

# DIÆTISTEN

## FOKUS

Regeringens ældremilliard betyder mere arbejde til kliniske diætister

Læs mere om det og ernæringsindsatsen til de ældre borgere på side 12

Reportage fra de Nordiske diætistdage i Bergen  
Læs mere side 6

Take-away til cancerpatienter  
Læs mere om forsøget med Herlevs Herligheder på side 9

Din løn udvikler sig ikke hemmeligt, du har selv indflydelse på den. Læs mere på side 32



# Hvem har ret til den rette ernæring?



**Jeg ville ønske, at svaret var, at - det har alle. Det er i hvert fald FaKDs vision. At alle har ret til den rette ernæring. Ser det sådan ud i den virkelige verden? Det gør det flere og flere steder. I mange kommuner bliver der ansat flere ernæringsprofessionelle, som skal varetage fx ernæringscreening og ernæringsvejledning af ældre borgere, og i mange kommuner bliver der allerede gjort en kæmpe indsats i forhold til underernæring.**

Vi skal huske på, at det ikke kun er ældre, der bliver underernærede. Underernæring er også hyppigt forekommende i forbindelse med en kræftsygdom, det ved de fleste efterhånden også, men efter behandlingen kan ernæringsproblemerne fortsætte.

Læserbrevet, som du kan læse om bagest i dette blad, har gjort et stort indtryk på mig. Når behandlingen af en kræftsygdom har virket, og borgeren skal leve det liv som han/hun har kæmpet for at beholde, så kan det være med følgevirkningerne af fx strålebehandling, og en konstant kamp for få den rette ernæring.

Men hvordan kan vi gøre noget ved underernæring, når borgeren ikke længere er patient på et sygehus, skal klare sig selv i eget hjem, og ikke er gammel nok eller syg nok til at få hjælp?

Vores budskab er egentlig rimelig klart. Det skal gøres ved, at det er muligt at få tilskud til klinisk diætist gennem sygesikringen. Den enkelte borger får hjælp til at tage hånd om situationen, og i sidste ende kan det nok spare en del sengedage i undgåede indlæggelser. Det må da være til gavn for både borger og samfund!

## **For JA, jeg mener fortsat, at alle har ret til den rette ernæring!**

Denne betragtning er noget, jeg vil tage med til Bornholm til Folkemødet, hvor jeg lørdag d. 14. juni skal deltage i en debat om "Underernæring; Dør patienter af sult eller sygdom? "

FaKD og redaktionen ønsker alle en god sommer!

UDGIVER:  
Foreningen af Kliniske Diætister  
ISSN 1395-1169

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

ANSVARSHAVENDE  
Sofie Wendelboe  
sw@diaetist.dk

Deadlines næste udgivelse  
Sidste frist for indlæg 15. juni.  
Sidste frist for annoncer 1. juli.  
Nr. 130 udkommer august 2014.

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

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK  
Promovista. Tlf. 75 50 10 01

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

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

Mandag - fredag kl. 9-13.00

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

# INDHOLD

Forsøg med Herlevs Herligheder som take-away til cancerpatienter 9

**FOKUS PÅ** på ernæringsindsatsen til de ældre borgere

Mere fokus på de ældres ernæring 12

Det faglige niveau bliver løftet 15

Tværfaglig indsats batter på bundlinjen 16

Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre 18

**NCP** i livsstilssamtalen 24

Forskning: "Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analyses of Health Survey for England data" 25

## Bog anmeldelser

"Low Fodmap Diet - giver ro i maven 2" 28

"Det gode helbred – spis sundt og forebyg kræft" – ny og anderledes kogebog fra Kræftens Bekæmpelse 29

## Min diætistdag

### Advokaten

Enighed med Region Syddanmark – alle har ret til en lønsamtale med lederen 32

## Kort nyt om os

Læserbrev 34

Kalender 35



s 16





## VI ANBEFALER EN FRISK SMAG TIL SOMMER.

Resource Addera Plus er en frisk ernæringsdrik, der indeholder naturlig frugtsaft og 100 % valleprotein. Anbefales til ældre mennesker med et højt proteinbehov og kan med fordel anvendes som væske i stedet for vand, juice eller andre drikkevarer.

[www.nestlehealthscience.dk](http://www.nestlehealthscience.dk) Nestlé kundeservice: 3546 0167

VALG SOM FORANDRER LIVET

 **Nestlé Health Science**  
NOURISHING PERSONAL HEALTH

## KORT NYT



### Nøglehullet har nu eksisteret i 5 år

I uge 18-20 gennemførte Fødevarestyrelsen den 4. forbrugerkampagne for både spisesteder, detail og på farten. Målgruppen i kampagnen er denne gang især kortuddannede og ufaglærte mænd 35+ år og kortuddannede mænd og kvinder 18+ år.

FaKD deltog i kick-off af kampagnen, som bl.a. bød på frokost med fødevarerminister Dan Jørgensen. I kampagneugerne var der omtale i online medier, radio, TV, film, pressemeddelelse og debatindlæg fra Fødevarerministeren.

Team nøglehul, som består af frivillige, blev sendt ud på fx arbejdspladser, spisesteder etc. De frivillige var bl.a. studerende fra relevante uddannelser inden for ernæring og sundhed.

Links til information om Nøglehullet er blevet delt på FaKDs hjemmeside og på Facebook. Det har været muligt for FaKDs medlemmer at rekvirere kampagnemateriale i sekretariatet, og der har været så stor interesse at alt var delt ud i slutningen af kampagneugerne.

**Tak for jeres hjælp til at sprede det gode budskab, og fortsæt gerne selvom kampagneugerne er overstået. I kan altid læse mere på [www.noeglehullet.dk](http://www.noeglehullet.dk).**



### Gode nyheder om fede børn og unge

Antallet af overvægtige og svært overvægtige børn og unge har været støt stigende siden 1970'erne, men nu viser nye danske tal, at der er sket en opbremsning, således at niveauet har stabiliseret sig.

#### Se mere på

[http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/18\\_2014.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/18_2014.aspx)

### Fedtstoffers betydning i forebyggelse af hjertekarsygdom

**I Danmark er forekomsten og død af iskæmisk hjertesygdom reduceret med 72 pct. siden 1985.**

Udviklingen tilskrives tobaksophør, forbud mod transfedt og forbedret behandling.

Yderligere reduktion kan opnås gennem kosten, men erstatning af mættet fedt med lavglykæmiske kulhydrat eller n-6-plantelolier kan øge forekomsten.

En sikker reduktion kan opnås ved at erstatte mættet fedt med n-3, enkeltumættet fedt og lavglykæmiske, fiberrige og fuldkornsholdige kulhydrater. Trods højt indhold af mættet fedt kan øget indtag af mørk chokolade og ost bidrage til forebyggelse af hjertekarsygdom, og et øget indtag af æg anses ikke for at have negativ virkning. Fede fisk har en positiv virkning, men uforarbejdet kød synes at være neutralt.

**Se mere på** <http://ugeskriftet.dk/videnskab/fedtstoffernes-betydning-forebyggelse-af-hjerte-kar-sygdom-i-danmark>

**Nye madtrends har gjort det populært at gå tur i det grønne og samle vilde planter og bær. DTU Fødevarerinstitutionen har vurderet de mulige giftvirkninger ved at spise nøgle af de arter, som danskere er begyndt at indsamle, samt ved de arter, planterne oftest forveksles med.**

## ”Mennesker, der ikke ved nok om, hvad de indsamler, bruger sig selv som forsøgsdyr”

For eksempel er ramsløg kommet på menuen, og folk indsamler dem ofte selv. Selvom ramsløg ikke umiddelbart indeholder stoffer, der er farlige for mennesker, kan de – som adskillige andre planter – forveksles med giftige arter: Inden blomstring ligner blade fra ramsløg til forveksling blade fra høsttidsløs og liljekonval, der begge indeholder stoffer, som kan være farlige og i værste fald er dødbringende for mennesker.

#### Læs mere

- Læs mere om planter, man uden problemer kan indsamle, og om forgiftningstilfælde forårsaget af giftige planter i DTU Fødevarerinstitutionens E-artikel fra 2013: Det naturlige er ikke altid ufarligt – Naturlige giftstoffer i dyrkede og indsamlede vilde planter (pdf).
- Læs specifikt om ramsløg i E-artiklen fra 2012: Ramsløg kan forveksles med giftige planter (pdf).
- Se desuden DTU Fødevarerinstitutionens pressemeddelelse fra juli 2013: Vilde planter er ikke altid uskadelige.

# The 12.th Nordic Meeting for Dietitians i Bergen, marts 2014

FaKD var repræsenteret med tre engagerede medlemmer, hvoraf den ene var formanden for FaKD. Læs her om de fagligt berigende dage, og få de personlige oplevelser fra den indholdsrige kongres på hjemmesiden, [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk)

*Af Lonneke Hjermitzlev, klinisk diætist på Aalborg Universitetshospital, Kardiologisk afdeling, Lipidklinikken og Charlotte Bang Eisner, klinisk diætist på Hospitalsenheden Horsens, Medicinsk afdeling.*

Vi var de heldige vindere af konkurrencen om turen til de Nordiske diætistdage i Bergen. Stor tak for diætistforeningens initiativ og sponsorering. Diætistdagene var fagligt berigende, og vi ville ønske, at flere danske diætister havde været blandt de 260 deltagende diætister.

Efter ankomsten til Bergen, registrering, check-ind på hotellet, samt en dejlig lunch med den første af mange fiskeretter, startede vores inspirerende og lærerige tre kongresdage.

### **Onsdag d. 19. marts, 2014.**

Kongressen begyndte med syv præsentationer på hver 20 minutter. De første tre oplægsholdere var repræsentanter fra universitetet i Bergen/Haukeland University Hospital.

- Doctor Pétur Juliusson fortalte om Bergen Growth Study, som omfatter 10.000 børn, og arbejdet med nye vækstkurver for børn. Han fortalte også om et projekt i deres klinik, der bl.a. behandler overvægtige børn. Familierne kommer til et meget

intensivt forløb, hvorefter der er opfølgning én gang om måneden i tre år. (Juliusson PB, Roelants M, Eide GE, Moster D, Juul A, Hauspie R, Waaler PE, Bjerknes R. Growth charts for Norwegian children. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:281-6).

- Erik Meek Degerund, klinisk diætist, ph.d., fortalte, hvordan D-vitaminstatus kan have konsekvenser hos kardiologiske patienter. (Manson et al. Contemp Clin Trials. 2012; 33:159-171. "The VITamin D and Omega-3 Trial (VITAL): rationale and design of a large randomized controlled trial of vitamin D and marine omega-3 fatty acid supplements for the primary prevention of cancer and cardiovascular Disease").
- Ottar Kjell Nygaard, professor, holdt herefter et oplæg om vigtigheden af fedt i kost til kardiologiske patienter. Nogle hjertepatienter skal være særligt opmærksomme på ikke at få for mager en kost for at undgå AMI. (Strand et.al. BMC Medicine 2013, 11:216).

Efter en pause fortsatte oplæggene med:

- Biomarkører i ernæringsforskning. Biomarkører kan være Prognostic, Predictive og Surrogate. Læs mere i EPIC-Potsdam studiet eller i Duncan, AJCN, 2012.
- Mikrobiotika i mavetarmkanalen. Et læn-gere, meget humoristisk, uddybende og forklarende oplæg, bl.a. om: psycobiotics. (Gastroenterology: 2013; 144:1394-1401).

- En fortælling fra Nasjonalt Institutt for Ernærings- og Sjømatforskning om medieomtale/-storm om opdrættet laks, forurening og anbefalinger omkring laks i sommeren 2013.
- Vægttab, hvor konklusionen var at undersøge hele "cocktailen" af vores indtag og ikke kun enkeltelementer. Læs mere på [www.nifes.no](http://www.nifes.no) om 3) og 4).



I alle pauser var der mulighed for at besøge nogle af de mange udstillinger fra diverse firmaer, og bl.a. tage vareprøver med hjem, eller tage nogle smagsprøver af diverse produkter.

Dagen gik hurtigt, og programmet sluttede kl. 17, hvorefter Bergen kommune havde inviteret os til reception i Håkonshallen. Her var der officiel velkomst til byen, og en arkæolog fortalte om historien bag Håkonshallen og byen Bergen, efterfulgt af et imponerende flot musikalsk indslag.

#### **Torsdag d. 20. marts.**

Dagen bød på intensivt program om NCP-modellen. Esther Meyers og Kay Howarter var fløjet helt fra USA for at give os den mest inspirerende dag, med både oplæg og workshops, hvor vi fik lov til at arbejde med NCP-modellen. Dagen sluttede med en panel-diskussion, hvor Sofie Wendelboe, formand for FaKD, repræsenterede Danmark.

I pauserne var der igen mulighed for at besøge diverse stande og tale med diætistkollegerne fra de andre nordiske lande.

Vi var blot tre danske diætister, og der var god anledning til at udveksle erfaringer med norske, svenske, finske og islandske kollegaer. Det er utroligt interessant at høre, hvordan der arbejdes i andre nordiske lande.

#### **Fredag d. 21. marts.**

Dagen begyndte med mulighed for enten at deltage i en ekstra workshop vedr. NCP-modellen eller gå til fire korte oplæg vedr. diverse studier. Vi besluttede at dele os op for at få så meget som muligt med fra kongressen. Charlotte deltog i workshoppen, som igen var meget inspirerende at deltage i. Lonneke hørte om studier vedrørende håndgrebsredskaber til vurdering af underernæring, om at diabetikere generelt spiser sundere end resten af befolkningen, samt effekter af dioxiner på børn fra fødslen og op til 2 år.

Efter pausen mødtes vi igen og hørte flere oplæg: Vegan- og vegetarkost og helbredet, et projekt med ammende kvinder, som ville tabe sig på forskellige måder, samt endelig resultaterne af en litteraturgennemgang vedrørende behandlingsmetoder til overvægtige patienter.

