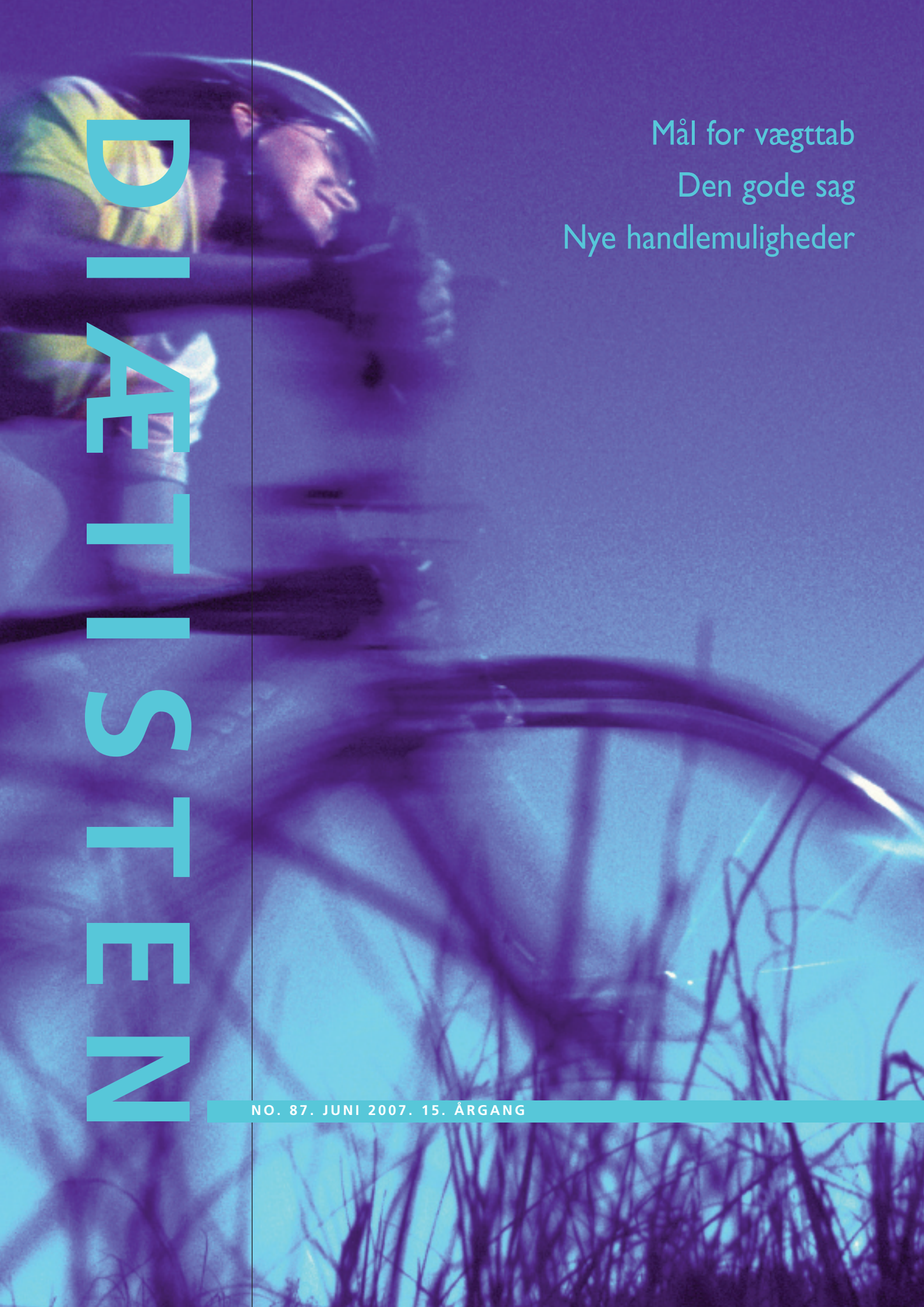


A photograph of a construction worker in a yellow shirt and safety glasses, working with a tool. In the foreground, there is a large wheel and some rebar. The image has a blue tint.

DIÆTISTEN

Mål for vægttab

Den gode sag

Nye handlemuligheder

NO. 87. JUNI 2007. 15. ÅRGANG

SEKRETARIAT

Foreningen af Kliniske Diætister
Emdrupvej 28A
2100 København Ø.
Tlf.: 33 32 00 39

Mandag - torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15

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

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Jonna Winther
E-mail: jonnawinther@roendesnet.dk

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
E-mail: gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 88 1. juli 2007
(udkommer august 2007)

Indlæg og annoncer sendes til sekreta-
riatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

BESTYRELSEN

FORMAND
Ginny Rhodes
Viggo Røthes Vej 23
2920 Charlottenlund
Mobil 20 73 61 10
Mail: gr@diaetist.dk

NÆSTFORMAND

Anne Marie Beck
Frødings Allé 13, 1
2860 Soborg
Tlf: 33 11 69 62
E-mail: amb@diaetist.dk

KASSERER

Lone Bjerregaard
Louisegade 17, 2.th.
9000 Aalborg
Tlf: 98 12 44 06
E-mail: ljb@diaetist.dk

ØVRIGE MEDLEMMER:

Dorthe Wiuf Nielsen
Sjællandsgade 45, 3.tv.
2200 København N
Tlf: 35 35 34 17
E-mail: dwn@diaetist.dk

Heldi Dreist
Hybenvej 13
4700 Næstved
Tlf: 55 77 14 49
E-mail: hd@diaetist.dk

Helene Andresen
Farverhus 71
6200 Åbenrå
Tlf: 74 52 42 09
E-mail: ha@diaetist.dk

Line Rosgaard
Frederikssundsvej 145, 02.tv
2700 Brønshøj
Tlf: 30 29 74 57
E-mail: lrl@diaetist.dk

SUPPLEANTER:

Camilla Onsberg Storm
Gl. Lyngvej 29
3450 Allerød
Tlf: 43 17 43 17
E-mail: cos@diaetist.dk

Dokumentation

Hvor er dokumentation et irriterende ord. Det bliver ikke meget bedre af, at man tager verbal-formen: At dokumentere. Noget vi diætister er påbudt ved lov, men alligevel lidt af en varm kartoffel at håndtere i mange sammenhænge.

