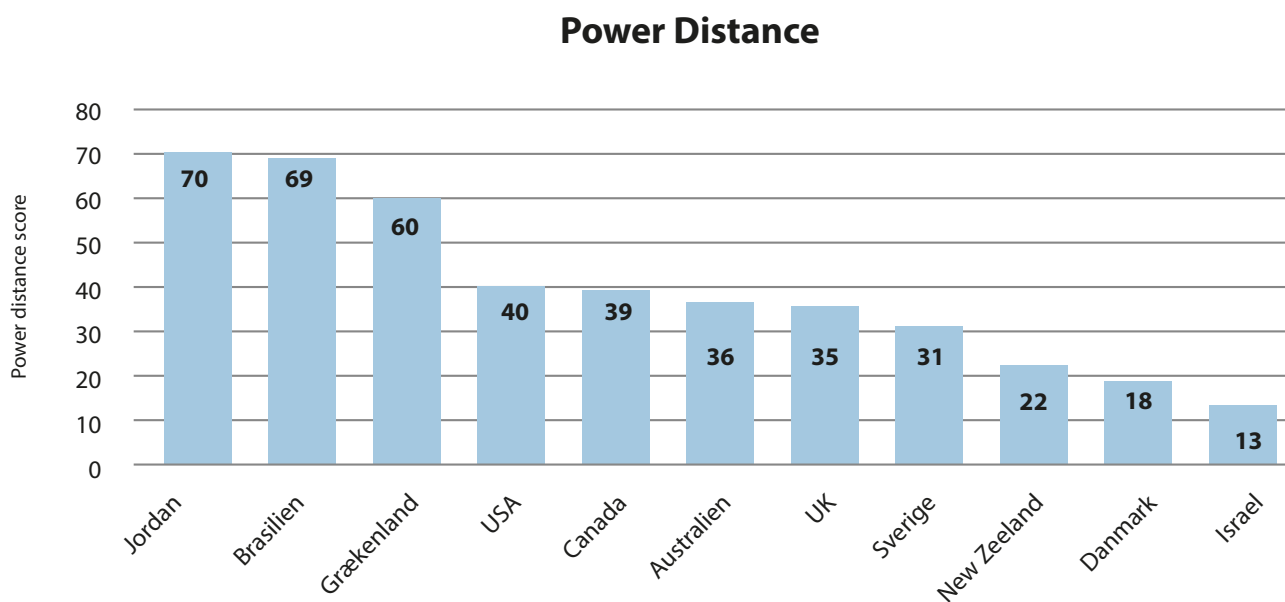
I nogle lande er de udfordrede af tilgængeligheden til computere og stabilt internet, og i andre lande skrives alle journaler stadig i hånden på papir. Vi er på mange punkter meget forskellige, hvilket vi

fik illustreret ud fra Geert Hofstedes seks kulturdimensioner (2). Det var meget interessant at få en forståelse for hinanden med afsæt i disse forskelle, hvor Sverige og Danmark i de fleste tilfælde har store ligheder. Hvordan vi implementerer NCP og ernæring i de forskellige lande, er meget afhængigt af landets kultur, struktur og system, og i Danmark har vi bedre muligheder end mange andre lande. Ved at kigge nærmere på Hofstedes kulturdimensioner for Danmark, kan vi også få en bedre forståelse for nogle af årsagerne til, at noget lykkes og andet ikke gør. Dimensionen ”Power Distance”, eller magtdistancen, handler om hvorvidt individer accepterer magtforskelle og uligheder i samfundet, herunder institutioner og organisationer, fx hvor hierarkiske arbejdspladser er opbygget, og i hvilken grad medarbejderne inddrages i de daglige problemstillinger. Jf. figur 1 er det tydeligt, at magtdistancen i Danmark er lav, eftersom en lav score bl.a. betyder, at der sker en større fordeling af beslutningsopgaver og en større selvbestemmelse.

NCPRO-arbejdsgruppen. Fra venstre: Ylva Orrevall, Sverige; Tatyana Elkour, Jordan; Cristina Martins, Brasilien; Lyn Lloyd, New Zealand; Brenda Hotson, Canada; Constantina Papoutsakis, Academy of Nutrition and Dietetics; Chloe Adams, England; Luise Persson Kopp, Danmark; Naomi Trostler, Israel; Angela Vivanta, Australien (mangler).



Figur 1. Magtdistance/Power Distance



Kilde: udarbejdet på baggrund af Hofstedes Kulturkompas (2).

Der er gode muligheder for at gøre en forskel, og selv at have indflydelse på arbejdspladsen, hvilket jeg også har fået indtrykket af fra flere diætister, der ønsker at implementere NCP i dagligdagen.

Kommunikation

På årets møde var der et stort fokus på, hvordan vi kan støtte op omkring den fortsatte implementering af NCP, og især kommunikationen omkring dette. For der sker mange NCP-relaterede aktiviteter, som vi ikke har kendskab til, og der udgives løbende videnskabelige artikler, som vi alle kan lære noget af. Derfor er en af målsætningerne for det

kommende år at dele ud af den viden vi diætister fra de forskellige lande opnår - for på trods af forskelle, kan vi fortsat lære meget og især blive inspireret af hinanden.

Jeg vil derfor fremadrettet gøre meget ud af at dele ny viden blandt FaKD's medlemmer, så hvis du har noget, du mener andre også kan blive inspireret af, må du endelig sende mig en mail.

Referencer

1. Kopp LP. Den internationale Nutrition Care Process (NCP) arbejdsgruppe. Diætisten 2018; 154: 21-22.
2. Hofstede Insights. Culture CompassTM. (<https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/>, juni 2019)

GO SOCIAL!
Hold dig opdateret med FaKD



Hvad indeholder et glas appelsinjuice?

Ifølge Fødevarerstyrelsen tæller et lille glas appelsinjuice på 100 – 150 ml for ét af de seks stykker frugt og grønt om dagen¹, og ifølge Hjerteforeningen kan frugtjuice være sundt i en mængde på ét glas dagligt². Alligevel bliver juice ofte sat i kategori med sodavand og saftvand, alene på grund af det naturlige indhold af fruktose. Men hvad indeholder appelsinjuice egentlig, og er det godt for helbredet?