Eftermiddagens program havde overskriften "Do screening for malnutrition affect patient outcome?". Mette Holst, sygeplejerske PhD, Head of Nutrition Research på Aalborg Universitets Hospital, havde et indlæg om deres mangeårige arbejde med ernæringscreening og vigtigheden af en god struktur omkring den kliniske ernæring på sygehusene. Både Mette Holst og den efterfølgende oplægsholder, klinisk diætist, PhD-studerende Randi Tangvik, fra Universitetet i Bergen, fremhævede den pointe, at det ikke er screeningen, der forbedrer outcome hos underernærede patienter, men den efterfølgende ernærings-terapi. En anden vigtig konklusion fra Randi Tangvik var, at gruppen af patienter i ernæringsmæssig risiko er heterogen. Hendes gruppe anbefaler screening af alle indlagte. Den sidste oplægsholder, Lene Thoresen, klinisk diætist, PhD, St. Olavs Hospital, Trondheim, havde nogle take-home messages til diætister i de tværfaglige teams. Ud fra følgende betydning af TEAM; Together Everyone Achieves More, opmuntrede hun os til at fortsætte med at være fagligt engagerede og kæmpe for den kliniske ernæring og den kliniske diætists rolle i de respektive teams, vi arbejder i – "en vinder er en taber, som aldrig gav op". Vær klog, strategisk, tag chancer og kommuniker tydeligt, for det betaler sig i opbygningen og udviklingen af teamsamarbejdet. Afslutningsvis opfordrede klinisk diætist, ph.d., underviser på diætistuddannelsen i Gøteborg, Frode Slinde, diætister til at forske, alt hvad vi kan, for at opbygge vores egen evidens (ingen anden faggruppe gør det for os) og dermed styrke vores fag, samt til i hverdagen at spare tid ved at udnytte eksisterende kilder med evidensbaseret viden.

#### **Se vores personlige dagbøger på hjemmesiden, [www.fakd.dk](http://www.fakd.dk).**

Du kan læse mere om kongressen på hjemmesiden, [Nordicmeetingfordietitians.org](http://Nordicmeetingfordietitians.org) under Lessons, Username:NMD, Password:-March2014.



"Som den uovertrufne bedste oplevelse for mig vil jeg gerne fremhæve 'for DIETITIANS'. At være afsted i tre hele dage til et arrangement, hvor ALT summer af diætetik og kliniske diætisters profession var for mig en helt unik oplevelse. Fra standene i pauserne, til oplæggene og den særlige 'indforståethed' der er, når en faggruppe er samlet til et monofagligt program. Mest bemærkelsesværdigt synes jeg det var at opleve Esther Myers, nu pensioneret diætist fra USA, der i sin eksemplificering og fortolkning af vores fag gang på gang ramte lige ind i hjertet af diætistforståelsen - af professionen, som jeg ser den. Flere gange i løbet af dagene slog det mig også, at jeg ikke skulle gentænke, hvordan jeg/vi som diætister ville have grebet emnet an, men blot kunne sluge alt rådt. Det var ikke nødvendigt at fortolke et oplæg og dets relevans for mig - det hele var bare 'for DIETITIANS' - vi havde den samme overordnede forforståelse".

Charlotte Bang Eisner

NYHED

# Friske og velsmagende fødevarer til småtspisende



TIL PERSONER MED  
NEDSAT APPETIT,  
I RISIKO FOR  
UNDERERNÆRING  
ELLER SOM OPLEVER  
UPLANLAGT VÆGTTAB

ME  
MED  
VALLEPROTEIN



Forhandles via din grossist.  
[www.arla.dk/protino](http://www.arla.dk/protino)





## ” ARTIKEL

# Forsøg med Herlevs Herligheder som take-away til cancerpatienter

Af Tina Munk, ledende klinisk diætist og Ph.d. studerende, [tina.munk@regionh.dk](mailto:tina.munk@regionh.dk)

Mange cancerpatienter er i ernæringsmæssig risiko (15-80 pct.)(1), og mellem 20-30 pct. af alle cancerrelaterede dødsfald menes at være associeret med underernæring (2). Studier viser desuden, at en tidlig ernæringsindsats kan medføre et bedre behandlingsrespons, færre komplikationer og øget livskvalitet hos cancerpatienter (3,4).

Kommercielle energi- og proteindrikke har vist sig effektive til at genoprettelse af ernæringsstatus (5,6), men compliance kan imidlertid være en udfordring – måske fordi ernæringsdrikke sjældent indbyder til sensorisk nydelse. Desuden bidrager de ikke til de sociale og kulturelle vaner, der typisk er forbundet med det at spise.

Et nyligt randomiseret kontrolleret forsøg fra Herlev Hospital har vist en positiv effekt af at tilbyde patienter i ernæringsmæssig risiko proteinberiget hospitalsmad (Herlevs Herlighed) – hhv. 76 og 66 pct. fik dækket minimumsbehov for energi og protein i

interventionsgruppen, mens kontrolgruppen fik dækket hhv. 75 og 30 pct. af energi og protein (7). Som et resultat af dette er ”Herlevs Herligheder” nu et fast tilbud i flere afdelinger på Herlev Hospital.

En forholdsvis kort indlæggelsestid, samt at mange cancerpatienter i dag behandles ambulant, gør, at der også skal tages højde for underernæringsproblematikken efter indlæggelse eller i forbindelse med et ambulant behandlingsforløb.

Der foreligger studier, der viser, at ambulant ernæringsvejledning af diætist har en positiv effekt på bl.a. livskvaliteten hos cancerpatienter (8-11). Derimod foreligger der ingen studier, som har undersøgt effekten af levering af mad hjem til cancerpatienter.

### Formål med forsøget

Hovedformålet er at undersøge, om øget tilgængelighed af ernæringsoptimeret hospitalsmad (Herlevs Herligheder) har en positiv indflydelse på lunge-cancerpatienters livskvalitet. Herudover undersøges også effekten på funktionsevne, humøret, kostindtag, kropsvægt samt håndgribe- og ben-styrke.

Forsøget er en randomiseret kontrolleret undersøgelse med 40 forsøgspersoner. Deltagere i interventionsgruppen får tilbudt gratis madlevering i 12 uger. Måltiderne bestilles af deltagerne tre gange ugentligt via en udleveret tablet. Maden leveres af Post Danmark. Alle deltagere skal igennem tre omgange af forskellige tests på 12 uger.





## Detaljer om de enkelte tests og registreringer

Livskvalitet og humør bestemmes ved hjælp af to metoder, der henholdsvis hedder EORTC QLQ-30 og CES-D. Disse tests er selv-administrerende afkrydsningsskemaer og omhandler patientens helbred og følelser indenfor den seneste uge.

**Funktionsevne** bestemmes ud fra WHO/ECOG score, hvilket er en skala, som viser, hvordan patienten har det og klarer sig i dagligdagen.

**Kropsvægt** måles på en almindelig vægt.

**Muskelstyrke** bestemmes fra henholdsvis håndgribestyrke og benstyrke. Håndgribestyrke måles ved hjælp af hånddynamometer. Benstyrke bestemmes ved hjælp af testen Rejse-sætte-sig, hvor man måler, hvor mange gange patienten kan rejse og sætte sig fra en stol indenfor 30 sekunder.

**Kostindtag** vil blive indhentet via et kosthistorisk interview. Her vil der blive spurgt ind til patientens kostindtag den seneste uge.

Interventionsdeltagerne vil ydermere skulle registrere, hvor meget de har fået spist af den leverede mad. Dette registreres på den udleverede tablet.

## Hvem kan deltage?

Lunge-cancer patienter, der opfylder følgende kriterier, kan deltage:

- Ernæringsscreeningscore > 3 vurderet via NRS-2002
- Bor i eget hjem
- Benytter sig ikke af udbringning af mad fra andre udbydere
- Tåler alle fødevarer
- Læser og forstår dansk
- Bor i én af følgende kommuner: Egedal, Ballerup, Furesø, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe, Herlev, Gentofte, Rødovre, Glostrup, Hvidovre, Brøndby, Albertslund, Vallensbæk, Høje-Taastrup, Ishøj

Inklusion af patienter begyndte marts 2014 og forventes afsluttet ultimo juli 2014.

## Andre oplysninger

Forsøget er igangsat af EFFECT ved Herlev Hospital, der bl.a. har stor viden om vigtigheden af ernæring til syge mennesker.

Forsøget er finansieret af Region Hovedstaden i samarbejde med Det Nordiske Køkken på Herlev Hospital. Hverken den forsøgsansvarlige eller medarbejdere på projektet har nogen økonomisk interesse i forsøget.

Deltagelse i forsøget er ikke forbundet med nogen udgifter, og der betales ingen vederlag for deltagelse.

## Kontaktoplysninger

Ved ønske om yderligere information om forsøget, kontakt da daglig projektansvarlig Cand. Scient. Eva Leedo (eva.leedo@regionh.dk), eller Ledende klinisk diætist og Ph.d. studerende, Tina Munk (tina.munk@regionh.dk).

Diætisten følger op med en artikel, når resultaterne fra forsøget foreligger.



## Referencer

1. Hakamies-Blomqvist L. et al. Timing of quality of life assessment as a source of error in oncological trials. *J Adv Nurs*. 2001;35:709-16.
2. Ottery FD. Cancer cachexia: Prevention, early diagnosis, and management. *Cancer Pract*. 1994;2:123-31.
3. Caro MMM. et al. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin. Nutr*. 2007;26: 289-301
4. Ravasco P. et al. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling. *Clin. Nutr*. 2007; 26:7-15
5. Stratton R., Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplementation* 2007; 2: 5-23
6. Baldwin C. et al. Oral Nutritional Interventions in Malnourished Patients with Cancer: A systematic Review and Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2012;7:371-85
7. Munk T. et al. A positive effect of fortified hospital food on nutritional intake in patients at nutritional risk. *J Hum Nutr Diet*. 2014;27;122-32.
8. Persson CR. et al. A Randomized Study of Nutritional Support in Patients With Colorectal and Gastric Cancer. *Nutr Cancer*. 2002;42:48-58.
9. Isenring EA. et al. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal and head and neck area. *Br J Cancer*. 2004;2:447-52
10. Ravasco P. et al. Dietary counselling improves patient outcomes: A prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2005;1;1431-8.
11. Ravasco P. et al. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck*. 2005;27;659-68

**FaKD**  
GO SOCIAL!

Tjek også hjemmesidens mulighed for debat og klummeskrivere.



# FiberHUSK<sup>®</sup> og Lavkarbo

2 dl mandler malet til fint mel  
2 dl hørfrø malet til fint mel  
1 dl hele solsikkefrø  
1 dl hele sesamfrø  
1 dl hele græskarkerner  
1 dl FiberHUSK<sup>®</sup>  
3 tsk. groft havsalt  
2 dl revet squash (cirka en halv)  
5 æg  
½ dl olivenolie

Alle de tørre ingredienser blandes, hvorefter de røres sammen med squash og olivenolie og derefter æg. Massen røres ensartet, hældes i en lille brødform og bages ved 160 grader i 1 time.

Opskriften er udarbejdet af Tatjana Albinus. Få mere inspiration på [www.lowcarb.dk](http://www.lowcarb.dk)

## Grønt Stenalderbrød



FiberHUSK<sup>®</sup> har et fiberindhold på hele 85% og er helt uden tilsætningsstoffer

- FiberHUSK<sup>®</sup> har et højt fiberindhold på hele 85% og helt er uden tilsætningsstoffer.
- FiberHUSK<sup>®</sup> indeholder 0 kulhydrater.
- Brød bagt med FiberHUSK<sup>®</sup> mætter bedre og holder sig friskt længere.
- FiberHUSK<sup>®</sup> kan bruges i brød, skærekager, farsretter, grød og smoothies.



Læs mere om FiberHUSK<sup>®</sup> på [www.fiberhusk.dk](http://www.fiberhusk.dk)

FiberHUSK<sup>®</sup> bør ikke erstattes af HUSK<sup>®</sup>, da HUSK<sup>®</sup> består af hele frøskaller og derfor har en anden volume.

## Gulerodsbrød



(2 bradepander/16 store stykker):

8 æg  
2 dl græsk yoghurt  
1 dl FiberHUSK<sup>®</sup>  
1 dl mandelmel  
4 dl blandede frø og kerner  
2 store revne gulerødder  
3 tsk. salt  
3 tsk. bagepulver

Evt. ½ dl. olivenolie og 50 gram smagsneutralt proteinpulver.

Alle ingredienserne røres sammen og bredes ud på to bageplader, hvorefter de bages cirka 20 minutter ved 200 grader.

Opskriften er udarbejdet af Tatjana Albinus. Få mere inspiration på [www.lowcarb.dk](http://www.lowcarb.dk)



# Mere fokus på de ældres ernæring

Regeringens ældremilliard betyder mere arbejde til de kliniske diætister. FaKD har kendskab til foreløbig en halv snes nyoprettede stillinger ude i kommunerne.

Af Julie Mathiesen, freelancejournalist, [julie@konteksten.com](mailto:julie@konteksten.com)

Flere og flere kommuner har fået øjnene op for, at det kan betale sig at prioritere en ernæringsmæssig indsats overfor de ældste borgere. Det konkluderer FaKD's formand, Sofie Wendelboe, efter at have kigget i nogle af de puljeansøgninger, som kommunerne har indsendt til Social-, Børne- og Integrationsministeriet.

"Fristen for at ansøge om penge fra den såkaldte ældremilliard udløb midt i februar, og jeg kan se, at måske halvdelen af kommunerne vælger at ansøge om noget med ernæring, og det er meget glædeligt", siger hun.

FaKD's sekretariat følger med i de kommunale tiltag, og Sofie Wendelboe har fået melding om de første 10 nye stillinger på landsplan. I nogle kommuner handler det om at opgradere en eksisterende indsats, mens det i andre drejer sig om at ansætte den første kliniske diætist, der skal arbejde målrettet med ældre.

## Effektivt lobbyarbejde af FaKD

Siden finansloven endelig faldt på plads i slutningen af november sidste år, har Sofie Wendelboe og den øvrige bestyrelse arbejdet hårdt for at påvirke de kommunale beslutninger. Blandt andet har de taget direkte kontakt til alle 98 kommuner og anbefalet dem at sætte fokus på ernæring.

## Vidste du at...

Det har beviseligt god effekt for borgerne, når fagfolk, herunder kliniske diætister, samarbejder om den ernæringsintervention, der bliver tilbudt de sårbare ældre. Det konkluderede et cost-effectiveness-studie i 2013.

Se artikel side 18.

Studiet sammenlignede to modeller for ernæringsintervention: En kendt model med udpegede og uddannede ernæringsnøglepersoner og en ny model, hvor ernæringsnøglepersonerne blev bistået af en klinisk diætist, en ergoterapeut og en fysioterapeut.

En vigtig forskel på modellerne er, at i den nye model er interventionen uafhængig af en indledende visitation, og der opereres med et formaliseret, tværfagligt samarbejde mellem de tre nævnte fagfolk. Og netop det samarbejde har vist sig væsentligt og langt mere effektivt end en indsats, der kun benyttede én af de tre faggrupper.

## Hovedresultaterne var:

- Borgerne opnåede positiv effekt af indsatsen på deres fysiske funktionsevne
- Borgerne i hjemmeplejen opnåede positiv effekt på deres livskvalitet
- Vægtøgning hang sammen med øgning i livskvalitet
- Borgerne var glade for at medvirke

De økonomiske beregninger viser desuden, at den nye model er omkostningseffektiv.