For lige at tage det lovgivningsmæssige aspekt: Lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, kapitel 6, som handler om journalføring. Heraf fremgår det, at vi skal føre journal på den enkelte patient, og at journalen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling. Det ved vi alle, og det gør vi alle i henhold til lovens direktiver.

Men vi gør det ikke på samme måde, med samme formål, ved brug af samme metode. Loven siger også kun noget om dokumentation i forhold til den individuelle patient. Hvad med opsummerende dokumentation: Det være sig statistik, årsopgørelser, projektsresultater mv.?

Det er vist en gammel historie, at "diætister er så dårlige til at dokumentere". Vi arbejder evidensbaseret, så vi er vant til at læse andres dokumentation, analysere og konkludere ud fra materialet, hvad der er relevant for vores fag. Vi er også gode til selv at dokumentere, så problemet er måske snarere, at vi ikke får frem i lyset, hvad vi går og laver?

Det kan der være mange gode grunde til – dokumentation kan som sagt være et irriterende fænomen - problemet er bare, at uden dokumentation har vi svært ved at trænge igennem. Og selv når dokumentationen er der, så skal der være en historie, en "god sag", for at få pressens og politikernes bevågenhed.

Men det kan lade sig gøre at trænge igennem!

Arbejdet med utilsigtede hændelser, både på Gentofte og Herlev Hospital, er gode eksempler på professionelt arbejde, der har skabt opmærksomhed og ikke mindst skabt bedre forhold for de berørte patienter.

Dokumentation af kostindtag på Herlev har sat fokus på patienternes mellemmåltid og resulteret i nye tiltag med bedre og mere tilgængelige tilbud til patienterne.

Og husk på - dokumentation er med til at fremhæve, at diætister er en specialiseret faggruppe, der kan skabe resultater inden for ernæringsformidling.

Det langsigtede perspektiv er, på den ene side, større og større krav til dokumentation, til kvalitetssikring og kvalitetsforbedringer, til bedre screening af patienter, til synlighed af kvaliteten af vores arbejde. På den anden side hjælper al denne dokumentation os samtidig til at styrke vores fag.



Ginny Rhodes
Formand

Foreningen af Kliniske Diætister arbejder løbende på at få diætisters arbejde formidlet ud til offentligheden. Hvis vi alle samarbejder om at få de "gode sager" frem, styrker vi vores fag og medvirker til at skabe arbejdspladser.

Det er hermed dokumenteret!

Indhold

ARTIKLER

■ Mål for vægttab; patientens mål kontra behandlerens	5
■ Den gode sag giver adgang til pressen og politikerne	10
■ Indberetninger af utilsigtede hændelser	12
■ KostIndtaget På Herlev – KIP Herlev	15
■ Nye handlemuligheder i kommunerne	18
■ Patienter med etnisk minoritetsbaggrund – en særlig udfordring	22

UDEFRA

■ En sjov vej til en sundere livsstil	27
■ Fokus på bl.a. identifikation af patienternes ernæringstilstand	29
■ Nyt center sætter fokus på ernæringsformidling	30

NYE UDGIVELSER

■ Ernæring og diætetik	31
■ Modtaget på redaktionen	31

OS IMELLEM

■ Årsmødet for kliniske diætister	32
■ Erfagruppen: Kommunale diætister	34
■ Referenceprogram	34
■ Nyt ernæringsmærke	34
■ Meddelelse fra bestyrelsen	35

KURSUSKALENDEREN	35
------------------	----

Side 10



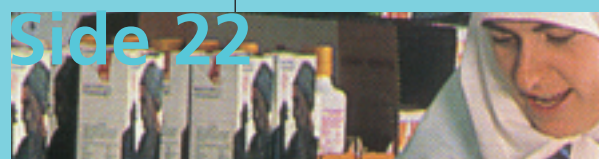
Side 15



Side 18



Side 22



Sondeernæring fra Fresenius Kabi

Sondeernæringen med det komplette indhold



Eneste sortiment med fiskeolie som standard:

- Reducerer de inflammatoriske tilstande i kroppen
- Øger indholdet af det gode kolesterol i blodet
- Giver en mere gavnlig triglyceridprofil

E N T E R A L N U T R I T I O N

Mål for vægttab; patientens mål kontra behandlerens mål

Hvad er et realistisk mål for vægttab? Denne debat har fyldt medierne – igen. Men målet er en diskussion mellem behandlere og forskere. Har vi husket at spørge patienterne? Lytter de til os?

Husker vi som diætister, at lytte til patientens mål for vægttabet og respektere dette?



Lene Hansen

Jeg synes, det er en interessant diskussion og har lavet et lille litteraturstudie over emnet: "Patientens mål for vægttab". Ved en søgning på MEDLINE i efteråret 2005 på ordene "weight loss goal" dukkede der 217 internationale artikler op. Titler og abstracts er gennemgået for at finde artikler, der specifikt omhandler patientens mål for vægttab. Der var fem artikler omhandlende emnet, den ene italiensk. Denne er valgt fra, da jeg ikke ved, om der vil være forskelle på europæiske undersøgelser og amerikanske undersøgelser.

De fire artikler omhandler alle patientens mål for vægttab dog ud fra forskellige vinkler:

- Ændres patientens behandlingsmål, når der undervises i at et realistisk vægttab vil være 5-15% af den initiale vægt

- Hvad har indflydelse på patientens mål for vægttab, forventninger til fysisk og psykisk velvære, når målet er nået, og en evaluering af tilfredsheden med det opnåede resultat
- Er der en sammenhæng mellem patientens behandlingsmål, drømmemål og det opnåede vægttab

Vurdering af den metodiske kvalitet i de fire artikler

Der er lavet en vurdering af artiklernes metodiske kvalitet for at vurdere, om resultaterne af undersøgelserne bevirker, at eksisterende praksis kan ændres. Den metodiske kvalitet er vurderet ud fra Trisha Greenhalghs anbefalinger (1). Artiklerne er vurderet ud fra anvendt epidemiologi, studiets originalitet herunder størrelse, varighed og formålet med undersøgelsen, studiepopulationen, studiedesign, systematiske bias, blindhed og præliminære spørgsmål.