Kompleks komposition

Ud over vigtige næringsstoffer som C-vitamin, folat og kalium, indeholder appelsinjuice også bioflavonoidet hesperidin, farvestoffet carotenoid samt den opløselige kostfiber pektin. Til gengæld indeholder juice ikke tilsat sukker, men udelukkende det frugtsukker som naturligt forekommer i frugten.

Ny data

De nyeste tal fra juiceindustriens kontrolorganisation SGF International bekræfter appelsinjuices høje næringsindhold og stærke komposition.³ Tallene viser, at det særligt er C-vitamin, folat og kalium, der er afgørende for appelsinjuices næringsmatrix. Et lille glas appelsinjuice på 150 ml indeholder

67,5 mg C-vitamin, hvilket er mere end 80% af det anbefalede for at opretholde normal sundhed. I samme mængde appelsinjuice udgør folat 16% af næringsværdierne, mens kalium udgør 13%.

Tabel: Næringsindholdet i appelsinjuice⁴

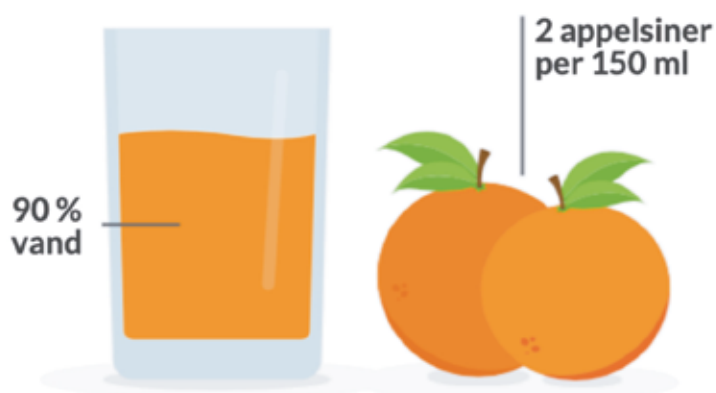
	100 ml	150 ml
Energi (kcal)	41	62
Sukker (g)	9	14
C-vitamin (mg)	45	67,5
Kalium (mg)	176	264
Folat (mcg)	21,5	32,3
Carotenoider (mg)	0,7	1,1
Hesperidin (mg)	52	78
Pektiner (mg)	33,4	50,1

Et dagligt glas appelsinjuice fører til flere sundhedsfordele⁵, fx bidrager C-vitamin til øget jernabsorption, beskytter cellerne mod oxidativt stress samt mindsker træthed. Kalium bidrager til vedligeholdelsen af et normalt blodtryk og understøtter en normal funktion af nervesystemet, mens folat sikrer et normalt immunsystem og spiller en afgørende rolle i processen med celledeling.

Fruit Juice Matters

Fruit Juice Matters er et non-branded og ikke-kommercielt initiativ, der har til formål at informere sundhedspersonale om fordelene ved frugtjuice. Det gør vi ved at dele opdateret og relevant videnskabeligt materiale.

Læs mere på www.fruitjuicematters.dk og følg Fruit Juice Matters på Facebook og LinkedIn.



¹ Fødevarerstyrelsens altomkost.dk

² Hjerteforeningen.dk

³ Data fra SGF International (2018).

⁴ Ringblom U (ed.) (2017) The Orange Book. Tetra Pak: Lund.

⁵ http://ec.europa.eu/food/safety/labelling_nutrition/claims/register/public/?event=register.home.



Veje til vægttab ved BED: Accept, nydelse og forbundethed med sig selv, sin krop og andre mennesker

Af Lene Meyer, cand.psych., aut., ph.d.studerende, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, BEDklinikken, Søborg, lenemeyer@bedklinikken.dk

Baggrund

Binge eating disorder (BED), på dansk tvangsoverspisning, er en alvorlig, udbredt og overset spiseforstyrrelse, som rammer bredt henover køn og alder (1). På baggrund af internationale studier anslås 40.000 voksne danskere at lide af BED (1,2). Det er flere end bulimi og anoreksi tilsammen. I Danmark er der ingen permanente offentlige behandlingstilbud til BED, fordi diagnosen kun lige er blevet inkluderet i WHO's diagnosemanual ICD-11 (3). I den amerikanske diagnosemanual for psykiske lidelser, DSM-5, har BED dog været anerkendt siden 2013 (4). BED er kendetegnet ved tilbagevendende episoder af overspisning med kontroltab og uden regelmæssig kompenserende adfærd. Hovedparten med BED udvikler derfor med tiden overvægt eller fedme, men en tredjedel er normalvægtige (2). Den psykiske belastning er den samme henover vægtspektret (14). Omtrent 8% af mennesker med overvægt menes at have BED, mens tallet stiger til 15-50% i vægttabsbehandlinger (5,6). Sammenlignet med overvægtige uden BED er mennesker med BED mere psykisk belastede, spiser mere kaotisk og er mindre fysisk aktive (7-13).

Vægttabsbehandlinger til BED er, som i almenbefolkningen, effektive på kort sigt, men sjældent på lang sigt og kompliceres yderligere af, at kostrestriktion, kropsutilfredshed og vægtfokus optræder som risikofaktorer og vedligeholdende faktorer for spiseforstyrrelser (15-19). Mens psykoterapi til BED nedbringer antallet af overspisninger, opnås sjældent et vægttab. Vægtstabilitet anses dog for at være et godt resultat, da store vægtudsving er udbredt ved BED, og der ofte ses en stejl vægtudvikling op til behandlingsstart (20).

Ph.d.-projekt

Fra 2013-2016 modtog Psykiatrisk Center Stolpegård i Gentofte satspuljemidler til at afprøve en 2-faset behandling til patienter med BED og BMI > 27. Fase 1 var systemisk og narrativ gruppeterapi målrettet regelmæssig spisning, vægtstabilisering og bearbejdelse af psykologiske temaer. Fase 2 var enten en vægttabsgruppe tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens 'Små skridt til vægttab der holder' (21) eller en Velværegruppe inspireret af principper under Health At Every Size (22) om kropsaccept, nydelsesfuld spisning og bevægelse.

Ph.d.-projektet bestod af

- 1) et effektstudie af Fase 1 med målinger før og efter behandlingen på spiseforstyrrelsespatologi, generel psykopatologi, funktionsniveau, livskvalitet og BMI (23).
- 2) et etnografisk studie af Fase 1 og 2 med dybdegående interview med 20 patienter og seks måneders deltagerobservationer (24,25).