Studiet blev gennemført af et konsortium, der bestod af FaKD, Københavns Universitet samt Det Nationale Institut For Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA) for Socialstyrelsen som et led i opfølgningsinitiativet på projektet 'God mad – godt liv'.

## Læs mere

På [www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1](http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1) er der links til såvel den nationale kost-handlingsplan, cost-effectiveness-studiet samt mere info om ernæringscreening.



## Fakta om ældremilliarden

Sidste års finanslov indeholdt en ekstra milliard kroner om året i 2014-2017 til et permanent løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. Pengene bliver fordelt afhængigt af antallet af borgere over 65, og kommunerne skal hvert år ansøge Social-, Børne- og Integrationsministeriet om, hvordan de vil målrette midlerne.

Puljens målgruppe er ældre borgere, som har behov for hjælp – både sårbare og udsatte ældre med et stort plejebæhov og ældre, der med en målrettet rehabiliteringsindsats kan støttes til at klare sig selv. Formålet er bl.a. at sikre, at de ældre kan fortsætte med at leve det liv, de ønsker, og det fremhæves i aftalen, at midlerne skal sikre mest velfærd for pengene.

“Desuden har vi forsøgt at gøre det meget nemt for dem ved at sende dem et allerede udfyldt ansøgningsskema, hvor de fik serveret en hel projektbeskrivelse og kun behøvede at tilføje deres lokale oplysninger”, uddyber hun.

Kommunerne fik også tilbud om, at FaKD sendte evt. jobopslag direkte til medlemmerne, og det har enkelte kommuner gjort brug af.

Aftalen om ældremilliarden løber frem til og med 2017, og hvert år skal kommunerne søge om midler. Derfor forventer Sofie Wendelboe, at FaKD i løbet af efteråret igen tager kontakt til de kommunale beslutningstagere, for som hun siger, så “er det jo bare om at påvirke i alle retninger”.



## Fakta om kommunernes tiltag i 2014

Ministeriets ansøgningsskema opererede med 4 kategorier. I vejledningen til skemaet var ernæring ikke nævnt specifikt som en mulighed. Parentesen angiver andelen af kommuner, der har ansøgt om tiltag:

- Styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats (26 pct.)
- Bedre praktisk hjælp og personlig pleje (37 pct.)
- Bedre forhold for de svageste ældre fx på plejehjem (34 pct.)
- Andre initiativer (3 pct.)

Se ansøgningerne fra de enkelte kommuner på ministeriets hjemmeside [www.sm.dk](http://www.sm.dk). Under Nyheder finder du artiklen “Sådan virker ældremilliarden” fra den 5. marts 2014, og her er der links til alle 98 ansøgninger.





**LILLE FLASKE  
STOR SMAG**



**NYHED**



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

[www.fresenius-kabi.dk](http://www.fresenius-kabi.dk)



# Det faglige niveau bliver løftet

Frederikssund Kommune vil med en nyansat klinisk diætist kvalitetssikre ernæring som indsatsområde.

Af Julie Mathiesen, freelancejournalist,  
julie@konteksten.com

Frederikssund Kommune har valgt at ansætte en række nye medarbejdere med midler fra ældremilliarden, og blandt dem er en klinisk diætist, der primært skal arbejde målrettet med de sårbare ældres kost og ernæring.

“Det er jo ikke fordi, vi ikke allerede i dag har fokus på ernæring, men det handler om at kvalitetssikre, og derfor har vi valgt at ansætte Mette Overgaard Holm. Hun skal primært arbejde i hjemmeplejen, og det er nyt her i kommunen”, forklarer kostfaglig konsulent Pia Winther, der bliver Mette Overgaard Holms nye chef.

Den kostfaglige vejledning har de sidste par år hvilet på Pia Winthers skuldre, og hun har især arbejdet med plejeområdet. I hjemmeplejen derimod er ernæringsterapi ikke en opgave, der specifikt bliver løftet i dag – andet end det, personalet gør på bedste beskub.

“Jeg ser de største ernæringsmæssige udfordringer hos de hjemmeboende – både de ældre og de medicinske patienter – så diætisten får to opgaver: For det første at lave en ernæringscreening og en handleplan, når en sygeplejerske eller visitator ser en borger i ernæringsrisiko. Og for det andet at kompetenceudvikle det øvrige personale, dvs. sygeplejen og hjemmeplejen, for på den måde er vi sikre på at få helheden med”, forklarer Pia Winther.

## Det handler om livskvalitet

Jobbet vil i høj grad foregå ude blandt borgerne, og det var et vigtigt parameter for Mette Overgaard Holm, da hun søgte jobbet.

“For mig er det meget relevant, at den ernæringsfaglige indsats, der er påbegyndt på hospitalet, fortsættes ved en klinisk diætist efter udskrivelse, og at plejepersonalet bliver opkvalificeret til at varetage en del af opgaven. Og som tidligere ansat i Ernæringsenheden under Hospitalsenheden Vest ligger mit nye job i forlængelse af mine erfaringer”, siger hun og glæder sig til at skulle opsøge de ældre i deres eget hjem.

For grundlæggende handler det jo om at skabe livskvalitet og om kun at ændre det nødvendige, så de ældre kan fortsætte deres dagligdag så uhindret som muligt, forklarer hun:

“Det er spændende at arbejde med en målgruppe, der glemmer at spise og drikke, som ikke har lyst til mad, som har kvalme eller som ikke har energi nok til at have fokus på mad. Det er en stor udfordring, fordi det kan være så vanskeligt overhovedet at friste dem til at spise og drikke. Men når jeg så oplever, at det lykkes, og at de får mere energi, end de ellers har haft, så er det simpelthen så berigende.”

Fra sit tidligere job, hvor hun bl.a. var med til at følge op på udskrevne patienter, har Mette Overgaard Holm en række strategier. Det kunne fx være at inddrage ægtefællen, for selskab kan for nogen få bidderne til at glide lidt lettere ned. Og så opfordrer hun dem til at hygge:

“Det ligger mange ældre lidt fjernt at spise højtbelagt smørrebrød, dessert eller kransekage til kaffen til hverdag, så de skal ofte motiveres til at spise, som om hver dag er en fest”, siger hun med et smil.

## Den nationale handlingsplan

Socialministeren lancerede i efteråret 2013 en national handleplan med fem konkrete anbefalinger til kommunernes arbejde med de ældres mad, måltider og ernæring.

- 1 Det anbefales, at kommunalbestyrelsen i hver kommune udarbejder en mad- og måltidspolitik. Politikken bør være målrettet ældre, som har behov for madservice, og indeholder klare, målbare mål og retningslinjer for, hvordan der løbende følges op på indsatsen.
- 2 Det anbefales, at der løbende gennemføres en ernæringsvurdering af ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig mv., for at sikre, at den enkelte ældres ernæringsbehov kendes og imødekommes. Det anbefales desuden, at mad, måltider og ernæringsvurdering indgår som centrale elementer i forebyggende og rehabiliterende indsatser i hjemmeplejen og plejeboliger mv.
- 3 Det anbefales, at mad, ernæring og måltider tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte ældres ønsker og behov.
- 4 Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde om den enkelte ældres ernæringsindsats styrkes gennem klar ansvarsfordeling og retningslinjer for indsatsen.
- 5 Det anbefales, at alle personalegrupper omkring den ældre har viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for den enkelte ældres livskvalitet og funktionsevne. Det anbefales desuden, at der sikres tværfagligt samarbejde mellem personalegrupperne.

(Kilde: Den nationale handlingsplan)



# Tværfaglig indsats batter på bundlinjen

Faaborg-Midtfyn Kommune har flere års erfaring med ernæringscreening, og nu bruger de noget af ældremilliarden til yderligere at opgradere indsatsen.

Af Julie Mathiesen, freelancejournalist, julie@konteksten.com

Tilbage i 2008 var Berit Knold den første kliniske diætist, der for alvor fik sat de ældres ernæring på dagsordenen i Faaborg-Midtfyn Kommune. Hun fik ledelsens opbakning til et etårigt projekt, hvor hun etablerede og implementerede en systematisk ernærings-screening af de ældre både i hjemmeplejen og på plejehjemmene.

Effekten var så god, at ledelsen valgte at fortsætte indsatsen, og i 2012 kom der så ekstra ressourcer til i form af klinisk diætist Carina Dahl Christensen.

Nu er det så igen tid til at opgradere indsatsen, forklarer Carina Dahl Christensen og giver her et indblik i, hvordan de i det sydvestlige hjørne af Fyn har tilrettelagt de ernæringsmæssige opgaver:

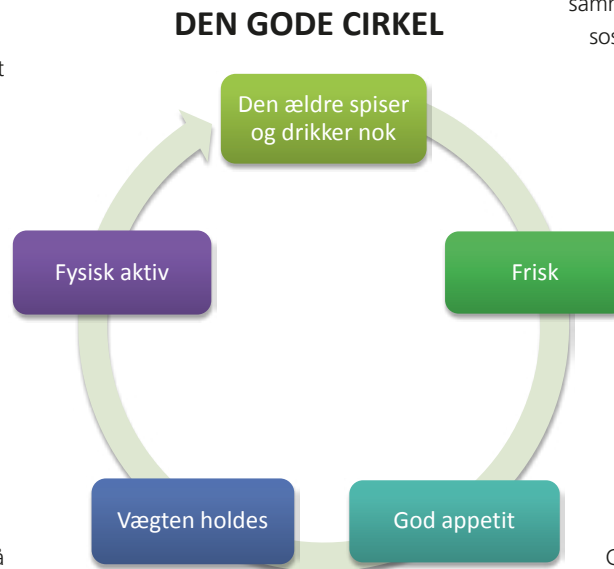
## Solidt samarbejde på tværs

”Geografisk er vi en meget stor kommune, og vi vil gerne bringe sundhedsaktiviteterne ud i lokalområderne tæt på borgerne. Derfor har Sundhed og Handicap etableret Det Mobile Sundhedscenter, hvor både jeg og Berit Knold er tilknyttet.”

Ældreområdet hører imidlertid under fagsekretariatet Pleje og Omsorg, der derfor har fået del i ældremilliarden. Men godt samarbejde på tværs betyder, at ledelsen vælger at ’dele’ med Sundhed og Handicap, så der kan

ansættes endnu en kostfaglig kompetence i Det Mobile Sundhedscenter. Og netop det tværfaglige samarbejde er kendetegnende for Faaborg-Midtfyn Kommunes indsats på det ernæringsmæssige område.

”Berit har siden starten i 2008/2009 gjort meget ud af at skabe netværk på tværs af personalegrupperne. Og jeg har fortsat det



Kilde: Århus Kommune

arbejde, så jeg fire gange om året mødes med medarbejdere fra hjemmeplejen og to gange årligt med plejehjemmene”, forklarer Carina Dahl Christensen og uddyber:

## Faglige netværk til gavn for alle

”Med 11 plejehjem fordelt over et stort areal har vi som kliniske diætister ikke mulighed for personligt at komme ud til alle de ældre. Derfor har det været afgørende at kompetenceudvikle det personale, som er tæt på den ældre borger i hverdagen, og her har de faglige netværk været meget vigtige. Nu screener ressourcepersoner som sosu-assistenterne, sosu-hjælpere, sygeplejersker eller køkkenpersonalet på plejehjemmene, og det samme gør visitatorer, hjemmesygeplejersker, sosu-assisterter og ældrekonsulenterne i hjemmeplejen. Møderne bliver brugt på at sparre med hinanden, høre om det seneste nye, og på den måde kan deltagerne tage hjem og være ressourcepersoner i deres eget bagland.”

Alle nye sygeplejestuderende bliver undervist af Carina Dahl Christensen, og der har også været afholdt temadage for medarbejdere fra hjemmeplejen og plejehjemmene med eksterne oplæg og workshops. Deltagerne gik derfra med ny viden, og det var ifølge Carina Dahl Christensen nogle givtige dage, hvor alle fik rettet fokus den rigtige vej:

”Det er altid en svær proces at implementere nye tiltag, for personalet har mange opgaver i en travl hverdag, og det er vores ansvar at sørge for, at personalet har fokus på ernæringen og dens betydning. Jeg oplever, at jo mere fokus der er, og jo mere åben en tilgang vi har, jo mere parate er medarbej-



derne også”, siger hun og forestiller sig flere fremtidige temadage eller andre tiltag, der bliver ved med at skabe fokus.”

### Nyt projekt sat i søen

De sidste mange år har der således været god fokus på ernæring, men selvom der er godt gang i screeningerne, bliver der ikke altid fulgt op.

“Det er jo nødvendigt at handle på det, man ser, men hvordan gør vi medarbejderne opmærksomme på at lave handleplaner? Det spurgte vi os selv om, og ledelsen kunne heldigvis se betydningen af det, for vi fik midler fra politikerne over en 4-årig periode”, fortæller hun.

I forbindelse med ældremilliarden er der tilført yderligere ressourcer i form af en fuld-tidsmedarbejder, der udelukkende skal have fokus på de ældres ernæring. Det frigiver tid fra Carina, der som projektleder skal stå for at få implementeret nye metoder i hjemmeplejen og ude på plejehjemmene.

### Det Mobile Sundhedscenter

Er en tværfaglig, udekørende enhed med i alt 13 ansatte, der spænder bredt og tilbyder rådgivning og vejledning til både enkeltpersoner og virksomheder:

- Kostvejledning (to diætister)
- Motionsvejledning (en fysioterapeut)
- Virksomhedsrådgivning ift. sundhedsfremmende tiltag (en fysioterapeut)
- Frivillighedskonsulent
- Sundhedsvejledning (en socialrådgiver)
- Projektmedarbejder (en antropolog)

Desuden tilbyder Det Mobile Sundhedscenter rygestopkurser, mindfulness-kurser, kurser mod angst, stress og depression, særlige rygestopkurser rettet mod unge samt diabetesrehabilitering.



Den nye kostfaglige medarbejder skal ud og være synlig på plejehjemmene, iværksætte tiltag med det lokale personale og sørge for løbende fokus og kompetenceudvikling af det personale, der er tæt på den ældre borger lige fra sygeplejerskerne til hjælperne. Desuden bliver der med midler fra ældremilliarden også ansat en ekstra ældre konsulent.

Imens skal Carina Dahl Christensen med egne ord “holde gryden i kog” på projektet, som hun har forsøgt at tænke alle med kontakt til de sårbare ældre ind i: Sosu-assistenten, sosu-hjælperen, sårplejersker, ergoterapeuter, omsorgstandplejen og flere andre.

Arbejdet er først lige gået i gang, og deltagerne skal selv være med til at definere, hvad de har brug for at komme rundt om, så de føler sig ordentligt klædt på til arbejdet med de ældres ernæring.