Der er tale om fire observationsstudier, der følger veldefinerede populationer over tid. Studierne er originale med hensyn til det at finde ny viden.

Inklusions- og eksklusionskriterier er beskrevet i tidligere offentliggjorte artikler. Studiernes design er vurderet til at være fornuftige. Det er svært at vurdere for systematiske bias, og dermed vurdere om resultaterne kan overføres til danske forhold. Det kan ud fra de givne oplysninger ikke vurderes, om der er tale om blinde undersøgelser. Der er i undersøgelserne taget statistiske præliminære forholdsregler. Samlet vurderes undersøgelserne til at være valide.

En uddybende vurdering af artiklernes metodiske kvalitet kan fås ved henvendelse til denne artikels forfatter.

Behandlerens mål for adipositasbehandling gennem de sidste 30 år

Målet for behandling af adipositas har ændret sig over de sidste 30 år. I 80'erne



var målet at reducere vægten til den ideelle vægt, når den ideelle vægt beskrives ud fra højdeskemaer. Behandlerne havde stor succes; patienterne tabte sig til det ideelle mål. Men resultaterne for vægtvedligeholdelse på længere sigt var uklare (2).

I 90'erne sker der et paradigmeskifte, da behandlerne begynder at anbefale mindre vægttab og samtidig anbefaler, at en del af målet for behandlingen er adfærdssændringer i sig selv. Hvor den ændrede adfærd for eksempel måles i mængde af spist mad og fedtindholdet i maden (2). I et review fra 1995 går forskere så langt som til at forbyde at måle vægttabet i kilo. De anbefaler, at man udelukkende fokuserer på adfærdssændringerne, som mål for behandlingen (3). I 90'erne finder forsker-

ne resultater, der understøtter at et opnåeligt vægttab på 5-10% giver helbredsfordele i form af nedsat risiko for type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og hjertekarsygdomme (4). Det opnåelige vægttab på 5-10% bliver også det danske anbefalede vægttab i klinisk praksis (5).

Resultater fra artiklen, **Great Expectations: "I'm losing 25% of my weight no matter what you say"**

I studiet måles om fede (BMI>30) mennesker vil adoptere mere realistiske vægttabsforventninger, hvis de inden et 1-årigt vægttabsprogram informeres om, at et realistisk behandlingsvægttab vil være 5% - 15% af den initiale vægt. Baggrunden for at lave undersøgelsen var, at mange patienter kun tabte fra en tredjedel op til halvdelen af deres forventede vægttab.

Konsekvenserne af dette uindfrie mål kunne være skuffelse og øget risiko for tilbagefald til gamle kostvaner (6).

Et af resultaterne af undersøgelsen var, at deltagerne havde ekstremt høje, og i behandlerens øjne urealistiske behandlingsmål for vægttabet. Deltagerne forventede et vægttab på 28% af den initiale vægt. Det faldt dog til 25%, efter at de var informeret om, at et realistisk behandlingsmål efter et år ville være et vægttab på 5-15%. Et opmuntrende fund var ifølge Waaden, at deltagerne efter et års behandling var moderat tilfredse med deres vægttab, selvom de ikke nåede deres drømmemål. De var således tilfredse med det vægttab på

10%, som de blev anbefalet i starten af undersøgelsen.

Forfatterne spørger sig selv om, hvem der har de mest urealistiske forventninger. Er det patienterne eller behandlerne? Deltagerne i undersøgelsen havde som behandlingsmål, den mindste vægt de havde haft som voksne i mindst et år. Denne mindste vægt svarede i gennemsnit til et BMI på 24.

Wadden konkluderer, at der behøves flere studier til at bestemme om store forventninger til vægttab påvirker vægttabsindsatsen i positiv eller negativ retning.

Resultater fra artiklen, **"What is a reasonable weight loss? Patients expectations and evaluations of obesity treatment outcomes"**

Foster arbejder i sin undersøgelse med at opnå en øget forståelse for patienternes behandlingsmål, deres forventninger og deres evaluering af effekten (2). Hans udgangspunkt er, at vi ved ikke ret meget om patientens syn på målet for vægttabet.

Undersøgelsen var delt i to dele. Første del omhandlede behandlingens mål og begrundelsen for målet. Grundene kunne ligge indenfor områderne sundhed, udseende og sociale normer. Til anden del af undersøgelsen blev deltagerne bedt om at definere fire forskellige resultater for slutvægt: Deres drømmevægt, glad for vægt, acceptabel vægt og skuffende vægt. De blev også bedt om at registrere, hvor tilfredse de ville være med at nå de fire mål.

Skema 1. Deltagernes oplevelse af vægttabet i forhold til tabte kilo.

	Andel af opnået mål
Skuffende vægt	20%
Acceptabel vægt	24%
Glad for vægt	9%
Drømmevægt	0%
Ikke nået skuffende vægt	47%

Forskerne fandt, at deltagerne havde som mål at tabe 32% af deres initiale vægt.

Men efter 48 uger viste det sig, at de kun havde opnået et vægttab på 16%.

Et af resultaterne fra første del af undersøgelsen viste, at de to faktorer der havde størst indflydelse på deres mål for behandlingen var udseende og fysisk velvære. De to faktorer med næst mest indflydelse på målet var tøjstørrelse og psykisk velvære. Til stor overraskelse for forskerne viste undersøgelsen, at den professionelles behandlingsmål ikke havde indflydelse på patientens mål for behandlingen.

Skema 1 viser, at kun 9% opnåede den vægt, de betegner som "glad for vægt".

Hele 47% nåede ikke det, de selv betegnede som en skuffende vægt. Dette på trods af at deltagerne i gennemsnit tabte 16,3 kg.