Formålet var at undersøge problemer og løsninger i krydsfeltet mellem BED og overvægt. Jeg præsenterer her et kort sammendrag af de kvalitative fund angående vægt. De er publiceret mere detaljeret andetsteds (24,25).

Analyse

Til analysen blev anvendt dialogisk teori og kybernetisk systemteori med fokus på betydningen af sprog og interpersonelle interaktioner (26,27).

Fund

Et relationelt vægtproblem
På baggrund af deltagernes beretninger trådte vægt frem som et relationelt problem (24), som udsprang af et tidligt fokus på vægt fra forældre, sundhedsplejersker, klassekammerater, lærere eller andre, og som grundlæggende påvirkede deres identitetsfølelse, relationer og livsudfoldelse.

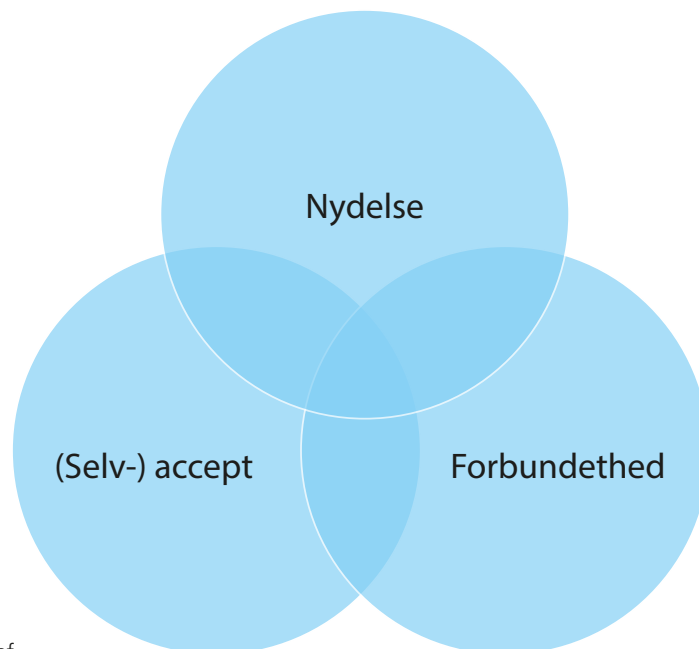
"Ja altså, det har altid været sådan, når jeg ikke har kunnet holde en slankekur og så tog på igen, så var det jo lig med mig, der ikke var ok [græder]. Det har jo altid været forbundet med at, når jeg så ikke kunne det, det mest simple i verden, nemlig at spise mad og holde en vægt, så måtte det være, fordi jeg var mindre begavet. (...) Altså, altid sætte lighedstegn mellem hvem jeg var, om jeg var god nok, alt efter hvordan min vægt var. Og blev den for stor, så var det fyldt med selvhad og sådan noget" (kvinde, 54 år).

"Min mor var min vægt. Når jeg kom hjem, selv da jeg flyttede hjemmefra, så vidste jeg altid, når hun så på mig, at 'iiih, du har tabt dig' eller 'uuuh, du har taget på'. Så jeg behøvede ikke veje mig" (kvinde, 34 år).

"Jeg vidste godt, at jeg sagde nej til ting, fordi jeg ikke ville møde folk, så de kunne se, at jeg var blevet tyk, men jeg vidste ikke, at jeg i den grad ikke følte, jeg fortjente et liv, før jeg havde tabt mig" (kvinde, 32 år).

Vægttab

Det relationelle vægtproblem optrådte som en afgørende barriere for at arbejde med vægttab i behandlingen. Samtlige deltagere ønskede at tabe sig efter Fase 1-behandlingen, men kun få valgte vægttabsgruppen, og vægttab var yderst begrænset. Mange valgte velværegruppen, fordi de havde erkendt, at selvaccept var deres egentlige problem, og at vægttab aldrig havde hjulpet dem til det. I vægttabsgruppen oplevede deltagerne, at selv små vægtudsving, eller selve tanken om at være i gang med vægttab eller forsigtige skridt til at ændre spisning eller fysisk aktivitet, kunne aktivere spiseforstyrrelsen. Fx velkendte straf- og belønningssystemer, hvor overspisninger var en straf for ikke at have tabt sig eller en belønning for at have motioneret, eller behovet for at overspise eller nægte at motionere som et oprør mod, hvad der grundlæggende følte som andres krav om vægttab. I Fase 1 var deltagerne blevet støttet i at



udforske, hvem de var uden spiseforstyrrelsen og gå imod spiseforstyrrelsen og være bevidste om betydningen af undertrykkende diskurser i samfundet om vægt og krop. Trods de forskellige tilgange til vægt i Vægttabs- og Velværegupperne fremstod det, som om deltagerne fortsatte deres arbejde fra Fase 1. I Fase 2 forsøgte mange at møde sig selv og deres krop med omsorg og accept og tillade sig at nyde mad og bevæge sig for sjov og ikke for vægttab. Mange beskrev, at deres tanker om, hvad andre mon tænkte om dem, havde ændret sig, hvilket gjorde det muligt at være synlige og aktive i det offentlige rum og cykle, svømme eller deltage i fællesskaber omkring bevægelse.

For de fleste kom vægten til at stå tilbage som noget 'rent fysisk', som de ønskede at løse af helbredsmaessige årsager.

sundhedsadfærd. I tråd med en holistisk tilgang til sundhed viser studiet her, at veje til vigtige forandring ved BED kan ske gennem forbundethed med sig selv, kroppen og andre mennesker (29–31).

Dis- on og konklusion kussi-

I modsætning til en udbredt overbevisning om, at kropsaccept modvirker vægttabsforsøg, viser dette studie, at accept og en adskillelse af identitet og vægt er afgørende for at arbejde med vægttab for denne gruppe. Deltagernes accept af sig selv og andres accept af dem uanset vægt skabte muligheder for helbredsfræmmende forandringer i spising og bevægelse. En direkte inddragelse af pårørende i behandlingen bidrog positivt til denne proces ligesom tydeliggørelsen af diskurser. Betydningen af at adskille identitet og vægt finder støtte i vægtstigmaforskning, som demonstrerer negative konsekvenser af vægtstigma på fysisk og psykisk sundhed og

Praksis relevans

Mennesker med BED, der henvender sig til en diætist, vil sandsynligvis bede om hjælp til at tabe sig. De bør i stedet henvises videre i systemet. Artiklen her kan inspirere til veje til vægttab for klienter, der tidligere har haft BED; veje der ikke trigger spiseforstyrrelsen og som støtter personen til at flytte fokus fra vægt til accept, nydelse og bevægegælde. Deltagernes beretninger om betydningen af vægtfokus i barndommen afspejler kendte risikofaktorer for spiseforstyrrelser og overvægt (21,32–35) og rejser bekymringer om konsekvenserne af vægtfokus i samfundet generelt og forsøg på tidlig opsporing af vægtproblemer hos børn og unge.