### Indsatsen betaler sig

I Faaborg-Midtfyn Kommune har de tidligere målt indsatsen efter, hvor mange der blev screenet på plejehjem og hjemmeplejen, af visitator, af sygeplejersker osv., men de tal siger mest om, hvorvidt alle ældre bliver screenet.

Fremover vil de i stedet se på antal indlæggelser og genindlæggelser og via de tilgængelige data på sundhed.dk måle årligt, om antallet falder.

“De forebyggelige indlæggelser forårsaget af dehydrering, underernæring, fald og urinvejsinfektioner har vi mulighed for at reducere, og hvis vi følger de tal, så kan vi se, om vores arbejde rykker”, fortæller Carina Dahl Christensen.

Hun suppleres af lederen af Det Mobile Sundhedscenter, Ulrik Skyum Christensen:

“Kommunerne betaler 1/3 af en indlæggelse, uanset om den skyldes hoftebrud eller dehydrering. Det drejer sig om mange penge, så rent økonomisk kan det godt betale sig at bruge ressourcer på en systematisk ældrescreening”, forklarer han.



### Ernæringscreening i Faaborg-Midtfyn Kommune

#### Målgruppen for screeningen er:

- De svageste ældre med et uplanlagt vægttab
- Borgere med sår uanset alder
- Borgere, der får bevilget mad
- Alle borgere over 75 år
- Alle nye beboere på plejehjem
- Alle på midlertidigt plejehjemsophold
- Alle, der kommer i aktivitetscentre

De nye sundhedsaftaler, der træder i kraft i 2015, understreger, at de praktiserende læger og kommunerne skal samarbejde om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Med den eksisterende indsats kan Ulrik Skyum Christensen således glæde sig over, at Faaborg-Midtfyn Kommune er på forkant med lovkravene.

“Det er også vigtigt at pointere, at ud fra både et personligt og et sundhedsfagligt synspunkt synes jeg jo, at det er rigtig godt, hvis vi kan have ældre borgere, der er selvhjulpne i længere tid. Det giver dem øget livskvalitet, og hvis det kan gå hånd i hånd med en god økonomi for kommunen, er det jo en rigtig god situation”, konkluderer han.



Carina Dahl Christensen



# Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre

Underernæring og uplanlagt vægttab er et problem blandt danske ældre i hjemmepleje og plejebolig (1), som har alvorlige konsekvenser for ældres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, trivsel og livskvalitet (2,3,4). Konsekvenserne af dårlig ernæringstilstand er alvorlige for såvel den enkelte, som for samfundet.

Af Birthe Stenbæk Hansen, klinisk diætist, cand. scient. i klinisk ernæring, Forebyggelsen, Sundhedscentret, Frederiksberg Kommune, [biha05@frederiksberg.dk](mailto:biha05@frederiksberg.dk) og Hans Keiding, professor, Københavns Universitet

## Baggrund

Der har aldrig været gennemført et kontrolleret cost-effectiveness studie (CES) af en ernæringsindsats blandt skrøbelige ældre. Satspuljepartierne afsatte derfor, som opfølgning på Socialstyrelsens projekt "God mad - godt liv", midler til at gennemføre et CES af en ernæringsindsats målrettet skrøbelige ældre i hjemmepleje og plejebolig.

Studiet blev gennemført for Socialstyrelsen af et konsortium bestående af Foreningen af kliniske diætister, analyseinstituttet KORA og Københavns Universitet. Frederiksberg kommune (FK) med 102.040 borgere deltog som projektkommune.

## Formål

Formålet med CES var at gennemføre en tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige ældre i hjemmepleje og plejebolig med henblik på at afdække, om denne målgruppe opnåede forbedret livskvalitet, funktionsevne

og ernæringstilstand, og om indsatsen dermed var økonomisk rentabel.

## Metode

Målgruppen for indsatsen var borgere over 65 år, dels fra to af kommunens plejeboliger – en selvejende og en privat, og dels fra hele hjemmeplejen. Forudsætningen, for at borgere fra hjemmeplejen kunne indgå, var, at de modtog ydelser som ernæring/madservice efter Serviceloven. Ernæringsnøglepersoner skulle, i såvel interventions- som kontrolgruppe, fortsætte med ernæringsindsatsen, som blev introduceret i fase 2.

I fase 3 af CES var formålet at afprøve effekten af en ny model for ernæringsintervention og sammenligne den med effekten af den oprindelige model, der var gældende i fase 2 (se figur 1), der som de følgende figurer er hentet fra den endelige rapport. De primære forskelle mellem de to modeller var, at den nye model for ernæringsintervention var uafhængig af en indledende visitation, havde tilknytning af en ernæringsfaglig ekspertise i form af en klinisk diætist, og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut (se figur 2). Konkret blev det undersøgt, om der var forskel på effekten af to modeller for ernæringsintervention.

## CES bestod af tre faser:

**Fase 1:** Kortlægning af eksisterende ernæringsindsats i FK (foråret/sommeren 2012)

**Fase 2:** Uddannelse af ernæringsnøglepersoner, bl.a. via tre dages AMU kursus: "Ernæringscreening i ældreplejen" med sideløbende deltagelse i studiekredse samt sidemandoplæring. Omdrejningspunktet i kompetenceudviklingen var Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) fra Socialstyrelsen (<http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/mad-og-maltider-1/ernaeringscreening>), samt udvikling af eksisterende madservice i FK (efteråret/vinteren 2012)

**Fase 3:** Afprøvning af tværfaglig ernæringsintervention i et 11 ugers blokrandomiseret kontrolleret studie (foråret/sommeren 2013)



**Figur 1: Model for ernæringsintervention før start af fase 3.**

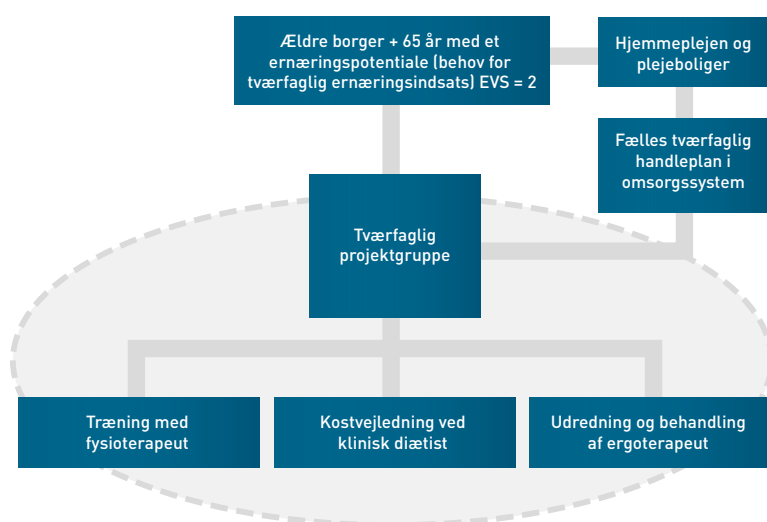
For at vurdere, om der var forskel på effekten af indsatsen i hhv. kontrolgruppen og interventionsgruppen, blev der ved begyndelse og afslutning af fase 3 indsamlet forskellige data vedrørende livskvalitet, fysisk funktionsevne og ernæringstilstand. Herudover blev der i studiets fase 3 indsamlet en række andre data om de deltagende borgere, bl.a. vedrørende hospitalsophold, fald, rehabiliteringsophold og andel, der afgik ved døden.

Compliance til den nye model for ernæringsintervention blev vurderet vha. observation, dvs. registrering af deltagelse ved træning, indtag af trænings-drik, gennemførelse af besøg af klinisk diætist og ergoterapeut m.m. i de individuelt udarbejdede diætist-, fysioterapeut- og ergoterapeutjournaler. Årsager til evt. afvigelser blev ligeledes noteret.

Resultaterne fra CES-studiets fase 2 og 3 indgik i de økonomiske analyser. I fase 1, 2 og 3 blev der foretaget en evaluering af ernæringsindsatsen baseret på audit samt interviews med personale og borgere foretaget af KORA.

#### Resultater

Inden begyndelse af fase 3 havde i alt 389 borgere fået udfyldt EVS, og af disse blev 329 inviteret til at deltage i fase 3, hvoraf 246 blev inkluderet. Efter blokrandomiseringen tilhørte 119 borgere (48 pct.) interventionsgruppen. Af de 106 fra hjemmeplejen kom 68 i interventionsgruppen og 38 i kontrolgruppen (se figur 4). Forudsætningen for at indgå i fase 3 var, at borgeren havde 2 point i EVS, hvilket 55 borgere i interventionsgruppen og 40 borgere i kontrolgruppen havde.

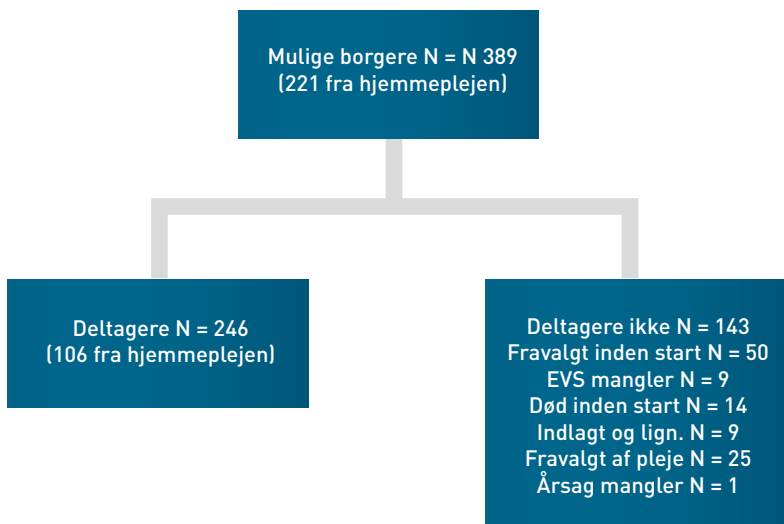


**Figur 2: Den nye model for tværfaglig ernæringsintervention.**

Indsats via de forskellige faggrupper tilknyttet CES-studiet. Den stiplede linje symboliserer, at der er et løbende tværfagligt samarbejde omkring hver enkelt borger.



Figur 3: Flow-skema for mulige borgere til fase 3 i CES-studiet.



Livskvalitet blev vurderet vha. EuroQol (EQ-5D). EQ-5D blev valgt, da svarene kan omsættes til indtækt, som efterfølgende kan indgå i økonomiske beregninger vedrørende cost-effectiveness.

Fysisk funktionsevne blev vurderet vha. Rejse-sætte-sig test, Senior Fitness Test og Bergs balanceskala. Ernæringstilstand blev vurderet vha. vægt, BMI og håndgribestyrke. Fald, sygdomsdiagnoser, medicinforbrug, hospitalsindlæggelser, evt. rehabiliteringsophold og flytning til plejebolig blev vurderet vha. Minimum Data Set (MDS) og udtræk i omsorgssystem.

Borgerne i interventionsgruppen med 2 point i EVS fik tilbudt forskellige indsatser af hhv. fysioterapeut, klinisk diætist og ergoterapeut. Den kliniske diætist var involveret i flest (75 pct.) af deltagerne.

En sammenligning af resultaterne, opnået i hhv. kontrol- og interventions-gruppen, fandt følgende statistisk signifikante forskelle ift. funktionsevne og livskvalitet:

**Effekt på funktionsevne**

Ved sammenligning af borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås det, at andelen af borgere, der blev bedre ved rej-

se-sætte-sig testen, var højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Forbedringen i evnen til at rejse-sætte-sig blev understøttet af resultaterne af hhv. Senior Fitness test og Bergs balance test. Alt i alt havde den nye model for ernæringsintervention således en positiv effekt på de deltagende borgers fysiske funktionsevne.

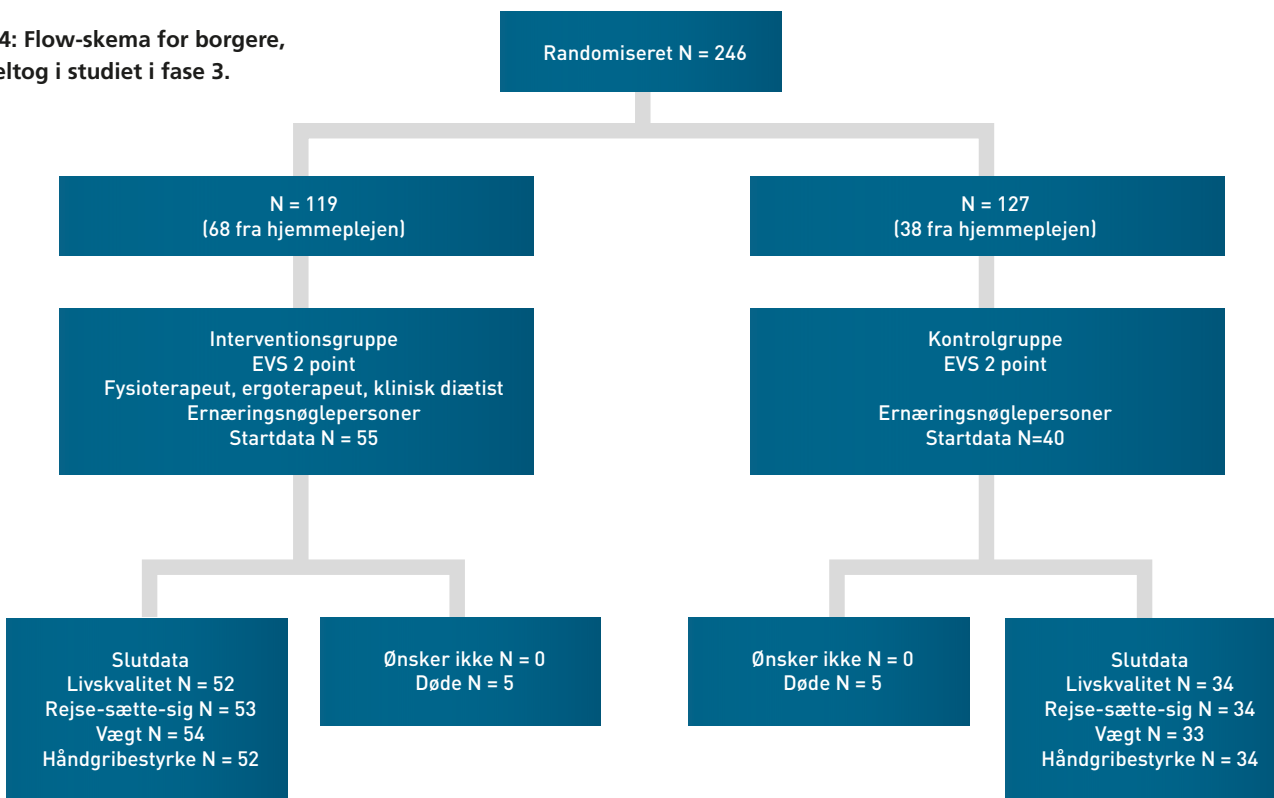
**Effekt på livskvalitet**

Ved sammenligning af borgere i hjemmepleje i hhv. interventions- og kontrolgruppen sås en forskel i ændring i livskvaliteten til fordel for borgere i interventionsgruppen. Når

borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppe blev slået sammen, var der en signifikant sammenhæng mellem vægtøgning og forbedret livskvalitet. Alt i alt betød en vægtøgning således en forbedring af livskvalitet.