Patienternes vurderinger af body image og selvværd korrelerede positivt med højere mål for slutvægt. Forfatterne mener derfor, at det er vigtigt at forbedre patienternes body image og selvværd for at opnå fornuftige mål for vægttab i et behandlingsforløb.

Selvom patienterne ikke nåede de forventede mål for vægttab, opnåede de en betydelig positiv ændring i fysisk og psykisk velvære. Patienterne evaluerede, at effekten af det opnåede vægttab på fysisk og psykisk velvære var mere positivt, end de havde forventet. Det vil sige, at det nødvendige vægttab for at opnå de ønskede positive effekter er mindre end antaget. Forfatterne mener, at dette fremover skal fremhæves i behandlingen, så patienterne lettere accepterer mindre vægttab.

Selvom patienterne opnåede øget fysisk og psykisk velvære, evaluerede de, at de stadig var utilfredse med vægten.

Forfatterne er omkring mange teorier om, hvad utilfredshed med vægten betyder, men der er ikke entydige resultater.

Deres anbefaling er, at patienterne må acceptere deres vægt, selvom de ikke er tilfreds med den.

Resultater fra artiklen, "Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women?"

Uoverensstemmelsen mellem patientens mål for vægttab, og hvad der er et realistisk vægttab har betydet at nogle forskere argumenterer med, at urealistiske mål er en forhindring for succes ved vægttab. Jennifer Linde mener dog, at der er usikkerhed omkring dette. Hun har derfor undersøgt om høje forventninger giver dårlige resultater (7).

Forskerne har i undersøgelsen spurgt til behandlingsmål og drømmemål for vægten. Deltagerne skulle også angive sandsynligheden for at nå disse mål i selve behandlingen og vedligeholde dem efter et år. Deltagerne svarede også på en lang række spørgsmål omhandlende fysisk og psykisk velbefindende, selvværd og body image.

Patienterne havde en forventning om at opnå et behandlingsmål på minus 24% af den initiale vægt, og et drømmemål på minus 30% af den initiale vægt.

Deltagerne troede, at begge mål var realistiske at nå, og at de kunne holde vægten over et år.

Kun body image kunne vise sammenhænge mellem start-, behandlings- og drømme-BMI. Lav score for body image korrelerede med høj start-BMI, som igen korrelerede med urealistiske forventninger til behandlings-BMI og drømme-BMI. Øvrige spørgsmål om psykosociale faktorer viste, at patienterne ikke var ekstremt påvirkede af deres vægt.

Linde fandt, at behandlingsmålet uanset hvor urealistiske de end var, var positivt relateret til et vægttab på lang sigt. Drømmemålet var derimod negativt associeret med vægtudviklingen over lang sigt.

Undersøgelsen viste også, at deltagerne i forhold til behandlingsmålet havde en større specifik viden om, hvordan man opnår vægttab, end de havde ved drømmemålet.

De mindst realistiske behandlingsmål var positivt associeret med større forventninger om positive resultater, flere adfældsændringer og øget forventet anvendelse af specifikke strategier. Dette resultat viser, at når den enkelte sætter behandlingsmål for vægttab, har hun indset nødvendigheden af at gøre en større indsats

Skema 2. Deltagernes forventede tab i % af initial vægt, og andel, der har nået behandlings- og drømmemålet efter hhv. 12 og 24 mdr.

	Mænd	Kvinder
Forventet behandlingsvægttab målt i % af initial vægt	16%	21%
Drømmevægttab målt i % af initial vægt	19%	27%
Efter 12 mdr.		
Andel, der har nået behandlingsmålet	4,9%	2,8%
Efter 12 mdr.		
Andel, der har nået drømmemålet	5,6%	2,1%
Efter 24 mdr.		
Andel, der har nået behandlingsmålet	6,5%	3,1%
Efter 24 mdr.		
Andel, der har nået drømmemålet	3,4%	1,9%

for at opnå et større vægttab. Dette var dog ikke gældende for at opnå drømmevægten.

Det vigtigste fund er for Linde, at der ikke var signifikante sammenhænge mellem realistiske behandlingsmål og vægttabets størrelse.

Resultater fra artiklen, "Weight loss goals and treatment outcomes among overweight men and women enrolled in a weight loss trial"

Linde forfølger sammenhængene mellem mål for vægttab og det aktuelle vægttab i denne artikel (8).

I undersøgelsen måler man vægt og BMI ved start. Deltagerne angiver, hvor meget de forventer at tabe ved 12 mdr. og 24 mdr., hvilket er lig med behandlingsmålene, og de angiver deres drømmevægt ved 12 og 24 mdr. Resultaterne ses i skema 2.

Mindre realistiske drømmemål for både mænd og kvinder forudsiger signifikant større vægttab ved 12 mdr. Denne sammenhæng ses ikke ved 24 mdr. for mænd, men kun for kvinder.

Det ses endvidere at opnåelse af større vægttab ved 12 og 24 mdr. var signifikant associeret med højere start BMI.

Linde konkluderer, at urealistiske høje forventninger til vægttab opmuntrer til højere vægttab. Resultaterne støtter ikke den nuværende kliniske praksis med at anbefale moderate vægttab. Hun anbefaler, at man anvender denne nye viden til at fokusere på de faktorer, der påvirker vægttabet i positiv retning som

Artiklen er skrevet, mens jeg arbejdede som klinisk diætist i Psykiatrien i Sønderjyllands Amt.

Jeg har pr 1. maj 2007 skiftet job, og arbejder lige nu som planlægger i Psykiatريفorvaltning Region Syddanmark.

fx fysisk aktivitet, i stedet for at fokusere på hvor realistisk målet er for vægttab.

Diskussion

Undersøgelserne viste, at patienterne ikke lytter til behandlerne, når der tales om mål for vægttab.

Wadden fandt, at deltagerne havde urealistiske høje forventninger til vægttab, uanset hvad behandlerne anbefalede (6).