Referencer

1. Kessler RC, Berglund, Chiu, Deitz, Hudson, Shahly, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May;73(9):904–14.
2. Hudson JI, Hiripi, Pope, Kessler. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348–358.
3. World Health Organization. The ICD-11 International Classification of Diseases. WHO; 2019.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
5. de Man Lapidoth J, Ghaderi A, Norring C. Eating disorders and disordered eating among patients seeking non-surgical weight-loss treatment in Sweden. *Eat Behav*. 2006 Jan;7(1):15–26.
6. Adami GF, Gandolfo P, Bauer B, Scopinaro N. Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *Int J Eat Disord*. 1995 Jan;17(1):45–50.
7. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res*. 2003 Jun;54(6):559–66.
8. Klatzkin RR, Gaffney S, Cyrus K, Bigus E, Brownley KA. Binge eating disorder and obesity: Preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiol Behav*. 2015 Apr;142:20–7.
9. Legenbauer T, Vocks, Betz, Baguena Puigcerver, Benecke, Troje, et al. Differences in the Nature of Body Image Disturbances Between Female Obese Individuals With Versus Without a Comorbid Binge Eating Disorder: An Exploratory Study Including Static and Dynamic Aspects of Body Image. *Behav Modif*. 2011 Feb 15;35(2):162–86.
10. Ramacciotti CE, Coli E, Bondi E, Buralassi A, Massimetti G, Dell'Osso L. Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2008 Nov;41(7):643–9.
11. Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2005 Apr;37(3):234–40.
12. Engel SG, Kahler KA, Lystad CM, Crosby RD, Simonich HK, Wonderlich SA, et al. Eating behavior in obese BED, obese non-BED, and non-obese control participants: A naturalistic study. *Behav Res Ther*. 2009 Oct;47(10):897–900.
13. Carr MM, Lydecker JA, White MA, Grilo CM. Examining physical activity and correlates in adults with healthy weight, overweight/obesity, or binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2019 Feb;52(2):159–65.
14. Dingemans AE, van Furth. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Eat Disord*. 2012 Jan;45(1):135–8.
15. Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2007 Mar;40(2):102–13.
16. Bacon L, Aphramor. Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J*. 2011;10(1):9.
17. Cena H, Stanford, Ochner, Fonte, Biino G, De Giuseppe, et al. Association of a history of childhood-onset obesity and dieting with eating disorders. *Eat Disord*. 2017 May 27;25(3):216–29.
18. Neumark-Sztainer D, Wall, Larson, Eisenberg, Loth. Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *J Am Diet Assoc*. 2011 Jul;111(7):1004–11.
19. Hilbert A, Pike, Goldschmidt, Wilfley, Fairburn, Dohm, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res*. 2014 Dec;220(1–2):500–6.
20. Barnes RD, Blomquist, Grilo. Exploring pretreatment weight trajectories in obese patients with binge eating disorder. *Compr Psychiatry*. 2011 May;52(3):312–8.

Mange ældre ved ikke, at de bør tage dagligt tilskud af D-vitamin og calcium

Fødevarerstyrelsen anbefaler personer over 70 år at tage et dagligt tilskud af D-vitamin og calcium. Forskere fra Aarhus Universitet har undersøgt, om målgruppen overhovedet kender den anbefaling, om de efterlever dem, og hvad man kan gøre for at få flere til at følge de officielle råd.

Ældre mennesker kan have behov for et tilskud af D-vitamin, da det kan være svært at imødekomme anbefalingerne alene gennem kosten - særligt, hvis appetitten er begrænset, eller hvis de ikke spiser fed fisk. Er man over 70 år anbefaler Fødevarerstyrelsen derfor et dagligt kosttilskud på 20 µg D-vitamin og 800-1000 mg calcium.

I en ny undersøgelse har forskere fra Institut for Fødevarer og MAPP Centret ved Aarhus Universitet undersøgt, om borgere over 55 år kender, accepterer - og særligt for dem over 70 år - efterlever anbefalingerne for D-vitamintilskud, samt hvilke faktorer, der spiller ind for, om man efterlever disse anbefalinger.

Undersøgelsen er udgivet som DCA-rapport og er udarbejdet på foranledning af Fødevarerstyrelsen.

Kun halvdelen mener, anbefalingerne gælder dem

I undersøgelsen blev 451 borgere mellem 55 og 90 år spurgt til deres brug af D-vitamintilskud og deres kendskab til anbefalingen. Lidt over halvdelen af de adspurgte (52 %) tog D-vitamin som tilskud. Der var dog en del flere kvinder (62 %) end mænd (45 %), som tog D-vitamintilskud.

I alt tog 49 % af kvinderne over 70 år tilskud af både D-vitamin og calcium, mens dette gjaldt for blot 23 % af de mænd, der var fyldt 70.

Lidt over en tredjedel (33 %) af alle deltagerne var bekendte med anbefalingen for D-vitamin. Efter at have læst anbefalingen, blev deltagerne spurgt, om de mente, at de var omfattet af anbefalingen. Her burde samtlige 70+ årige have svaret ja, men det gjorde kun halvdelen. Flere kvinder end mænd mente, at anbefalingen angik dem.

At kun halvdelen af kernemålgruppen efterlever anbefalingen, kan måske forklares med, at der generelt kun var en lav bekymring om, hvorvidt ens D-vitaminbehov blev dækket via ens nuværende livsstil. Dog var de, som tog D-vitamintilskud, signifikant mere bekymrede, end de som ikke tog det.