Borgere i både interventions- og kontrolgruppen bevarede deres ernæringstilstand i studiet i fase 3. Tidligere studier viser, at borgerne over tid taber i vægt, hvorfor det tyder på, at udpegningen af ernæringsnøglepersoner og kompetenceudviklingen havde en positiv effekt på håndtering af borgere med potentiale for en ernæringsindsats.

Figur 4: Flow-skema for borgere, der deltog i studiet i fase 3.



Specifikt i forhold til det tværfaglige samarbejde sås det, at et formaliseret samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut var langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende var baseret på en af de tre faggrupper.

En høj andel af borgerne gennemførte tredje fase af CES, og kun få (ca. 1 pct.) sprang fra undervejs. Alt i alt var der særdeles god compliance i den nye model for ernæringsintervention.

### Økonomien i ernæringsindsatsen

Den grundlæggende idé bag cost-effectiveness er at opgøre, hvor meget man i en bestemt indsats må ofre i form af kroner og øre for at opnå en bestemt helbredseffekt.

At opgøre dette er selvfølgelig nemmere sagt end gjort, og resultaterne skal ses i lyset af de svagheder, som er indbygget i metoderne. Men de giver en nyttig orientering; det vender vi tilbage til.

Der har etableret sig en fast rutine for, hvordan sådanne analyser skal gennemføres, idet der opdeles i 5 afsnit:

- 1 Model:** Her bestemmes, hvad der indgår i beregningerne, og dermed også, hvad der ikke indgår. For eksempel tager vi ikke med, at borgerne efter en ernæringsindsats vil kunne klare sig bedre og derved spare samfundet for udgifter – det er for svært at sætte tal på denne særlige konsekvens, så den er udeladt.
- 2 Omkostninger:** Her skal vi se på alt det, der kan opgøres i penge, for vores vedkommende overvejede løn til personalegrupperne i ernæringsindsatsen.
- 3 Effekter:** Under denne post skal vi opgøre forbedringen af sundhedstilstand for de borgere, som deltog. Helt åbenbart er det svært at måle sundhed, vi bruger to forskellige mål, nemlig dels

det helt håndfaste i form af vægtøgning, dels det noget mere luftige livskvalitetsmål QALY, som er det index, der findes ved brug af EQ-5D skemaerne.

- 4 Resultat:** Divideres indsatsens omkostninger med dens effekt, får vi omkostningen pr. enhed helbredsgevinst, den såkaldte ICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio), som er analysens hovedresultat.

- 5 Følsomhedsanalyser:** Her undersøger man, hvor meget den fundne ICER ændrer sig, når udvalgte (typisk de meget vigtige) beregningsantagelser ændres.

Går vi dernæst tilbage til ernæringsindsatsen, er modelvalget ret indlysende, der er en indledende screening, og herefter vælges de borgere, der skal have den særlige indsats. Ved afslutningen kan der så opgøres omkostning og effekt for disse borgere.

Omkostningerne ved indsatsen fremgår af tabel 1 (der, som de følgende tabeller, er hentet fra den endelige rapport). Da vi opgør såvel omkostninger som effekter pr. borger, som udvælges ved screeningen, må vi her medtage samtlige screeningsudgifter: De er dog, som man ser, ikke så store.

Inddrages dernæst effekterne som beskrevet ovenfor, kan der udregnes mål for omkostningseffektivitet (ICER) enten som kr. pr. kg vægtøgning, eller som kr. pr. vundet QALY. Resultaterne er vist i tabel 2, baseret dels på den absolutte ændring, hvor vi sammenligner de samme borgere før og efter indsatsen, dels som relativ ændring, hvor vi sammenligner med de borgere, som ikke modtog indsatsen (og som derfor var udsat for et fortsat vægttab). Det fremgår af tabel 2, at det har kostet godt 8.000 kr. at opnå en vægtøgning på 1 kg, eller alternativt, at der betales knap

## Faggruppernes indsats:

- **Fysioterapeut:** Varetagelse af træning, enten i hold, hvor der samtidig var tilbud om spisning for borgere tilknyttet hjemmeplejen, eller individuelt ved hjemmebesøg ca. to gange ugentligt. Fokus var på styrke- og balance-træning. I forbindelse med træningen var der desuden tilbud om en industrielt fremstillet energi- og proteinrig drik (træningsdrik). Endvidere blev borgerne vejlet ugentligt (dvs. ca. ved hver anden træning).

- **Klinisk diætist:** Udarbejdelse af individuel ernæringsplan i samarbejde med borgeren og evt. pårørende samt opfølgning efter behov ved hjemmebesøg, i forbindelse med holdtræning eller ved telefonisk kontakt. Desuden blev der taget kontakt til plejepersonale, madserviceleverandør, praktiserende læge og andre, hvor det var relevant.

- **Ergoterapeut:** Vurdering af tygge- og synkefunktion samt eventuelt behov for spisehjælpemidler. Opfølgning efter behov ved hjemmebesøg, i forbindelse med holdtræningen eller ved telefonisk kontakt. Desuden blev der taget kontakt til plejepersonale, madserviceleverandør, omsorgsstandpleje, visitation med henblik på spisehjælpemidler m.v. og andre, hvor det var relevant.

**Tabel 1: Omkostninger ved ernæringsindsats på grundlag af EVS. Kr. pr. borger udvalgt til særlig indsats.**

	Omkostning pr. borger i interventionsgruppe
Ernæringscreening	117,46
Ernæringsindsats	
Diætist	228,75
Ergoterapeut	96,38
Fysisk træning	2895,93
Uddannelse	743,69
<b>I alt</b>	<b>4082,21</b>

**Tabel 2: Omkostningseffektivitet af ernæringsindsats ved brug af EVS.**

Effekt mål:	Absolut effektændring	Relativ effektændring
Vægt (kr. pr. kg)	34448	8467
Livskvalitet (kr. pr. QALY)	63984	46559

64.000 kr. pr. vundet QALY. Da princippet bag QALY-indexet er at måle relativt til et leveår ved fuldt helbred, har vi her et mål, som kan sammenlignes med andre behandlinger i sundhedsvæsenet. Resultatet på knap 64.000 pr. vundne leveår betyder, at ernæringsindsatsen befinder sig blandt de mindre udgiftskrævende af de mange nye behandlinger, som konkurrerer om sundhedsbudgetterne i vort samfund; en uofficiel tommelfingerregel tilsiger, at man vil anse behandlinger som omkostningsefficiente, hvis deres ICER er mindre end 200.000 kr. pr. QALY, og i det perspektiv kan ernæringsindsatsen siges at give et pænt udbytte for medgåede udgifter.

### Konklusion

I fase 3 af CES blev det konkret undersøgt, om der var forskel på effekten af to modeller for ernæringsintervention i et 11 ugers randomiseret, kontrolleret studie. I begge modeller var der inden begyndelsen af fase 3 udpeget ernæringsnøglepersoner, som var kompetenceudviklet. De primære forskelle mellem de to modeller var derfor, at den nye model for ernæringsintervention var uafhængig af en indledende visitation, havde tilknytning af ernæringsfaglig ekspertise i form af klinisk diætist, og formaliserede det tværfaglige samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut. Generelt var der særdeles god compliance til den nye model for ernæringsintervention afprøvet i studiets fase 3, og resultaterne viste, at:

- Borgere med 2 point i EVS opnåede positiv effekt af indsatsen på fysisk funktionsevne
- Borgere i hjemmeplejen med 2 point i EVS opnåede positiv effekt på livskvalitet
- Vægtøgning hang tæt sammen med forbedring i livskvalitet.

Specifikt i forhold til det tværfaglige samarbejde sås det, at et sådan formaliseret samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og fysioterapeut var langt mere effektivt end en indsats, der udelukkende benyttede én af de tre faggrupper.

Den vægtøgning, der er set i tidligere studier af ernæringsindsats, sås ikke i det aktuelle studie. En forklaring kan være, at deltager-

ne i interventions-gruppen blev mere fysisk aktive, som følge af deres forbedrede fysiske funktionsevne. En anden forklaring kan være, at de forskellige forslag til optimering af kommunens madservice ikke var blevet implementeret. Borgerne i interventionsgruppen har derfor muligvis primært fået ekstra energi og protein via de træningsdrikke, de blev tilbudt to gange om ugen.

Der var en del udfordringer i CES undervejs, og desuden var der kort tid til implementering af ernæringsnøglepersonernes funktion. Derfor vil der formodentlig kunne opnås endnu bedre resultater, hvis den nye model for en ernæringsintervention bliver fuldt implementeret.

De økonomiske analyser viser, at det – som forventet – ikke er gratis at forbedre borgernes helbredstilstand gennem vægtøgning, men på den anden side er det en indsats, som ud fra en sammenligning med andre interventioner i sundhedssektoren giver et ganske pænt udbytte af de kroner, som bruges til formålet.

### Perspektivering

CES var en del af Frederiksberg Kommunes projektindsats målrettet småtspisende ældre (5) og er nu overgået til drift, hvilket betyder indførelse af en systematisk indsats målrettet ældre i kommunen. Fremadrettet er pejlemærket uplanlagt vægttab, som Sundhedsstyrelsen (6) anbefaler til tidlig opsporing af underernæring, og såfremt der svares "ja" eller "ved ikke" til uplanlagt vægttab, foretages er ernæringsvurdering ved hjælp af EVS. I praksis betyder det, at den økonomiske gevinst kan øges, idet ikke alle ældre borgere tilbydes en ernæringsvurdering i CES, men "kun" dem, der har haft et vægttab.

Et middel til at fastholde ernæringsindsatsen – også på længere sigt – er at indføre e-learning i kompetenceudviklingen som et redskab til at fastholde de erhvervede kompetencer hos ernæringsnøglepersonerne og i uddannelse af nyt personale. Herved vil den økonomiske gevinst blive større. Ernæring som en integreret del af rehabiliteringen er visionen for ernæringsindsatsen

fremadrettet. I det store fokus på fysisk træning ifm. forebyggende og rehabiliterende indsats på ældreområdet, er det nødvendigt samtidig at have fokus på mad, ernæring og måltider. Ved netop at kombinere indsatserne og formalisere den tværfaglige indsats opnås en effekt, som samtidig er costeffektiv. Fremadrettet skal uplanlagt vægttab anvendes som pejlemærke i den tidlige opsporing, gerne sammen med nedsat funktionsevne, og som en del af den generelle tidlige opsporing, som anbefalet af Sundhedsstyrelsen (6).

### Referencer

1. Kjær S, Beck A. Projekt "udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre". DTU Fødevareinstituttet og Servicestyrelsen, 2010.
2. Inzitari M, Doets E, Bartali B, Benetou V, Di Bari M, Visser M, Volpato S, Gambassi G, Topinkova E, De Groot L, Salva A; International Association Of Gerontology And Geriatrics (IAGG) Task Force For Nutrition In The Elderly. Nutrition in the age-related disablement process. *J Nutr Health Aging* 2011;15:599-604.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M146-56.
4. Beck A, Damkjær K. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældre ernæringstilstand og risikofaktorer. DTU Rapport 2007.
5. Diætisten 117 juni 2012:33-35.
6. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger. Sundhedsstyrelsen 2013.



## DET SKAL SMAGE GODT AT GÅ NED I VÆGT.

Allévo er en serie af velsmagende måltidsersatninger og VLCD produkter med et meget lavt energiindhold til ernæringsmæssig behandling af moderat og alvorlig fedme. Allévo shakes og supper har et kalorieindhold på kun 550-580 pr. dag i en kick start periode.

På [www.allevo.dk](http://www.allevo.dk) kan du bl.a. læse om Allévo-metoden, se det fulde Allévo sortiment, produktinformationer og næringsdeklarerationer samt blive medlem af den gratis vægtcoach.

[www.allevo.dk](http://www.allevo.dk)

Cederroth A/S står bag Allévo, som forhandles via den danske dagligvarehandel. For spørgsmål og kommentarer vedrørende Allévo ring 43 66 40 00 eller mail til [danmark@cederroth.com](mailto:danmark@cederroth.com)

Allévo Weight Loss er et kostfiber til vægtkontrol, som hjælper dig med at gå ned i vægt ved at mindske sulten og give en øget mæthedsfølelse.



# NCP

## i livsstilssamtalen

Af *Sofie Wendelboe, Formand for FaKD, klinisk diætist og NCP-nord. sw@diaetist.dk*

Når jeg har undervist i NCP, har flere af de kommunalt ansatte medlemmer fortalt, at en del af deres arbejde ikke er diætbehandling eller ernæringsvejledning, men livsstilssamtaler, som varetages af ernæringsprofessionelle på lige fod med fx sygeplejersker. Her afklares borgerens behov i forhold til KRAM-faktorerne ved hjælp af den motiverende samtale.

Hvornår er det så relevant at bruge NCP i en livsstilssamtale?

### **Kost**

Her er det selvfølgelig relevant at bruge NCP, men det er vigtigt, at det kun er os som ernæringsprofessionelle, som kan bruge det. Det er ikke de tværfaglige samarbejdspartnere, selv om de udleverer en pjece om kostrådene.

Der kan udarbejdes en redegørelse for ernæringsdiagnosen, og derfra kan ernæringsintervention, ernæringsmonitorering og –evaluering besluttes, afhængigt af hvilket tilbud den enkelte kommune har.

### **Rygning**

Henvielse til rygestopinstruktør. Her bruges NCP ikke.

### **Alkohol**

Her kan NCP bruges, fx ernæringsdiagnosen excessivt indtag af alkohol. Så længe der ikke er tale om et misbrug, hvor borgeren så skal henvises videre til et andet tilbud.

Eksempel: Excessivt indtag af alkohol, relateret til socialt netværk, hvor der indtages alkohol, dokumenteret ved indtag af op til 4-6 genstande dagligt (ca. 25 genstande om ugen) efter arbejde sammen med kolleger, at borgeren giver udtryk for, at han drikker mere end godt er, samt at der indtages mere end

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indtag af alkohol.

I princippet behøver det ikke være den ernæringsprofessionelle, som arbejder videre med dette problem, men det kan være det, især hvis indtag af alkohol bliver mere kostrelateret.