Dette stemmer overens med Fosters undersøgelse, der viser, at det der har indflydelse på målet for vægttab er udseende og psykisk velvære, og ikke behandlerens anbefalinger (2). Dette stemmer fint overens med, at jeg som diætist ofte hører, at det er på grund af udseendet og tøjstørrelse, at patienterne ønsker at tabe sig.

Wadden fandt, at deltagerne var moderat tilfredse med deres vægttab på 10%, selv om de ikke nåede drømmemålet (6).

Dette i modsætning til Foster, der fandt at deltagerne ikke var tilfredse med det opnåede vægttab, selvom de evaluerede, at de opnåede en positiv effekt på fysisk og psykisk velvære. Foster mener, at denne erfaring skal indgå som en del af vejledningen omkring vægttab, så patienterne sætter sig et realistisk mål for behandlingen (2). Linde fandt i sin første undersøgelse, at målet for behandlingen, uanset hvor urealistisk det var, var positivt associeret med vægttabets størrelse på langt sigt (7). Linde konkluderer i sin anden undersøgelse, at

urealistiske høje forventninger til vægttab opmuntrer til høje vægttab hos kvinder. Hun anbefaler, at man anvender denne viden til at indføre ny praksis, hvor man fokuserer på måder til at opnå vægttab frem for at fokusere på målet for vægttab (8).

Selvom de fire udvalgte artikler ikke har entydige resultater for om, der er en sammenhæng mellem patientens mål for vægttab, og det opnåede resultat, synes jeg, det er oplagt at lytte til patientens mål og lade det være en del af behandlingsmålet ■

kratmann@email.dk

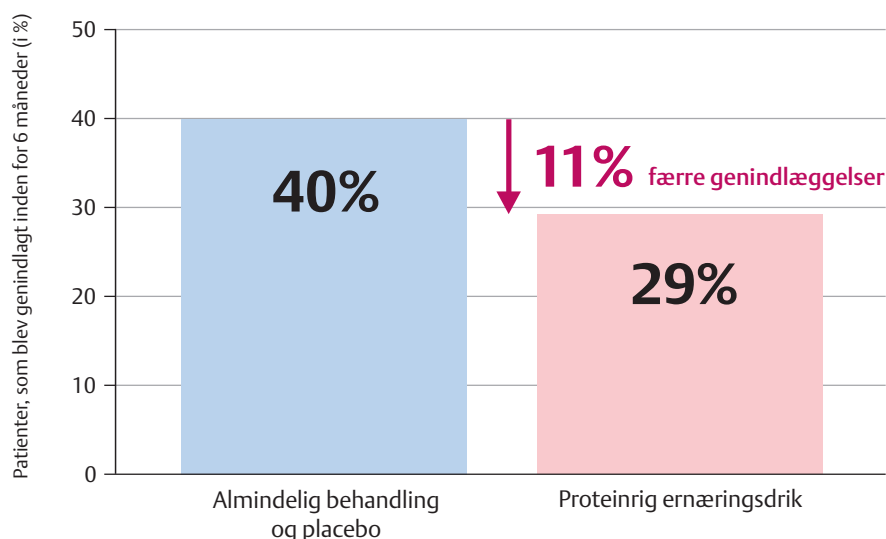
Litteratur

1. Greenhagh T. 1997: How to read a paper: Assessing the methodological quality of published papers. <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/315/7103/305>.
2. Foster GD et al: What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:79-85.
3. Perri MG et al: Success and Failure in the Treatment of Obesity: Where do we go from here? *Med Exerc Nutr Health* 1995;4:255-272.
4. Goldstein DJ.: Beneficial health effects of modest weight loss. *Int Jour of Obes* 1992;16:297-415.
5. Dansk Selskab for Adipositasforskning. Fedme i Danmark. En rapport fra dansk "Task Force on Obesity". 2001.
6. Wadden TA et al: Great expectations: "I'm losing 25% of my weight no matter what you say". *J Consult Clin Psychol* 2003;71:1084-1089.
7. Linde JA et al: Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women? *Obes Res* 2004;12:569-576.
8. Linde JA et al: Weight loss goals and treatment outcomes among overweight men and women enrolled in a weight loss trial. *Int Jour of Obes* 2005;29:1002-1005.

Fortimel Extra

– proteinrig ernæringsdrik med højt energiindhold

► Genindlæggelser på hospital kan reduceres signifikant ved brug af proteinrige ernæringsdrikke ⁽¹⁾



Stor engelsk, uafhængig, randomiseret, dobbelt-blindet, kontrolleret forsøg med 445 ældre patienter (> 65 år). Patienter med flere sammenlignelige helbredsmaessige tilstande fik enten proteinrige ernæringstilskud eller placebo.

(1) Gariballa S et al. Am J Med 2006; 119: 693-699



Protein 20 g
Energi 1260 kJ

Fortimel Extra – Sikrer patienternes behov for øget protein og energi under sygdom



Kontakt din lokale konsulent hos Nutricia på **telefon 70 21 07 07**, hvis du er interesseret i at få vareprøver.

NUTRICIA

...because we care

Nutricia A/S
Rørmosevej 2 A · 3450 Allerød
Telefon 70 21 07 07

Ordretelefon 70 21 07 09
Ordrefax 48 10 09 00
Ordre e-mail ordre@nutricia.dk

nutricia@nutricia.dk
www.nutricia.dk

Den gode sag giver adgang til pressen og politikerne

Dokumentation og resultater er nøgleord, når det gælder om at få diætisternes arbejde formidlet. Med en god sag i hånden, der har pressens og politikernes bevågenhed, er det muligt at få åbnet både ører og øjne hos dem, der i sidste instans bestemmer, hvad der skal ske på området.



Trine Hammershøj

En sådan sag fremlagde diætisterne på Herlev Hospital, da de sidste år her i "Diætisten" beskrev en undersøgelse, der klart dokumenterede svigt i patientkost og rejste spørgsmålene om, hvorvidt et svigt i ordineret kostplan kan betragtes som en såkaldt

"utilsigtet hændelse" på linje med andre fejl i sundhedsvæsenet.