Via studiet fandt man frem til følgende faktorer, der øger sandsynligheden for, at man tager D-vitamintilskud:

- 1 Hvis egen læge synes, at man skal/bør tage D-vitamintilskud
- 2 Jo mere man mener, at D-vitamin har gavnlige effekter for ens krop
- 3 Jo større viden, man har om D-vitamin
- 4 Jo lavere ens negative holdning er over for D-vitamin
- 5 Jo ældre man er.

Professor Henrik Højgaard Rasmussen har modtaget Jens Kondrup Prisen

Jens Kondrup Prisen er DSKE's fornemste pris og uddeles til et medlem af selskabet, der har bidraget med en ganske særlig indsats for såvel national som international udvikling og forskning inden for klinisk ernæring.

Henrik Højgaard Rasmussen modtog prisen på DSKE's årsmøde i maj 2019 for gennem mange år at have ydet en stor indsats inden for udvikling og forskning i sygdomsrelateret underernæring, både nationalt og internationalt. Det gælder særligt inden for områderne screening (NRS-2002), assessment (muskelmasse og -funktion, metabolisme) og ernæ-

ringsbehandling (proteinberigelse, fiskeolie), herunder implementering af ernæring som en del af den samlede behandling.

Henrik Højgaard Rasmussen har desuden siddet i flere nationale og internationale råd (DSKE, ESPEN, ONCA). Til daglig er han leder af Center for Ernæring og Tarmsygdomme og professor i Klinisk Ernæring ved Aalborg Universitetshospital og Aalborg Universitet, og siden for nylig også ved Enheden for Diætetik og Klinisk Ernæringsforskning, Herlev Gentofte Hospital.

FaKD ønsker stort tillykke med prisen!



Nyt forskningsprojekt på Nord-sjællands Hospital (NOH) om irriteret tarm (IBS)

NOH søger patienter til et nyt projekt, der har til formål at undersøge langtidseffekten af probiotika og Low FODMAP Diet på hhv. tarmsymptomer, sygdomsforløb og livskvalitet.

Projektets navn er "Langtidseffekt af web-baseret Low FODMAP diæt & probiotisk behandling med VSL#3 mht. IBS symptomer og tarmflora". Formålet med forsøget er at undersøge, om probiotika (VSL#3) og diæten Low FODMAP (Fermentable Oligo-Di-, and Mono saccharides And Polyols) med re-introduktion af FODMAP på lang sigt kan forbedre tarmsymptomerne, sygdomsforløbet og livskvaliteten for patienterne, og om disse ændringer kan relateres til tarmfloraen.

Kort beskrivelse af projektet

De første fire uger i forsøget skal alle deltagerne ugentligt måle deres symptomer og registrere dem online. Formålet med at køre fire uger online uden behandling er, at alle skal lære programmet Constant Care at kende og føle sig tryk ved at bruge det. Herefter bliver deltagerne ved tilfældig lodtrækning tildelt probiotika (i fire uger) eller diætbehandling, hvorefter de skal følge en Low FODMAP Diet i fire uger. Hvis deltagerne responderer på VSL#3, skal de registrere mave-tarm-symptomer online, indtil de får symptomer igen og en ny fire ugers VSL#3-kur påbegyndes. Hvis de responderer på diæten, bliver de sat i 44 ugers re-introduktions-periode med fødevarer høje i FODMAP. Hvis de ikke responderer på den intervention (VSL#3 eller diæt), de har været igennem, bliver de efter 14 dage krydset over til den anden intervention.

Varighed

Hjemme-monitorering af mave-tarm-symptomer i ét år på <http://ibs.constant-care.com/>

Hvem kan deltage?

Patienter bosiddende i Region H kan henvises via egen læge med diagnosen IBS-diarre eller /mixtypen til gastroenterologisk ambulatorium, Frederikssundsvej 30, 3600 Frederikssund på NOH. Egen læge skal dog have gennemgået, om patienten opfylder kriterierne for at deltage i studiet. Projektet blev opstartet i efteråret 2018, men rekrutterer fortsat patienter

Vurdering af den rette alder at indføre skemad

Modermælk eller modermælkserstatning kan dække langt de fleste spædbørns næringsbehov i de første seks måneder, konkluderer en videnskabelig vurdering fra EFSA. Vurderingen af det passende tidspunkt at introducere spædbørn for skemad blev sendt i høring med deadline 29. maj 2019.

Den Europæiske Fødevarer sikkerhedsautoritet, EFSA, har gennemgået cirka 300 undersøgelser og udarbejdet en videnskabelig vurdering af, hvornår tiden er inde til at introducere spædbørn for skemad. Den konkluderer, at modermælk eller modermælkserstatning kan dække langt de fleste spædbørns næringsbehov i de første seks måneder.

EFSA har ikke fundet tilstrækkeligt belæg i undersøgelserne til at fastslå en præcis alder, hvor forældre bør starte med at give deres børn skemad: Det rette tidspunkt afhænger i høj grad af barnets udvikling, særligt blandt for tidligt fødte. For de fleste spædbørn vil det passende tidspunkt dog være mellem tre- og seks-månedersalderen.

Ifølge vurderingen viser undersøgelserne ikke tegn på, at børn har en øget risiko for at udvikle allergier, hvis de på et tidligt tidspunkt får mad, der indeholder potentielt allergifremkaldende fødevarer såsom æg, korn, fisk, jordnødder og gluten.

Læs mere

Download den videnskabelige vurdering "Public consultation on the draft scientific opinion on the appropriate age for the introduction of complementary feeding into an infant's diet" fra EFSA's website.





Min diætistdag



Af Majbritt Blume-Hellesø, klinisk diætist, Fredericia Kommune, majbritt.blume-helleoe@fredericia.dk

Jeg arbejder som klinisk diætist i Fredericia kommune og er tilknyttet Plejen. Min funktion er at varetage ernæringsterapi af ældre i eget hjem samt at undervise plejepersonale. Udover at være tilknyttet udedistrikter er jeg også tilknyttet et pleje- og rehabiliteringscenter samt et bosted for

voksne med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse. Jeg er en del af ernæringsteamet, som består af tre kliniske diætister og en kostfaglig konsulent.

Kl 7.00

Jeg møder i udedistrikt 4, hvor jeg skal være i denne uge. Jeg skifter mellem to udedistrikter, så jeg hver anden uge deltager jeg i teammøderne i det pågældende distrikt. Denne morgen skal jeg lige nå at fange en social- og sundhedshjælper før hun kører ud, da vi skal tale om et møde hos en borger.