Her kan redegørelse for ernæringsdiagnosen blive mere specifik ifht vores faggruppe. Eksempel: Insufficient indtag af næringsstoffer, relateret til socialt netværk med indtag af alkohol og chips i stedet for mad, dokumenteret ved, at der sjældent spises aftensmad, og at der i stedet indtages 4-6 genstande og chips sammen med kolleger efter arbejde, samt at borgeren ikke lever op til anbefalet indtag om frugt, grønt, fuldkorn og kostfibre. Der er noget helt specifikt i forhold til anbefalet indtag og borgerens madvaner, som er relevant for os at arbejde videre med. Ud fra dette kan ernæringsintervention og ernæringsmonitorering og –evaluering besluttes.

### **Motion**

Her kan NCP bruges, fx ernæringsdiagnosen fysisk inaktivitet. Her skal vi også kende vores begrænsning, så vi henviser videre til en fysioterapeut eller et andet træningstilbud, hvis der er mere specifikt behov.

Redegørelse for ernæringsdiagnosen kan også gøres mere specifik i forhold til vores fagområde.

Eksempel: Excessivt energiindtag, relateret til inaktiv hverdag med stillesiddende arbejde og manglende overskud til fritidsaktiviteter, dokumenteret ved vægtøgning i forbindelse med jobskifte pga. skift til stillesiddende arbejde og ingen ændring i indtag, samt at borgeren fortæller, at alle aftener bruges foran tv'et i stedet for på motion pga. manglende overskud.

### **Vær specifik**

I alle dele af NCP handler det om at være så specifik som mulig. At lede efter den mest

grundlæggende årsag til ernæringsdiagnosen, at dokumentere så konkret som muligt, at ernæringsdiagnosen eksisterer. Hvis du vurderer, at der er et ernæringsrelateret problem, som DU kan bedre ved hjælp af undervisning og vejledning, så er det relevant at fortsætte med NCP.

### **Henvielse videre til andre**

Det er ikke alle borgere, som bliver henvist til en ernæringsprofessionel, der reelt har et ernæringsrelateret problem. Det kan også være, at årsagen til det ernæringsrelaterede problem ikke er noget, som den ernæringsprofessionelle kan løse, eller at det ikke er muligt at bedre symptomer.

Her er det vigtigt at give bolden videre til de relevante personer, som kan hjælpe, fx fysioterapeut, psykolog eller en helt tredje.

### **Flere kasketter**

Karin Lykke Iversen har beskrevet det på en rigtig fin måde. Hun siger, at man nok skal skelne mellem, hvornår man er diætist, og hvornår man er sundhedsprofessionel. Der er flere kasketter som sundhedskonsulent i en kommune, og klinisk diætist er bare en af dem.

### **Hvornår er det relevant at bruge NCP i livsstilssamtalen?**

Det er relevant at bruge NCP, når der er en ernæringsdiagnose. Når der er et problem, som den ernæringsprofessionelle er ansvarlig for at udbedre. Det kan også være i forhold til alkohol og motion, ikke kun i forhold til kost.

Tænk på, at NCP ikke kun er en måde at dokumentere på, men en metode som tvinger dine tanker og spørgsmål til at få den mest grundlæggende årsag til problemet frem. Det er uanset, om problemer omhandler Kost, Rygning, Alkohol eller Motion.



# “Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analyses of Health Survey for England data”.

Af Randi Tobberup, klinisk diætist, cand. scient i klinisk ernæring. randisvarstad@gmail.com

**Baggrund:** Tidligere kohortestudier har vist en sammenhæng mellem indtag af frugt og grønt og mortalitet. Kohortestudierne samlede data fra grupper af sundhedsfagligt personale og borgere, der på anden vis havde kontakt til sundhedssystemet (fx bloddonorer). Data fra sådanne særlige befolkningsgrupper er ikke nødvendigvis repræsentative for hele befolkningen, da det fx kan formodes, at sundhedsfagligt personale har en anden bevidsthed om sund levestil end den gennemsnitlige borger. En generalisering af dette datamateriale til den øvrige befolkning kan derfor være problematisk. Det aktuelle kohortestudie har samlet data fra en repræsentativ del af den engelske befolkning via “the Health Survey for England” (HSE).

**Metode:** HSE er en årlig national tværsnitsundersøgelse af den engelske befolkning, gennemført på tilfældigt udvalgte husstande i hele England. 65226 engelske voksne (35+ år), der deltog i HSE mellem 2001 til 2008, gav tilladelse til anvendelse af indsamlede data fra HSE til sammenligning med information vedrørende mortalitet. En interviewer besøgte deltagerne for at få information om demografiske og socioøkonomiske forhold, helbred og anden sundhedsrelevant adfærd. Deltagernes højde, vægt og talje blev målt,

og yderligere målte en sygeplejerske bl.a. blodtryk, tog blodprøve og noterede medicinforbrug. Detaljer om deltagernes indtag af frugt og grønt er siden 2001 indsamlet ved hjælp af registrering af den forudgående dags indtag (24H recall) og estimering af portionsstørrelser defineret af det engelske Department of Health (ca. 80g/portion). Disse data er analyseret sammen med information om mortalitet i deltagergruppen t.o.m. første kvartal i 2013.

Udfaldsmål er mortalitet fra all cause, cancer og hjertekarsygdom (CVD). Hassard ratio (HR) og 95 pct. konfidensinterval (CI) er kalkuleret ved Cox regression for antal daglige portioner frugt og grønt, og indtag af mindre én portion dagligt blev brugt som reference. Der er i de statistiske analyser korrigeret for alder, køn, rygning, samfundsøkonomisk klasse, uddannelse, BMI, fysisk aktivitet samt alkoholindtag. Sensitivitetsanalyser er udført ved 1) mortalitetstilfælde inden for de første år, 2) eksklusion af deltagere, der aldrig har været faste rygere, 3) subgruppeanalyse af deltagere fra 2007 og 2008, hvor information om fysisk aktivitet var tilgængelig.

**Resultat:** Gennemsnitlig opfølgingsperiode var 7,7 år (92 mdr.), og der blev registreret 4399 dødsfald (6,7pct.), hvoraf 1398 var pga. cancer og 1554 pga. CVD. Baseline data viste et gennemsnitligt indtag på 3,8 (±2,6) portioner frugt og grønt (F&G) dagligt, hvoraf 2,3 (± 2,0) portioner var frugt, og 1,5 (±1,2)

portioner var grøntsager. Der var ikke signifikant forskel på indtaget af frugt og grønt.

**All cause mortalitet** viste en stærk positiv association mellem indtag af F&G og overlevelse (se tabel 1). Der var signifikant større overlevelse blandt deltagere, der indtog 1-3 portioner F&G per dag, sammenlignet med referencegruppen (< 1 portion frugt og grønt dagligt) (HR 0,88 pct., CI: 0,80-0,95). Det fremgik, at der var et yderligere fald i mortalitet blandt deltagere, der indtog mere F&G (>3 portioner dagligt), og gruppen, der spiste 7+ portioner F&G, havde den laveste HR på 68 pct. (0,58 - 0,78). Sensitivitetsanalyser viste endnu større effekt ved eksklusion af dødsfald i det første år (indtag af 1-3 portioner F&G HR 0,86 pct., CI: 0,79-0,95 og 7+ portioner HR 0,58pct., CI: 0,46-0,71) og analyse af årene med information om fysisk aktivitet (indtag af 1-3 portioner F&G HR 0,83 pct., CI: 0,74-0,94 og 7+ portioner HR 0,55 pct., CI: 0,41-0,73). Derimod sås ingen yderligere gevinst ved indtag over 5 portioner F&G dagligt for sensitivitetsanalysen af aldrig faste rygere gruppen.

**Cancer mortalitet** viste ingen signifikant forskel mellem referencegruppen og indtag af F&G på 1-3 portioner. Indtag på 3-7 portioner viste en reduktion i mortalitet, men der var ingen yderligere gevinst ved indtag på 7+ portioner dagligt.

**CVD mortalitet** viste ingen signifikant forskel i mortalitet mellem gruppen med 1-3 portioner F&G og referencegruppen, mens

**Tabel 1 Association mellem indtag af frugt og grønt med all cause-, cancer- og CVD mortalitet**

	Portioner frugt og grøntsager indtaget den foregående dag HR (95 pct. CI)				
	0-1*	1-3	3-5	5-7	7+
All cause	1	0,88 (0,80-0,95)	0,76 (0,69-0,83)	0,70 (0,63-0,79)	0,67 (0,58-0,78)
Cancer	1	0,89 (0,76-1,04)	0,81 (0,69-0,95)	0,75 (0,62-0,91)	0,75 (0,59-0,96)
CVD	1	0,91 (0,78-1,05)	0,82 (0,70-0,95)	0,80 (0,66-0,96)	0,69 (0,53-0,88)

\*referencegruppen.

det fremgik, at mortaliteten faldt blandt deltagere, der indtog >3 portioner dagligt. Ved stigende indtag sås der faldende mortalitet, og der var størst gevinst ved indtag af 7+ portioner.

Der var signifikant forskel på effekt ved specificering af frugt- og grøntsagstyper og all cause mortalitet. Portioner grøntsager (HR per portion 0,84 pct. (0,81-0,88)), salat (HR 0,86 pct. (0,81-0,91)), frisk frugt (HR 0,94 pct. (0,93-0,96)) og tørrede frugter (HR 0,88 pct. (0,81-0,95)) viste signifikant negativ association med mortalitet. Derimod viste indtag af frosne eller hermetiske frugter en signifikant højere risiko for all cause mortalitet (HR 1,17 pct.(1,07-1,28)).

Grøntsager havde, sammenlignet med frugt, en større effekt på lavere risiko for all cause mortalitet. Et lavt indtag grøntsager (1-3 portioner grøntsager HR 0,85 pct.) gav samme fald i mortalitet som indtag af 3-4 portioner frugt (HR 0,84 pct.), og 3+ portioner grøntsager viste den laveste mortalitet (HR på 0,68 pct.). Der var tilsyneladende ingen yderligere gevinst ved indtag på mere end 3 portioner frugt (4+ portioner frugt HR 0,85 pct.). Hvorvidt der er et mætningspunkt ved højere indtag af grøntsager er uvist, da der ikke er data om indtag >3 portioner grønt dagligt.

**Begrænsninger og styrker:** Dette er det første engelske studie, hvor sammenhængen mellem indtag af frugt og grønt undersøges på en repræsentativ del af befolkningen, og ikke blot på grupper, der begrænser sig til afgrænsede geografiske områder eller arbejdstilholdsforhold. Det største forbehold er i forhold til indsamling af oplysninger om deltagernes indtag af frugt og grønt, som er baseret på selvrapportering af én enkelt dags indtag. Begge forhold kan bidrage til bias og systematiske fejl, da det kan være svært at huske, eller der kan fx være et ønske om at efterleve anbefalingerne for frugt og grønt.

Sammenligning mellem HSE og "UK National Diet and Nutrition Survey", der samler flere detaljer om englændernes kostvaner, viste at indtaget af frugt og grønt i HSE var i den lavere ende af englændernes kostvaner, hvilket kunne tyde på, at der ikke er sket overrapportering heraf. Der er ikke taget højde for andre kostrelaterede forhold (fx energiindtag, salt- og fedtmængde eller -kvalitet), som potentielt kunne konfundere resultaterne. Manglende justering af totalt energiindtag kan give information om indtag af frugt og grønt, uden at anden mad nødvendigvis er reduceret.

Dette er et kohortestudie, og derfor kan der ikke herudfra drages konklusion om kausale sammenhænge. Indtag af frugt og grønt på den enkelte dag er altså ikke nødvendigvis repræsentativt for deltagernes habituelle indtag, tidligere indtag eller fremtidigt indtag, og ændringer heraf er ikke nødvendigvis

ensbetydende med ændring af mortalitetsrisikoen.

**Konklusion:** Indtag af frugt og grønt er negativt associeret med all cause, cancer og CVD mortalitet i den nationalt repræsentative engelske befolkning. Et indtag på 3+ portioner frugt og grønt dagligt var nødvendigt i forhold til at opnå en reduktion i mortalitet ved CVD og cancer, mens all cause mortalitet er reduceret fra første portion frugt og grønt. Deltagere, der spiste over 7 portioner frugt og grønt dagligt, havde lavest risiko fra all cause og CVD mortalitet, mens cancer mortalitet viste et plateau efter indtag af 5-7 portioner. Indtag af grøntsager viser en større positiv effekt end tilsvarende mængde frugt, hvorfor der kan være en større gevinst ved at fokusere på øget indtag af grøntsager.

## Vi står bag, når du vælger fuldkorn først

Fuldkornspartnerskabet består af 34 partnere, som arbejder sammen om at forbedre folkesundheden ved at få danskerne til at spise mere fuldkorn. Fuldkorn er et af de officielle kostråd, og dét er der mange gode grunde til. For med fuldkorn får man det hele med. Også kimen og skaldelene hvor mange af vitaminerne, mineralerne og fibrene findes.

Selvom danskerne spiser mere og mere fuldkorn, så er der stadig et stykke vej til de anbefalede 75 gram om dagen. Derfor arbejder Fuldkornspartnerskabet konstant på at få budskab og produkter endnu mere udbredt - så endnu flere vælger fuldkorn først. Kig efter logoet, når du handler.



[www.fuldkorn.dk](http://www.fuldkorn.dk)

FØDEVARESTYRELSEN, DIABETESFORENINGEN, FORENINGEN AF KLINISKE DIÆTISTER, HJERTEFORENINGEN, KRÆFTENS BEKÆMPELSE, BAGER- OG KONDITORMESTRE I DANMARK, BARILLA DANMARK A/S, CASA ITALIA A/S, COOP DANMARK A/S, CREDIN A/S, CREDIN BAGERIPARTNER A/S, DANSK SUPERMARKED, DI FØDEVARER, DLG FOOD GRAIN, EASYFOOD A/S, FOOD SOLUTIONS APS, HARRY BROT GMBH, KOHBERG BAKERY GROUP A/S, LANTMÄNNEN CERELIA A/S, LANTMÄNNEN SCHULSTAD A/S, LANTMÄNNEN UNIBAKE DENMARK A/S, LEKSANDS KNÄCKEBRÖD AB, MAX KRÖNE, NESTLÉ DANMARK A/S, NORDIC BAKE OFF, ORKLA FOODS DANMARK A/S, PÅGEN DANMARK, Q8 DANMARK A/S, QUAKER OATS, REMA1000 A/S, SKÆRTOFT MØLLE A/S, STATOIL FUEL & RETAIL A/S, VÅLSEMØLLEN A/S & VIDENCENTRET FOR LANDBRUG.