På Christiansborg læser de heldigvis aviser – også de elektroniske! Altinget Sundhed er et medie, der er skabt så at sige inden for Christiansborgs mure med forskellige indgangsportaler til hhv. politik, sundhed og fødevarer, så man som læser vælger det område, der nu ligger nærmest på ens egen faglighed. I starten af september sidste år skrev Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) daværende formand, Cecilia Arendal, et indlæg omkring resultaterne fra Herlev Hospital, hvori hun pegede på, at der fortsat er fejl og underernærede patienter, der får utilstrækkelig ernæring under deres indlæggelse på sygehuset. Samme dag offentliggjorde Altinget Sundhed en artikel med hovedresultaterne fra undersøgelsen på Herlev Hospital sammen med et interview med diætist Marie Feldskov

Hansen, der er diætist på hospitalet og har været med til at lave undersøgelsen.

Pres på sygehusene

To historier på samme dag, hvor budskabet ikke var til at tage fejl af fik også to politikere i Folketingets Sundhedsudvalg, Lone



Møller (daværende sundhedsordfører for Socialdemokraterne) og Charlotte Fischer (sundhedsordfører for Det Radikale Venstre), til at tage sagen op:

"Det er vigtigere at gøre noget ved sygehusmaden frem for at få ventetidsgarantien ned på en måned. Det er regionernes ansvar at sikre ordentlig kost. Nu vil vi have overblik og dokumentation for, hvor langt man er kommet. Det afgørende er, at der bliver skabt pres på sygehusene for at tage kosten mere alvorligt," sagde Charlotte Fischer til Altinget.dk i september sidste år. Samtidig ville Lone Møller tage sagen op i forbindelse med fordelingen af satspuljemidler for, som hun sagde til Altinget:

"Jeg er ikke et sekund i tvivl om, at der er et problem. Der er fortsat en tendens til, at ældre overlæger synes, at kniven er det vigtigste i verden. Det er utrolig svært at trænge igennem med, at der skal mere fokus på kosten."

Ernæring som en del af stjernesystemet

I oktober sidste år kom svarene fra Indenrigs- og Sundhedsministeren, Lars Løkke Rasmussen, på Charlottes Fischers forskellige spørgsmål. Ministeren fastslog i sit ene svar, at Sundhedsstyrelsen kan fortælle, at der er sket en klar forbedring i indsatsen over for underernæring af indlagte patienter. Således fremhæver ministeren i sit svar, at en undersøgelse i H:S i 2005 viste, at ca. 80 pct. af patienterne bliver screenet for ernæringsmæssig risiko, ca. 75 pct. af patienterne i risiko bliver kostregistreret, og kostregistreringen gennemføres korrekt af sygeplejerskerne i 80-90 pct. af tilfældene. At en ny undersøgelse fra H:S, der blev fremlagt 14 dage efter ministerens svar, så bakkede FaKDs formand op, kommer vi tilbage til. For ministeren skulle også svare på, hvorvidt sygehuskosten vil indgå som et kvalitetsmål i det nye "stjernesystem" om sygehuses kvalitet. I sit svar betonedes ministeren, at den første udgave af www.sundhedskvalitet.dk ikke indeholder nøgletal om ernæring på de enkelte sygehuse, da der ikke aktuelt eksisterer sammenlignelige data, men at ernæring indgår som ét af de 37 temaer i Den Danske Kvalitetsmodel. Når sygehuse i løbet af 2008 er akkrediteret med forskellige standarder og indikatorer på baggrund af modellen, vil det være naturligt, mener ministeren, at lade disse resultater, der blandt andet omfatter ernæring, indgå i www.sundhedskvalitet.dk.

Danske Regioner nedsætter tværregionalt udvalg

Ministeren gav altså en åbning for ernæringsvinklen, som blev yderligere understreget, da Nyhedsavisen den 26. oktober offentliggjorde en række konklusioner fra en ny rapport fra H:S, som viste, at halvdelen af de underernærede patienter på de fem hospitaler i H:S ikke engang får

dækket 75 pct. af deres energi- og proteinbehov. Det fik formanden for Folketingets Sundhedsudvalg, Birthe Skaarup, til at stille et nyt spørgsmål til ministeren, som i sit svar henviser til det samme svar, han gav til Charlotte Fischer tidligere på måneden. Med en ekstra oplysning om, at Danske Regioner fortæller, at ernæring er i fokus mange steder – ikke mindst i forhold til de medicinske patienter, og at kvaliteten i relation til håndtering af ernæringsproblematikken bliver løbende adresseret til Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA). Danske Regioner kunne også oplyse, at man netop er i færd med at nedsætte et udvalg på tværs af regionerne, som skal undersøge mulighederne for at indføre et større og sundere udvalg af lækker mad til patienterne på landets sygehuse. I den forbindelse vil man blandt andet indsamle viden om, hvilke initiativer man allerede har eller påtænker at iværksætte mht. hospitalsmåltider og ernæring.

Få gang i dialogen

Det fremgår af ovenstående, at man med resultater og dokumentation kan få gang i dialogen. Hvad der kommer først, og hvem der ellers spiller ind på banen, er aldrig til at sige – heller ikke, hvad der i sidste ende kommer ud af anstrengelserne. Men én ting er helt sikker – hvis man vil have politikernes bevågenhed og fokus på sit arbejdsområde, så nytter det ikke noget "at putte" med sine resultater. De skal frem i lyset – og hellere i dag end i morgen! Må dette være en opfordring til alle diætister: Har I dokumentation eller spændende konklusioner på baggrund af undersøgelser eller projekter, I har gennemført – store som små – så kontakt FaKD, så vi kan finde ud af, hvordan I kan bruge dem fremadrettet og offensivt ■

th@prspektiv.dk



Indberetninger af utilsigtede hændelser

Skal- skal ikke? Det kan forekomme negativt at indberette "fejl" på arbejdspladsen dagligt, og nogen kan føle sig som skurk ved at "sladre". Andre er måske ikke informeret om formålet, eller angående hvordan og hvornår man indberetter? I Diætisten nr. 82-2006 blev emnet bragt op, og her følger hvad vi gør på Gentofte Hospital.