Kl 7.15

Jeg tjekker e-mails og omsorgssystemet Nexus. Der ligger nogle henvisninger, blandt andet fra én af kommunens forebyggelseskonsulenter, som har besøgt en ældre dame med terminal coloncancer og et utilsigtet vægttab.

Kl. 8.00

Jeg arbejder med en opskriftsmappe til køkkenet på det rehabiliteringscenter, jeg tilser. De modtager mange borgere med dysfagi, og køkkenet skal derfor kunne tilbyde mad i både gratin- og cremet konsistens.

Kl 9.00

Jeg har en diætbehandling hos en dame på 78 år. Hun er diagnosticeret med KOL og har været indlagt grundet exacerbation. Kostanamnesen illustrer et insufficient protein- og energiindtag. Der er dog ikke tegn på dysfagi. Jeg vejleder hende i kost til småtspisende, og vi aftaler, at jeg kontakter hendes læge med henblik på en grøn recept til ernæringsdrikke. Under vejledningen fortæller hun, at hun ofte føler sig ensom. Jeg får lov til at kontakte kommunens ensomhedskonsulent, som kan besøge hende og tale med hende om de sociale aktiviteter, kommunen tilbyder. Vi aftaler opfølgning om to uger.

Kl. 10.00

Jeg kører direkte videre til næste vejledning. Denne gang drejer det sig om en 80-årig mand, som ønsker madservice. I Fredericia har diætisterne siden 2017 haft et samarbejde med visitationen. Det betyder, at hver gang en borger ønsker madservice, får de tilbudt et besøg af en diætist, som i samarbejde med borgeren vurderer, hvilken kostform, der er mest hensigtsmæssig for vedkommende. Det viser sig, at borgeren har parkinson og gennem det sidste halve år har tabt 10 kg (BMI 17 kg/m²). Samtidig har han diabetes og er meget opmærksom på at undgå fedt og sukker. Vi får en snak omkring ernæringen, og hvor vigtigt det er, at han ikke taber sig yderligere. Borgerens diabetes sygdom kommer i anden række, indtil han har øget vægten. Vi bliver enige om, at jeg bestiller kost til småtspisende fra kommunen til ham. Vi aftaler opfølgning om to uger.

Kl 11.00

Jeg deltager i et teammøde i distriktet, hvor der er mulighed for at få tværfaglig sparring ift. borgerne.

Kl 12.00

Frokosten indtages, og jeg når også at skrive journalnotater på de to borgerbesøg fra formiddagen.

Kl 12.30

Jeg gennemgår kommunens sondevejledning, som jeg har været i gang med at revidere sammen med blandt andet vores hygiejnestejplejerske. Den skal lige finpudses, før den er klar til at blive offentliggjort. Det er første gang, de har inddraget en diætist i arbejdet, og det har været meget lærerigt for os alle at være en del af en tværfaglig gruppe.

Kl 13.00

Jeg deltager i et tværfagligt rehabiliteringsmøde på rehabiliteringscenteret. Her nævnes en borger med sonde, som vi diskuterede ugen forinden, og som har været plaget af diarré, kvalme m.m. Jeg foreslog skift af sondeprodukt, og det har hjulpet godt. Hun har det nu bedre og har øget vægten med 1 kg.

Kl.14.00

Jeg tjekker mails og henvisninger en sidste gang, før jeg kører fra Fredericia. Jeg glæder mig over mit arbejde, hvor jeg hver dag føler, at jeg kan gøre en forskel for de ældre i kommunen.

Modtag en ny bog og anmeld den i Diætisten

Bøgerne kan beholdes, og de fordeles efter først til mølle-princippet. Skriv en mail til redaktor@diaetist.dk, og få bogen tilsendt. Annoncering af bøger her på siden beror på pressemeddelelser.

GRØN MAD let at lave

Af Marianne Kastberg og Kirsten Høgh Fogt

Grøn mad let at lave er den grønne pendant til klassikeren God mad let at lave, som har gået sin sejrsgang i de sidste 46 år.

Mange af bogens over 100 opskrifter er inspireret af sydeuropæiske, mellemøstlige og asiatiske køkkener, som har rige traditioner for vegetarisk mad.

Forfatterne er Marianne Kastberg, som er uddannet husholdningslærer, har en tillægsuddannelse i fagjournalistik og en bachelor i Latin og Litteratur, og Kirsten Høgh Fogt, som er ernærings- og husholdningsøkonom og viceforstander på Suhrs Højskole Madakademiet. Grøn mad let at lave er udgivet i samarbejde med Danmarks Lærerforening.

Vejl. pris: 199,95 kr.

Udkom juni 2019 hos Lindhardt & Ringhof, 201 sider.



ANMELDELSER

Anmeldelse af "Spis dig uden om type 2-diabetes med Sense"

Anmeldt af Kenneth Mærsk Christensen,
klinisk diætist, Sygehus Sønderjylland,
Kenneth.Maersk.Christensen3@rsyd.dk

Common sense. Sund fornuft. Det er, hvad den nyeste bog fra Suzy Wengel, i samarbejde med Diabetesforeningens diætister Lisa Heidi Witt og Susanne Elman Pedersen, byder på.

Bogen henvender sig til personer med prædiabetes, hvis primære ønske er at reducere deres langtidssukker. Læseren bliver introduceret til Sense-metoden, og hvordan dagens måltider tilrettelægges med spisekassemodellen, hvor de enkelte fødevarergrupper opdeles i håndfulde på tallerkenen. I Sense-metoden er der ingen restriktioner på selve fødevarergrupperne, men til gengæld er der fokus på mængderne ved det pågældende måltid. Den eneste regel er, at mindst to ud af dagens tre måltider skal tilrettelægges med følgende mængder.

Spiser du eksempelvis morgenmad, har du mulighed for at vælge:

- 1-2 håndfulde grøntsager
- 1 håndfuld proteinkilde og
- 1 håndfuld stivelse og/eller frugt.

Endvidere skal der tilføjes 1-3 spiseskefulde fedtstof i form af olier, smør, mayonnaise, nødder, pesto, avokado mv. Det er valgfrit, om man vil tilføje op til to spiseskefulde mælkedressing bestående af creme fraiche med lav fedtprocent eller op til tre dl. af andet mælkeprodukt, ud over fedtstoffet. I denne bog har selve Sense-metoden fået en modifikation, så den er tilpasset Fødevarerstyrelsens officielle kostanbefalinger.