Vidste du, at

FaKDs bestyrelse skriver blogs om deres arbejde i FaKD

**NYHED til de  
patienter, der ønsker  
ernæringsdrikke med  
tykkere konsistens**

# Fresubin® thickened Stage 1 og Stage 2

**Når konsistens har betydning...**

- ▶ Fås i 2 forskellige konsistenser
  - Stage 1 er som frugtnektar
  - Stage 2 er som flydende honning
- ▶ Hver konsistens findes i to smagsvarianter
  - Skovjordsbær
  - Vanille
- ▶ Hver flaske à 200 ml indeholder:
  - 300 kcal/1260 kJ
  - 20 g protein (27 E%)
  - 13,4 g fedt
  - 12 g kulhydrater
  - 1-1,4 g fibre



Stage 1



Stage 2

Fresenius Kabi  
Telefon 3318 1600  
Kundeservice 3318 1616  
[www.fresenius-kabi.dk](http://www.fresenius-kabi.dk)



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life



## Low FODMAP Diet 2 – basiskøkkenet

### Efterfølgeren til bestselleren "Low FODMAP Diet – giver ro i maven"

Bogen er anmeldt af klinisk diætist,  
Charlotte Humble Andersen,  
charlotte.humble.andersen@regionh.dk

Så kom bog nummer 2 om low fodmap diet. Bogens formål er en praktisk tilgang til diæten, madplaner til både vægtøgning, vægttab og vægtvedligeholdelse samt endnu flere opskrifter. Målet med bogen er, at kendskabet udbredes til flere fagfolk, og at hjælpe endnu flere patienter med IBS i håndtering af diæten.

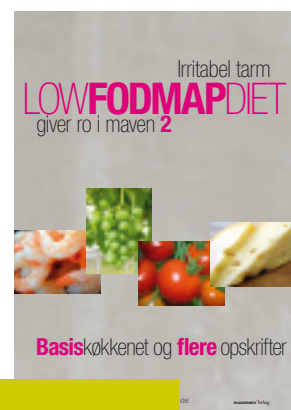
Bogen har ligesom lowfodmapdiet nummer 1 en kort introduktion til diæten og typer af kulhydrater, som diæten udelukker. Her er det værd at fremhæve, at bogen har et afsnit om, at diæten ikke er til cøliakipatienter, og om hvordan disse diæter adskiller sig. Det betyder, at der er fødevarer, som man godt kan spise på en lowfodmap diæt, men som ikke er egnet for cøliakipatienter. Altså er lowfodmap ikke ensbetydende med glutenfri.

Næste afsnit omhandler basiskøkkenet, hvor flere fødevarer, der kan anvendes på diæten, er illustreret ved billeder, hvilket er en stor hjælp for patienter, som skal følge diæten. Også afsnittet om varedeklarationer og fiberindholdet er fantastisk illustrativt. Varedeklarationerne er illustreret, så man kan

se, hvor der fx kan skjule sig ingredienser, der ikke er tilladt på diæten. Det næsten vigtigste afsnit i bogen omhandler, hvorfor diæten ikke virker i nogen tilfælde, og giver en forklaring og svar på spørgsmålet om, hvad der kan være årsagen.

Jeg har svært ved helt at forstå afsnittet om vægtøgning, tab og vedligeholdelse, da diæten er designet til at overholdes stramt i 6-8 uger, hvor især vægttab bør kunne ventes. Man har vurderet, at for at bevare vægten skal en kvinde have 8400 kJ og en mand 10500 KJ. Det er selvfølgelig afhængigt af alder og aktivitetsniveau. For vægttab er der lavet en plan på 6300 kJ for kvinder og 8400 kJ for mænd. For vægtøgning er der lavet en plan på 12000 kJ for kvinder og 13440 kJ for mænd, men det er igen afhængigt af alder og aktivitetsniveau. Det kan diskuteres, om så høje energitrin er nødvendigt for vægtøgning, da det formodes, at der er tale om en person med lav vægt som udgangspunkt. Opskrifterne er gode, men efter at have afprøvet en del af dem, må man konstatere, at det ikke er en billig fornøjelse at være på fodmapdiæten og spise varieret samtidig. Opskrifterne er delt op i syv kategorier, bl.a. forskellige salater, hovedretter som kødboller i tomatsovs, brød, boller, drikke og noget til den søde tand. Opskrifterne er letlæselige og nemme at lave, hvis man kan lide at lave

mad. Afhængig af hvordan man levede, før man startede på diæten, kan der være mange nye ingredienser, der skal købes, og man skal bruge længere tid på at lave mad. I min familie prøvede vi kyllingesalat, kødboller i tomatsovs, ovnbagt kartoffelmos med skinke, kartoffelrøsti og krydderkegler. Kartoffelmosen var et sikkert hit hos børnene, og kødbollerne var en god ny måde at lave kødboller på, som vi vil fortsætte med, men ellers ender vi nok tilbage i vores gamle vaner. Bogen er alt i alt en rigtig god bog til patienterne, som supplement til en diætetisk vejledning.



#### Forfattere:

Stine Junge Albrechtsen, Mette Borre, Lisbeth Jensen, Marianna Lundsteen Jacobsen og Cæcilie Gamsgaard Seidel

Sider: 319

Forlag: Muusmann Forlag, 2014

Pris: 299,95

Husk at du får 15pct. rabat ved køb direkte fra forlaget. Brug rabatkoden "Diætist".



## FaKD deltog ved Nøglehuls Kick-off af kampagnen "Herrefed", uge 18-20.

Der var repræsentanter fra mange af partnerskabets samarbejdspartnere, og dagen bød på frokost med Fødevareminister Dan Jørgensen. Der blev talt om partnerskabets medlemmer og de mange forskellige indsatser, de alle bidrager med i forhold til at gøre Nøglehullets 4. Forbrugerkampagne: "Herrefed" succesfuld.

Under frokosten blev der minglet og udvekslet erfaringer. Der blev drøftet kommende indsatsområder og mulige samarbejder også blandt partnerskabets medlemmer internt.

Flere af parterne har FaKD allerede samarbejde med fx Metropul, Fuldkornspartnerskabet, Hjerteforeningen, Fødevarestyrelsen, DTU, Selskab for mænds sundhed, Arla Foods og Kost- og Ernæringsforbundet samt begyndende samarbejde med Reitan Convenience Denmark og Far's Køkkenskole - for blot at nævne nogle af de fremmødte.



## ”Det gode helbred – spis sundt og forebyg kræft” – ny og anderledes kogebog fra Kræftens Bekæmpelse.

*Bogen er anmeldt af klinisk diætist,  
Margit Vesterlund*

I junglen af utallige kogebøger med mere eller mindre gode råd og selvbestaltede diæter er det skønt at sidde med bogen: ”Det gode helbred – spis sundt og forebyg kræft”. På en lettilgængelig og troværdig måde gennemgås først, hvilken viden, der i dag findes om kost og kræft - både set i forhold til forebyggelse og risiko. Der er ingen løftede pegefingre og ingen fanatisk frelsthed, alt kan indgå i en sund kost - ind i mellem! Denne tilgang ses også tydeligt i anden del af bogen, hvor kokken Jens Jepsen fra Kræftens Bekæmpelses egen kantine giver masser af inspiration til nye spændende opskrifter, flot illustreret med appetitvækkende billeder. Det nordiske islæt er tydeligt i valg af ingredienser. Der er endvidere mange gode forslag til kombinationsmuligheder retterne imellem. Jeg vil dog vælge en større mængde af

et mere magert mejeriprodukt end ½ dl. creme fraiche til dressing beregnet til 4 personer.

Det er dejligt, at de bedste råd om kost i forhold til forebyggelse af kræft er samlet og sat op, så de umiddelbart kan sammenholdes med de officielle kostråd. Sammenligningen viser tydeligt, at der ikke rådes til en særlig diæt, men en kost fuld af frugt og grønt og fuldkorn med opmærksomhed på mængden af (forarbejdet) rødt kød og alkohol.

I afsnittet om mejeriprodukter konkluderes, at der ikke er sammenhæng mellem indtag af disse og udvikling af kræft. Jeg er dog lidt skeptisk ved forfatterens efterfølgende kommentar om, at hvis man alligevel fravælger mejeriprodukter, så kræver det kun lidt omtanke at få sit calciumbehov dækket.

Jeg kan varmt anbefale bogen til alle, der gerne vil spise sundt og have inspiration til nye retter.

**Forfattere:**

Anne Tjønneland og  
Anja Olsen.

**Forlag:** Politikens forlag.

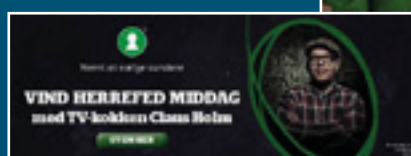
**Antal sider:** 199

**Pris:** Kr. 250,00



FaKD glæder sig til det fortsatte arbejde og til at være med til at udbrede kendskabet til Nøglehullet og hjælpe ikke mindst mænd med sundere madvalg, også på farten.

Læs mere på Nøglehullets hjemmeside, deltag i Forbrugerkonkurrencen og stem, prøv de mange fantastiske opskrifter udarbejdet af kok Claus Holm, se de 5 sjove videoer, hvor Claus Holm arbejder på at få mænd til at vælge sundt m.m.





# Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde



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



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

Tlf. 3637 9142 - Fax 3637 9289  
E-mail: [ernaering@mediqdanmark.dk](mailto:ernaering@mediqdanmark.dk)

Få mere viden om produkter på vores hjemmeside  
**[mediqdanmark.dk](http://mediqdanmark.dk)**.

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

... når viden er vigtig

# Min diætistdag

*Af Stine Kjær, diætist på Frederiksberg Hospital og primært beskæftiget med vejledning af ambulante såvel som indlagte patienter indenfor specialerne geriatri og diabetes.*

**06.00** Vågner ved, at nogen hiver mig i næsen. Slår øjnene op og ser vores 1½ årige søns meget store øjne og drilske grin. Kort efter kommer vores 3-årige datter også ind i soveværelset, og så bliver der hoppet og grinet i sengen. Kortvarigt, bevares, for så er tålmodigheden dampet af ungerne, og de forlanger morgenmad. Nu. Og jeg kan jo ikke andet end at være forstående overfor vigtigheden af mad.

**08.00** Jeg indfinder mig på mit kontor, som jeg deler med min fantastiske kollega. Første time er telefontid, hvor vores patienter kan ringe ind med spørgsmål og/eller booke tid. Der er også tid til at få læst på dagens patienter og få indtaget dagens første kop kaffe. Eller to.

**09.00** Første patient er en 92-årig dame i ernæringsterapi, jeg har set nogle gange. Hun plejer at cykle til samtale, men ikke i dag pga. regn, hvilket ærgrer hende. Hun har tabt sig. Kan ikke finde overskud til at spise eller drikke, og vi taler endnu engang om, hvordan det er at blive gammel, mens alle de nære falder fra. Hun har børn, der er søde til at besøge hende, "men det er ikke det samme som at tale med nogen, der har kendt en gennem hele livet". Jeg sidder overfor den nok mest friske 92-årige, jeg nogensinde har mødt, men jeg ser også, hvordan ensomheden fylder mere og mere for hende. Og det er denne ensomhed, som er afgørende grund til appetitløshed og vægttab. Dét kan jeg ikke fixe, men jeg kan lytte til hendes ord, og jeg kan hjælpe hende med at forstå, hvorfor ernæring er afgørende for hendes humør og funktionsevne. Det er ikke så tit, jeg møder 92-årige, der har et så godt fysisk og mentalt funktionsniveau som hende, men hun synes selv, at det går meget ned ad bakke. Jeg

bruger denne bekymring til at få hende til at drikke ernæringsdrikke – og endda selv lave nogle.

**09.30** Næste patient skal jeg kontakte telefonisk. Det er en patient med rygsmerter og svær fedme, som ikke har mod på at møde mig personligt endnu. Vi har talt sammen en del gange i telefonen, og han har et dybtfølt ønske om at komme ned i vægt, men også, hvad han selv kalder, et afhængighedsforhold til mad – især sukker. Dette på trods har han formået at holde sig stringent til en hypokalorisk diæt og fortæller, at han har tabt sig i livvidde. Han roses meget, og vi taler om nødvendigheden af træning for hans vægttabsforløb og for smerterne. Succesen over at være kommet godt i gang med kostmægning og total sukkerafholdenhed får ham til at foreslå at møde op personligt til næste opfølgning – en sejr i sig selv.

**10.00** Denne patient har jeg set en enkelt gang. Han er henvist som led i hjerterehabilitering, men da jeg møder ham, viser det sig, at pt. er underernæret og har et alkoholmisbrug. Hans korttidshukommelse er svækket, og han lader sig let forvirre, så det kræver sit at holde fokus i samtalen. Det er lykkedes for patienten at indtage 4 ernæringsdrikke dagligt siden sidste samtale, men maden kniber det fortsat med. Vi taler om mange af hans psykologiske problemstillinger, og jeg opfordrer ham kraftigt til at opsøge egen læge mhp. psykologhenvielse, så han kan få redskaber til at håndtere sin situation. Han havde selv gjort sig samme tanker, så nu håber jeg virkelig, det lykkes – og at det kan hjælpe.

**10.30** Det var meningen, at jeg skulle se denne type1-diabetiker sammen med en sygeplejerske. Et nyt tiltag, vi er begyndt på, for at tilbyde patienten bedst mulig vejledning. Men der er sket en fejl, så jeg ser ham alene. Han har skrevet madindtag og blodsukker værdier ned, og det er tydeligt, at hans blodsukker er blevet meget mere stabilt, men at han fortsat er usikker på kulhydrattælling.

Han vejledes derfor i kulhydrattælling ud fra spisedagbogen.

**11.00** Jeg skal se denne type 1- diabetiker for første gang, men han dukker aldrig op. Jeg har lige været på ferie, så jeg udnytter tiden til at svare på mails og selvfølgelig få skrevet journalnotater. Og så skal vores nye bioimpedansmåler testes.

**12.30** Frokost. Jeg spiser sammen med kollegerne i medicinsk ambulatorium og får snakket om stort og småt.

**13.00** Sidste patient for i dag er en type 1 - diabetiker, der kommer med henblik på kulhydrattælling. Hun medbringer arbejdsrapport med blodsukermålinger, kostindtag og insulinforbrug, og det står klart, at hendes langtidsvirkende insulin ikke er justeret godt nok ind. Vi prøver forgæves at få fat på en sygeplejerske, der ville kunne hjælpe hermed, så i stedet må jeg opfordre hende til at ringe ind i telefontiden. I sådan en situation er det tydeligt, hvor nødvendigt det tværfaglige samarbejde er.