Mette Pedersen

Vi deltager selvfølgelig kun i en lille del af den totale patientbehandling, og nogle vil mene, det kan være lige i overkanten at indberette, hvis en patient ikke er ernæringsscreenet efter 24 timer. Det vi skal huske er, at det ikke er for at indberette kollegers fejl, men for at sætte fokus på et område, der ikke er optimalt og kan forbedres.

Hvad er en utilsigtet hændelse

På Gentofte Hospital har vi diætister indberettet utilsigtede hændelser det sidste år. Vores risikomanager har hele tiden opfordret os til, at vi kunne indberette masser af nær-hændelser og utilsigtede hændelser. Jeg er Patientsikkerhedsrepræsentant for køkkenet (sammen med en økonoma), og får herved dybere indsigt i de utilsigtede hændelser i hele Serviceafdelingen, omhandlende både portører, rengøringen og køkkenet. En utilsigtet hændelse er:

"En skadevoldende begivenhed, der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom" (1).

Ergo utilsigtet vægttab, insufficient ernæring og hermed de kendte ricisi forbundet med underernæring, anser vi som en skadevoldende begivenhed, og indberetter dette.

Eksempler på hændelses årsager

Af flere gange har vi indberettet nedenstående:

NÅR

- ernæringsscreening er foretaget sent under indlæggelsen, og der er utilsigtet vægttab
- der mangler dokumentation af indgift af sonde- og/eller TPN (Total Parenteral Ernæring)
- der er givet forkert total mængde eller produkt af enteral/intravenøs ernæring og/eller med forkert hastighed eller indgiftstype
- der ikke er tilbudt mad og drikke efter den individuelle kostplan (og hermed vægttab eller symptomer grundet fejl-diæt)
- der ikke er dokumenteret eller givet lægeordineret ernæringstilskud (Calogen- Nutricia SHS) trods anført i medicinkardex
- der er anbefalet forkert produkt ved udskrivelsen
- patienten er udskrevet uden plan for opfølgning i forbindelse med opstart af insulinbehandling

Eksempler på nær-hændelser

(dvs. en hændelse der ikke forvolder skade, fordi den er blevet afværget forinden).

HVIS

- der ikke er foretaget de anbefalede laboratorietests
- der er fejl eller mangel i diagnoseangivelsen på henvisningen
- der er forkert indikation for tilsyn (fx allergier/kostønsker uden klinisk relevans)

- der ikke er nævnt ernæringstilstand/ kompliceret forløb i epikrisen trods vægttab på 20% (dvs. egen læge informeres ikke)
- hvis patienten er udskrevet uden ernæringsrecept trods behov

Disse hændelser burde vi indberette som "nær-hændelser", det er endnu ikke gjort, men vi er opmærksomme på at gøre det.

Køkkenet og indberetninger

Såfremt køkkenet sender en forkert diæt op til en afdeling indberettes dette. I allergiske tilfælde kan det jo have skadevoldende konsekvenser. Køkkenet oplever også "dobbel" utilsigtede hændelser. Fx hvis køkkenet ved en fejl ikke sender dagens diæter op til afdelingerne, men afdelingerne heller ikke henvender sig. Det er en utilsigtet hændelse fra køkkenet, at den udarbejdede diæt ikke er sendt op, men også en utilsigtet hændelse at afdelingerne ikke ringer og melder diæterne "savnet" - hvad mon patienten så får - eller ikke får at spise?



Diætafdelingen i centralkøkkenet får i nærmeste fremtid til opgave at indberette, hvis afdelingerne ikke rekvirerer den ordinerede kostform i Master Cater Systemet. Vi ser hyppigt, at den aftalte individuelle diæt ikke bestilles og at "fedt-reduceret med MCT-fedtstof", som er til patienter med fedtmalabsorption, bestilles til de overvægtige patienter. Fokusperioden bliver på ca. 1 måned, hvor der bliver indberettet løbende.

Tabel 1. Skaden vurderes som hvis den rent faktisk var sket

	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal/ingen
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

* Efter Safety-severity Assessment Code, SAC matrix= internationalt anerkendt risikovurderingssystem.

Diætisterne og indberetninger

Når diætafdelingen er færdig med deres indberetninger vedr. forkerte bestilte diæter, skal vi finde en periode, hvor vi indberetter, hvis ernæringsscreeningen ikke er udført på de patienter, vi er henvist til.

En patient eller pårørende kan også indberette en hændelse - ligesom vi kan, hvis vi opdager anden fejlbehandling eller fejlmedicinering m.m. Laver vi selv fejl eller lignede, kan vi også indberette vores egen hændelse.

Hvad sker der efter en indberetning

Der fokuseres aldrig på de personer, der er involveret i hændelsen. Man kan også indberette anonymt. Vores faggruppe står samlet under "andet klinisk personale" (2). Tjek www.dpsd.dk og følg guiden.

Ved en indberetning vurderer Patient-sikkerhedsrepræsentanter og afdelingsledelsen risikoen, som hvis skaden rent faktisk skete. Graden vurderes efter SAC* scoring (tabel 1).

Afdelingen hvor hændelsen er sket, scorer indberetningerne efter skadens omfang samt risiko for gentagelse. Der udarbejdes derefter en handleplan for, hvordan de undgås i fremtiden.

Start i dag

En masse indberetninger vil selvfølgelig ikke løse problemet med, at patienten ikke modtager den korrekte ernæring

eller ikke bliver korrekt ernæringsscreenet. Men da ernæring er en standard efter Den Danske Kvalitetsmodel og et akkrediteringsgrundlag, vil indberetningerne vise, at det ikke fungerer helt efter hensigten (3). Måske ser ledelsen, at der er brug for hjælp på ernæringsområdet. Det kunne evt. føre til et par ansættelser af det korrekte fagfolk på en afdeling?