Mere end bare kosten

Foruden Sense-princippet, introducerer bogen Sultbarometeret, der giver læseren et overblik over, hvor sult- og mæthedsgrensen bør være før og efter måltidet. Endvidere forklares også "Vanetræet", der kan hjælpe med at klarlægge de vaner, man har, og hvilke der bør arbejdes med for en sundere livsstil.

Bogen kan give den ikke-faglige læser inspiration til en varieret kost efter de officielle kostanbefalinger, med fokus på mængderne. Den faglige læser vil kunne bruge Sultbarometeret og Vanetræet som værktøjer i en eventuel diættevejledning, som supplement til en kostanamnese, for at få klarlagt endnu tydeligere, hvilke følelser der er omkring måltidet.

Værd at læse

Med en stigende prævalens af prædiabetes, er bogen anbefalelsesværdig til både fagfolk og ikke-fagfolk. Det er dog uvist, om det er for stor en mundfuld for den ikke-faglige læser, som både skal jonglere med håndfulde, spiseskeer, mærke efter sulten samt få klarlagt sine vaner uden faglig støtte. Bogen er ikke kulhydratforskrækket, og med fraværet af fødevarerestriktioner er der rig mulighed for at opnå sufficient indtag af både vitaminer, mineraler og kostfibre.

Anmeldelse af Lisbeth Thordendahls "Kål og kærlighed"

Anmeldt af Helle Brøcher, klinisk diætist, SD, Center for Ernæring og Tarmsygdomme, Aalborg Universitetshospital, min.diaetist@gmail.com.

"Kål og kærlighed" er en kogebog, og indeholder udover indledningen tre afsnit: "Bliv klog på kål", "Kål i dit køkken" og "Opskrifter".

Afsnittet "Bliv klog på kål" omhandler henholdsvis kåls indhold af diverse plantestoffer og deres tilsyneladende styrkelse af kroppens immunforsvar, kræfthæmmende egenskaber m.v. Afsnittet indeholder et historisk tilbageblik på dansk madkultur, fødevarerlære og ernæring.

Efterfølgende afsnit "Kål i dit køkken" er et metodikafsnit omkring grundprincipperne i tilberedning af kål. I afsnittet kan man bl.a. læse om, hvorledes kål tilberedes for at fremme den kræfthæmmende virkning i kålen. Bl.a. hedder det sig at "Af alle spiselige frugter og grøntsager er de korsblomstrede grøntsager dem, der har størst kræfthæmmende virkning. Ingen grøntsager har endnu vist en tilsvarende virkning mod kræftceller. Kål både forebygger og hæmmer kræft – kræftceller kan simpelthen ikke fordrage kål". Angiveligt skyldes det kålens indhold af glukosinater, som omdannes til de aktive stoffer isothiocyanater, der skulle være kræfthæmmende og styrke leverens afgiftningsprocesser. Dermed "... forebygges dannelse af kræftkuder og bekæmpes eksisterende kræftkuder, ved at aktivere cellens selvmordsprogram".

Under min research vedr. kåls gavnlige effekt, kontaktede jeg Anja Olsen, seniorforsker indenfor kost, gener og miljø ved Kræftens Bekæmpelse (bogen henviser til cancer.dk). Ifølge Anja Olsen er årsagen til, at kål er en del af Kræftens Bekæmpelses kostanbefaling til kræftramte, det høje indhold af kostfibre.

Alle grønsager med et kostfiberindhold på 2,0 g og derover anbefales til mennesker, som ikke har et utilsigtet vægttab. I øvrigt henvises der til ekspertrapporterne fra World Cancer Research Fund (1). Her findes en fuldstændig stringent opgørelse over den tilgængelige evidens på cancerområdet. Hvis kål og korsblomstrede grønsager havde effekt i forhold til cancer, ville man finde evidensen her. Der er tilsyneladende slet ikke tilstrækkelig dokumentation for direkte kræfthæmmende effekter af isothiocyanater, da der ikke findes evidens for det i nogen af ekspertrapporterne.

Samme afsnit indeholder ligeledes en beskrivelse af de forskellige kålsorter, udseende, indhold, tradition, smag og hvorledes de kan anvendes/tilberedes. Bogen oplyser ligeledes om kåls indvirkning på stofskiftet. Her hedder det, at de "goitrogene forbindelser, der kan forstyrre skjoldbruskkirtlens funktion ved at gribe ind i optagelsen af jod", kan være problematiske i forhold til jodtilførslen. I et nyere review fra Nutrition Reviews, kom man frem til, at indtagelsen af kål skal være mere end 1 kg dagligt i mere end tre måneder for at påvirke jodoptagelsen i skjoldbruskkirtlen (2). Endvidere skriver forfatteren, at "frugt jo øger rettens blodsukkerindvirkning, så blodsukkeret stiger mere, end hvis det ikke er i. Og et stabilt blodsukker er vigtigt for... forebyggelse af en lang række forskelligartede sygdomstilstande." Hvilke sygdomstilstande der er tale om, beskrives ikke nærmere. I skrivende stund er jeg ikke bekendt med, at frugtindtagelse giver risiko for udvikling af livsstilssygdomme og diabetes type 1, 2 eller andre sygdomme.

I afsnittet "Opskrifter" finder man til gengæld indbydende opskrifter for enhver smag, illustreret med dejlige billeder, som virkelig giver én lyst til at kaste sig ud i madlavning indeholdende mere kål. Nogle opskrifter har få ingredienser, er nemme og hurtige at tilberede, andre er mere komplicerede med



flere ingredienser og en længerevarende tilberedningsproces. Alle opskrifter indeholder en overskuelig ingrediensliste med tydelig mængdeangivelse samt en beskrivelse af fremgangsmåde, som gør det let at tilberede bogens mangfoldige opskrifter på kål. Denne del af bogen ville være rigtig god inspiration ift, hvordan man får spist flere grønsager hver dag – hvis det ikke var for de indledende afsnit, hvor flere oplysninger er vildledende og/eller direkte forkerte.