**14.00** Jeg takker af for i dag og styrer mod ungernes institution. Men de er ikke klar til at komme hjem. Der skal hoppes og klatres, og jeg tager mig god tid. Resten af dagen skal bruges sammen i familien. Min mand har skiftende arbejdstider, så det hele føles sjovere og lettere, når vi er samlet alle sammen.



# Enighed med Region Syddanmark – alle har ret til en lønsamtale med lederen

Af advokat Henrik Karl Nielsen, [hkn@diaetist.dk](mailto:hkn@diaetist.dk)

Det kan lyde banalt. Men nu har vi det på skrift i en lønsag fra en af regionerne. Din løn udvikler sig ikke hemmeligt. Du har indflydelse på den. Tre afdelingsledelser under Region Syddanmark, hvor FaKD har bedt om lønforhandling, har selv foreslået, at alle har ret til en lønsamtale med deres leder. Og det kan vi naturligvis tilslutte os.

Medlemmer ringer løbende til os om løn. Vi hører om oplevelser af manglende indflydelse, ukendskab til frister for at søge om tillæg, og årelang lønstilstand. Siden 2012 er vi gået mere målrettet ind i udvalgte enkeltsager for at afdække, om de ernæringsprofessionelle virkelig helt forbigås, når de fordeles tillæg. Indtil nu har vi set et noget "grumset" billede. Men vi har – heldigvis da – ikke fundet dokumentation for, at hele faggrupper systematisk forbigås år for år, når der fordeles tillæg.

## Hvorfor har medlemmerne så den oplevelse?

Som billedet tegner sig, er den forfærdelige realitet, at der stort set ikke er penge i de offentlige budgetter til tillæg – hverken til de ernæringsfaglige eller andre. Og når der ikke er penge, er der i sagens natur heller ikke penge til, at alle kan få tillæg. Og er man en af de heldige, der så får et tillæg, er det ofte i en størrelsesorden, hvor det ikke opleves som en lønfremgang.

Vi har i flere år appelleret til, at FaKD-medlemmer selv skærper deres egen fokus på lønnen. Løn skal op allerede ved ansættelsessamtalen. Den skal op, inden du påtager dig nye funktioner på din arbejdsplads. Og du skal tage den op ved MUS-samtalen. Et er nemlig sikkert: Hvis du ikke selv maser på for at få fokus på lønnen, kommer der ikke fokus på lønnen. Så simpelt er det.

Ofte hører vi medlemmer fortælle, at deres ønsker om en drøftelse af løn fejles af med snart det ene og snart det andet argument. Den røde tråd er desværre, at lønnen gemmes til senere, eller at emnet "løn" slet og ret fejles ind under gulvtæppet.

Nu har en FaKD-henvendelse så resulteret i, at 3 arbejdspladser selv har foreslået, at der ligefrem er ret til en lønsamtale.

En lønsamtale giver ikke i sig selv lønforhøjelse. Men hvis man aldrig taler løn med sin leder, får man heller ikke noget. Nu er muligheden for at få emnet på bordet. Tag det op. Det er dit arbejde og din arbejdsplads.

Og du kan naturligvis altid ringe eller maile til FaKD, så vi kan klæde dig bedst muligt på til samtalen.

## Vidste du det...?

**Som medlem af FaKD kan du få rådgivning fra foreningens advokat.**

**Som ansat kan du med fordel få**

- gennemgået din ansættelseskontrakt, før du skriver under
- råd og sparring før din jobsamtale
- vejledning om hvordan du søger væk, hvis lønnen er for lav
- vejledning om andre forhold under din ansættelse

Du kan også som privatpraktiserende få vejledning. Og spørger du til noget, der ikke har med advokaten at gøre, får du hjælp til at finde frem til rette rådgiver.





## Bestyrelsesmøder

Bestyrelsesmøder finder sted den 11. juni, 20. august, 3. oktober og 13. november.

Hvis du har en forespørgsel, som du ønsker behandlet på et bestyrelsesmøde, skal dette sendes til [sw@diaetist.dk](mailto:sw@diaetist.dk) senest 3 uger inden mødedato.

FaKDs bestyrelse deltager i Folkemødet på Bornholm d. 12-15. juni 2014.

**Læs mere om deltagelsen i næste udgave af Diætisten og på hjemmesiden.**



## Opdateret hjemmeside

Har du været på hjemmesiden for nylig?

Den har nu fået en grundig gennemgang, og både kalender, arrangementer og litteratur er nu opdateret og tilgængelig for alle medlemmer.

### Kom på hjemmesiden

Er du blevet citeret i en artikel, eller har du selv skrevet noget? Send det til [webmaster@diaetist.dk](mailto:webmaster@diaetist.dk), så lægger vi det på hjemmesiden til glæde for alle.

## NCP på hjemmesiden og online

Har du spørgsmål omkring NCP, eller hvordan du kan bruge det i din praksis? Log ind på hjemmesiden - vælg dialog & netværk - FaKD netværk - NCP. Her er der mulighed for at stille spørgsmål til vores NCP ansvarlige.

**NCP er nu tilgængeligt online! Find et link til den amerikanske hjemmeside og de uanede mængder af information, som gør din praksis med NCP lidt lettere.**

## Sæt kryds



### Årsmøde og Generalforsamling 2014.

**Fredag d. 31. oktober i Odense.** Du får et fagligt program, som fortsættes med generalforsamling og afsluttes med middag for alle deltagere.



# HUSK

- at indstille kandidater til "årets medlem" og "årets studerende". Der er deadline d. 1. oktober, hvor navne på kandidater og beskrivelse af, hvorfor denne person skal have prisen, skal være modtaget. Send din indstilling til [post@diaetist.dk](mailto:post@diaetist.dk) og skriv "årets medlem" eller "årets studerende" i emnefeltet.

## ERFA-grupper

Er du med i en ERFA-gruppe? FaKD samler information til hjemmesiden om ERFA grupperne. Både så de nye inden for specialerne kan finde ligesindede til faglig sparring og så vi har eksperter inden for hvert område, som kan kontaktes, når der er behov for specifik viden.

**Skriv til [webmaster@diaetist.dk](mailto:webmaster@diaetist.dk) hvis du er kontaktperson i en ERFA gruppe.**

## FaKD



## GO SOCIAL!

Ny og opdateret hjemmeside, og FaKD på Facebook, Twitter & LinkedIn. Følg os, og vær opdateret.

**Tjek også hjemmesidens mulighed for debat og klummeskriveri.**

## Vind en overraskelse!

Der er oprettet en ny fane for familien Danmark, som ønsker at vide mere om ernæring. Indtil videre har vi kaldt den "kostvejledning", men vi har brug for et bedre navn. Kan du finde på et, så modtager du en lille overraskelse med posten.

# LÆSERBREV

**Det er trist, at nogen ønsker at dø, fordi deres liv på grund af kræft er blevet så ubærligt. Jane Aamunds råb om hjælp giver anledning til at gøre opmærksom på de senfølger, som mund- og halscancerpatienter lider under. Man er erklæret "rask", men senfølgerne er mangeårige og invaliderende. Der udleveres ikke en "køreplan" for det videre forløb efter udskrivning. Eksempelvis har mange patienter spiseproblemer resten af deres liv. Tandbehandling, diætist og ergoterapi, psykolog m.v. kan være en økonomisk byrde, som mange patienter ikke har råd til. Jane Aamund har selv gjort opmærksom på de store summer, hun har måttet ofre af egen lomme, bare på tandbehandling. Ikke alle har den mulighed.**

Især er det problemer med at spise noget, der har fået et af vores medlemmer til at sige: "bliv rask, men dø af sult". I Danmark er der til enhver tid ca. 10.000 "rask"-meldte hovedhalscancerpatienter. Men årene efter udskrivning fra hospital kan være et helvede i kortere eller længere tid - i værste tilfælde resten af livet. Jane Aamund blev opereret for halscancer for ca. 15 år siden. Og som nævnt er der ingen "køreplan" for at gøre overlevelsen til også at være et liv med livskvalitet.

Henvielse til klinisk diætist fra egen praktiserende læge findes ikke. Kun som medlem af sygeforsikringen "danmark" kan der årligt ydes tilskud à 200 kr. per konsultation, i alt kun 800 kr. Ved fire konsultationer på et år er egenbetalingen sådan ca. 1600 kr. Hertil kommer måske tilsvarende for ergo-/fysioterapi og psykologhjælp, for ikke at tale om medicin og meget kostbare tandbehandlinger. Det er ikke alle beskåret at klare den situation. Måtte det lykkes for Foreningen af Kliniske Diætister at opnå tilskud til diætist-hjælp til støtte for alle patienter ramt af disse senfølger.

Med venlig hilsen

Jette Balslev, formand, Foreningen Hovedhalscancer.dk  
[www.hovedhalscancer.dk](http://www.hovedhalscancer.dk) / [hovedhalscancer@gmail.com](mailto:hovedhalscancer@gmail.com)



# KALENDER '14

**Hold dig opdateret**  
på arrangementer  
og kongresser på  
[www.diaetist.dk/viden/](http://www.diaetist.dk/viden/)

## 11. juni

Fresenius Kabi holder temadag for kliniske diætister i Danmark.  
Yderligere information om kurset: Kontakt produktionschef Pia Heick eller produktchef Marlene van Hauen.  
Se også <http://www.fresenius-kabi.dk/Fresenius-Kabi/Nyhedsarkiv/News-archive-DK/Temadag-for-kliniskediater-11-juni-2014/>

## 26.-29. august

Nordisk Folkesundhedskonference  
Trondheim er værtsby for den 11. nordiske folkesundhedskonference. Temaet er "Samfundsudvikling for sundhed og trivsel i Norden", og Sundhedsstyrelsen er som altid med til at arrangere konferencen sammen med sundhedsmyndighederne i de øvrige nordiske lande.

Der er nu åben for tilmelding, som foregår via konferencens hjemmeside.  
Konferencen tilbyder et spændende program, som giver mulighed for at høre oplæg fra nogle af de bedste nordiske og internationale eksperter i folkesundhed.  
Se mere på [www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/doku.php](http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/doku.php)

## 27. august

Initiativ møde om den nationale kliniske retningslinje for KOL rehabilitering.  
Arrangører: Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) og Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD).  
Tid og Sted: Onsdag 27.8 kl. 16-18.30 i København, Professionshøjskolen Metropol.  
Se mere på [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk)

## 6.-9. september

ESPEN congress 2014 i Geneva, Schweiz.  
Registrering og program på [www.espen.org/geneva-2014](http://www.espen.org/geneva-2014)

## 8. -12. oktober

25th EFAD General Meeting & 8th EFAD/DIETS Conference. Athens, Greece  
For program, abstracts og registrering, se mere på <http://www.efadconference.com/en/>

## 24. oktober

National Fuldkornsdag

## 28. oktober

Temadag for Hjerteforeningens faglige netværk for diætister, der arbejder med hjertekarpatienter.

## FaKD arrangementer

se mere på <http://www.diaetist.dk/viden/fakd-arrangementer/>

### 4. juni

FODMAP kursus del 1

### 12.-15. juni

Folkemøde på Bornholm. FaKD's bestyrelse deltager

### 3. september

FODMAP kursus del 2

### 1. oktober

Kursus om ernæring til den intensive patient (se mere på hjemmesiden)

### 6. november

FODMAP kursus del 3

## BESTYRELSEN

Formand Sofie Wendelboe.  
E-mail: [sw@diaetist.dk](mailto:sw@diaetist.dk).  
Næstformand Mette Pedersen.  
E-mail: [mp@diaetist.dk](mailto:mp@diaetist.dk).  
Kasserer Helle Ronneby.  
E-mail: [hr@diaetist.dk](mailto:hr@diaetist.dk).

## Øvrige medlemmer

Dorthe Wiuf Nielsen  
E-mail [dwn@diaetist.dk](mailto:dwn@diaetist.dk).  
Margit Oien Nielsen.  
E-mail: [mon@diaetist.dk](mailto:mon@diaetist.dk).  
Maja Rand.  
E-mail: [mr@diaetist.dk](mailto:mr@diaetist.dk)  
Lilja Snorradottir.  
E-mail: [ls@diaetist.dk](mailto:ls@diaetist.dk).

## REGIONSFORMÆND

### REGION HOVEDSTADEN

Dorthe Wiuf Nielsen.  
E-mail [dwn@diaetist.dk](mailto:dwn@diaetist.dk)

### REGION SJÆLLAND

Johnna Bork Christensen  
E-mail: [jbc@regionsjaelland.dk](mailto:jbc@regionsjaelland.dk)

### REGION SYDDANMARK

Caroline Kiilerich.  
E-mail: [caki@haderslev.dk](mailto:caki@haderslev.dk)

### REGION MIDTJYLLAND

Line Rosgaard Dongsgaard.  
E-mail: [Irk.30@hotmail.com](mailto:Irk.30@hotmail.com)

### REGION NORDJYLLAND

Mette Poulsen  
E-mail: [mettepoulsen@yahoo.dk](mailto:mettepoulsen@yahoo.dk)

## REDAKTIONSUDVALG

Anne Ravn  
Nina Markholt  
Stine Kjær  
Margit Vesterlund  
Dorte Sunke  
Sofie Wendelboe

Kan kontaktes via [redaktoer@diaetist.dk](mailto:redaktoer@diaetist.dk)

# Dit råd kan blive det vigtigste under hele forløbet

Forebyggelse af underernæring blandt kræftpatienter gør en positiv forskel<sup>1</sup>

Fødevarer til særlige medicinske formål skal anvendes under lægeligt tilsyn

**14.4** g protein / 100 ml

Nutridrink Compact Protein er den medicinske ernæringsdrik på markedet med mest protein pr. ml.

**125** ml

Kompakt størrelse med 300 kcal pr. flaske.

**4** smagsvarianter

Findes i smart "startpakke" med 4 forskellige smagsvarianter.



Kræftpatienter i behandlingsforløb har ofte øget behov for energi og protein.<sup>2</sup> På grund af fysiske og psykiske komplikationer relateret til sygdommen, kan det være svært at dække behovet med almindelig kost. Derfor kan medicinske ernæringsdrikke være et godt supplement.

Nutridrink Compact Protein er den medicinske ernæringsdrik med det højeste indhold af protein pr. ml.

Nutridrink Compact Protein er suppleret med essentielle vitaminer og mineraler og findes i flere smagsvarianter.

**Hjælp til at bevare styrken igennem behandlingen**

1. Lundholm K, Daneryd P, Boseaus I et al. Palliative intervention in addition to cyclooxygenases and erythropoietin treatment for patients with malignant disease: effects on survival, metabolism and function. Cancer 2004, 100:1967-77.  
2. Arends J et al: ESPEN Guidelines on Enteral nutrition. Non-surgical oncology Clin Nutr, 2006; 25(-); 245-249