Bag i bogen findes en oversigt over "kilder", som antageligt refererer til bogens første teorigang: Kilderne er bl.a. "Når diagnosen er kræft" af Lone Kellermann (alternativ behandler som tilbyder behandling med zoneterapi, urteterapi og bioresonansterapi); "En sund kvindekrop uden brystkræft" af Anne van der Merweede (alternativ behandler: ergo-ernærings og komplementær terapeut), Sund-kost.dk af Marianne Fjordgård (RAB-registreret ernæringsterapeut, sundhedscoach og NLP practitioner, kerneterapeut). Desuden henvises der til cancer.dk, planteforskning.dk samt frida.fooddata.dk – altså en blanding af velunderbygget litteratur og litteratur fra andre alternative behandlere.

Forfatteren Lisbeth Thordendahl er alternativ behandler: Holistisk kostkonsulent, biopat/naturopath ibm., phytoterapeut og leading energy and essence practitioner.

Bogen har desværre nogle helt grundlæggende problemer i sin tilgang til evidensen for kåls indvirkning på diverse sygdomme, hvilket gør, at dens brugbarhed er begrænset i forhold til inspiration til den diætetiske behandling af patienter/klienter/borgere.

Referencer

1. World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research (<https://www.wcrf.org/dietandcancer>, May 2019)
2. Felker P, Bunch R., Leung AM. Concentrations of thiocyanate and goitrin in human plasma, their precursor concentrations in brassica vegetables, and associated potential risk for hypothyroidism. Nutrition Reviews. March 5, 2016.

28-30/8-2019: International conference om sundhedskommunikation

"Communication breakdown? Food and health in an age of abundance". Konferencen har et spændende program med fremtrædende internationale eksperter indenfor mediekommunikation, sundhedspsykologi, sociologi, antropologi, diætetik, marketing og forbrugerevidenskab. Læs mere på www.ikv.uu.se

Pris: 2.395 SEK (1.200 SEK for studerende).

Sted: Uppsala Universitet

31/8-3/9-2019: ESPEN Congress: 'Nutrition - A Highway to Health'

Mød førende internationale forskere, udvid dit netværk og få en stor dosis faglig inspiration på den 41. ESPEN-kongres 2019. I år afholdes den i Krakow, Polen, med POLSPEN (The Polish Society for Parenteral, enteral Nutrition and Metabolism) som vært. Læs mere: <https://espencongress.com/>

Sted: Krakow, Polen

Pris: 430 euro

25/9-2019: Temaeftermiddag: Hvorfor behandle underernæring?

Ernæring som fundament for den medicinske og kirurgiske behandling afholdes i anledning af Henrik Højgaard Rasmussens tiltrædelse som professor v. Enheden for Diætetik og Klinisk Ernæringsforskning, Herlev Gentofte Hospital.

Tid: kl. 15.30-19.00

Sted: Lille auditorie, Herlev Hospital

Tilmelding: Senest d.16.9.2019. Først til mølle-princippet

01/10-2019: Hjerteforeningens Sundhedskonference 2019

Få ny viden og inspiration til dit arbejde inden for hjerte-kar-området. Der vil være oplæg, workshops og information om tilbud til fagpersoner og personer med hjerte-kar-sygdomme tæt inde på livet.

Programmet er særligt målrettet sygeplejersker, diætister og fysioterapeuter på sygehuse, i kommuner og i almen praksis. Indenfor ernæring kan du fx høre oplægget Fiskeolier, omega 3 fedtsyrer og hjerte-kar-sygdom v. Erik Berg Schmidt, professor og overlæge dr.med. og Diabetisk dyslipidæmi. Mekanismer bag sygdommen v. Søren Nielsen, klinisk professor, overlæge, dr. med., Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital.

Tid: kl. 9.00-15.30

Sted: ODEON, Odeons Kvarter 1, 5000 Odense C.

Pris: 950 kr.

Tilmeldingsfrist: 24. september

8. oktober i Hvidovre og 9. oktober i Århus

EASIS sundhedskonference med sundhedsdebattør, Morten Elsøe, FaKD og EASIS. Hør sandheden om sødemidler og hvad forskningen siger om sukkerafhængighed, kulhydrater og vægttab. Desuden præsenteres nyheder fra FaKD og fødevaretrends og nyheder fra EASIS. Bindende tilmelding til easis@easis.dk senest den 25. september 2019; 35 deltagere i hver by og et no show fee på 500 kr.

Pris: Gratis inkl. stor goodiebag

Sted: Scandic Hvidovre, Kettevej 4, 2650 Hvidovre.

Scandic Aarhus Vest, Rytoften 3, 8210 Aarhus V.

1-2/11-2019: EFAD-konference 2019

På EFAD's 12. konference får du mulighed for at videndele med andre fagprofessionelle fra hele verden og få masser af ny ernæringsfaglig inspiration.

I år er der, blandt mange spændende emner, fokus på tværfagligt samarbejde og patient-centreret pleje.

Sted: MOA Mercure Hotel i Berlin

Pris: 350 euro

BESTYRELSEN I FAKD

Formand

Mette Theil

E-mail: mp@diaetist.dk

Næstformand og kasserer

Trine Klindt

E-mail: tk@diaetist.dk

Ansvarlig for kommunikation og NCP

Louise Persson Kopp

E-mail: lk@diaetist.dk

kommunikation@diaetist.dk

Ansvarlig for rammeplaner

Christian Antoniussen

E-mail: ca@diaetist.dk

Øvrig bestyrelse

Louise Rasmussen

E-mail: lr@diaetist.dk

Randi Tobberup

E-mail: rt@diaetist.dk

REDAKTIONSUDVALG

Jette Thomsen Fabricius

Dorte Sunke Knudsen

Trine Klindt

Christian Antoniussen

Redaktør Helle Jakobsen

Pr. 1/8-2019: Anne W. Ravn

E-mail: redaktor@diaetist.dk

Samdistribution

Fremover modtager du fagbladet Diætisten sammen med fagbladet Kost, Ernæring og Sundhed. Dels er vi nu én organisation, og dels er det en billigere løsning.

Når der er behov for ekstra næring og væske

resource[®] addera plus

- ENERGI
- PROTEIN
- VÆSKE
- GODE SMAGS-VARIANTER

RESOURCE[®] Addera Plus er en klar ernæringsdrik med frugtjuice fra koncentrat.



For sundhedsfagligt personale.

RESOURCE[®] Addera Plus er en fødevarer til særlige medicinske formål. Skal anvendes under lægeligt tilsyn.

 **Nestlé**
HealthScience

www.nestlehealthscience.dk