Hensigten er selvfølgelig ikke at distance os fra plejepersonalet og skabe upopularitet, men at gøre ledelsen opmærksom på, at her kan kvalitetsforbedres - så patienten i sidste ende får det kortest mulige kliniske forløb og den bedste mulige behandling. Så tøv ikke næste gang! ■

Metped05@geh.regionh.dk

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen: "Til dig der skal indberette utilsigtede hændelser". Sundhedsstyrelsen 2004.
2. www.dpsd.dk.
3. www.kvalitetsinstitut.dk.
4. Sundhedsstyrelsen: "Vejledning til læger, sygeplejerske, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister - Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2003.

OPERATION LIFE - startet den 16/4-2007.

En kampagne, der på landsplan skal forebygge 3000 dødsfald på danske hospitaler. Tjek om dit hospital er tilmeldt!

www.operationlife.dk

NYHED

Kun
7%
fedt



Kostindtaget På Herlev – KIP Herlev

En ny undersøgelse på Herlev Hospital viser, at det ikke står helt så galt til med ernæringen blandt de indlagte patienter. Kun ca. 17% af alle patienterne var både i ernæringsmæssig risiko og fik ikke dækket deres minimumsbehov. Undersøgelsen viser også, at det største problem er mellemmåltiderne.



Marie Feldskov Hansen

Baggrund

I februar 2006 blev kostforplejningen på Herlev Hospital omlagt således, at patienterne nu får alle hovedmåltider fra en bemandet buffetvogn. Eventuelle mellemmåltider tager patienterne selv eller får disse serveret af plejepersonalet. Centralkøkkenet på Herlev Hospital har i forbindelse med tidligere omlægninger af det varme aftensmåltid foretaget målinger på energi- og proteinindtaget til dette måltid. Denne undersøgelse viste, at patienterne med de laveste indtag før interventi-

onen øgede deres energi- og proteinindtag betydeligt (1).

Da det var interessant for Centralkøkkenet at få vurderet, om patienterne nu fik dækket deres behov, gennemførte jeg i efteråret 2006 en undersøgelse, hvor det samlede kostindtag og fordelingen af dette på hoved- og mellemmåltider blandt de indlagte patienter skulle undersøges.

Formål

Formålet med undersøgelsen var at bestemme:

- Det samlede energi- og proteinindtag hos indlagte patienter
- Fordelingen af energi- og proteinindtag på de enkelte måltider
- Patienternes ernæringstilstand samt deres behov for energi og protein ved Ernæringsskemaet (NRS 2002)

Metode

Patienter fra Gynækologisk, Medicinsk



Endokrinologisk og Ortopædkirurgisk afdeling indgik i undersøgelsen. Herved blev der sikret et bredt udsnit af indlagte patienter på Herlev Hospital med mænd og kvinder i forskellig aldersklasser og med forskellige grader af sygdom. Til at indsamle data blev der brugt et kostregistreringsskema samt et Ernæringsskema, som er udarbejdet ud fra Sundhedsstyrelsens vejledning (2). I praksis var det plejepersonalet, som kostregistrerede og screenede patienterne. Plejepersonalet kender i forvejen disse skemaer, som bruges i det daglige, men forinden opstarten af undersøgelsen blev plejepersonalet undervist i kostregistrering samt screening af ernærings-

Tabel 1 - Energiindtag versus fordeling på måltider

	Antal	Energiindtag i alt i % af behov	Energiindtag fra tre hovedmåltider i %	Energiindtag fra mellemmåltider i %
Over 75%	56	97	76	21
50 – 75%	39	64	54	11
Under 50%	24	36	31	6

mæssig risiko.

Der blev registreret på alle patienter, som forventedes indlagt i minimum tre døgn i september og oktober 2006.

Resultater

I alt blev der registreret data fra 119 patienter, 38 mænd og 81 kvinder. De typiske diagnoser var henholdsvis KOL, kræft i æggestokkene og slidgigt i knæ. 77 patienter fik ordineret Sygehuskost, 19 fik Normalkost, 17 fik Kost til småspisende, og 6 fik andre diæter.

I alt blev 80 patienter vurderet til ikke at være i ernæringsmæssig risiko, hvilket vil sige, at de scorede < 3 i Ernærings-

Projektgruppen bestod af:

- Thomas Almdal, overlæge, Endokrinologisk afd., Hvidovre Hospital
- Winnie Seidelin, klinisk oversygeplejerske, Kir. Gastroenterologisk afd., Herlev Hospital
- Michael Allerup Nielsen, køkkenchef, Centralkøkkenet, Herlev Hospital
- Camilla Bitz, assisterende køkkenchef, Centralkøkkenet, Herlev Hospital
- Marie Feldskov Hansen, klinisk diætist, Centralkøkkenet, Herlev Hospital



skemaet. I gennemsnit fik patienterne dækket 73% af deres energibehov og 57% af deres proteinbehov. Som det ses af tabel 1, var det især hovedmåltiderne, at patienterne fik deres energi fra.

I alt var der 36 patienter, som blev vurderet til at være i ernæringsmæssig risiko, hvilket er svarende til 30% af de undersøgte. Denne gruppe fik i gennemsnit dækket 78% af deres behov med hensyn til energiindtag, mens proteinindtaget dækkede 61% af behovet. Dog var der 44% i denne gruppe (n=16), som fik dækket mere end 75% af deres energibehov.

Diskussion

I alt var 36 ud af 119 patienter i ernæringsmæssig risiko, hvilket svarer til ca. 30%. Dette tal er i god overensstemmelse med andre undersøgelser.

Hos de patienter, som var i ernæringsmæssig risiko, fik 44% af patienterne dækket minimumsbehovet på 75% af energibehovet. Sammenlignet med UPS-projektet var der en højere

andel af patienter i ernæringsmæssig risiko, men til

gengæld fik en større andel dækket deres minimumsbehov (3).

Det er interessant, at 36 patienter blev vurderet til at være i ernæringsmæssig risiko, mens kun 17 patienter fik ordineret

Madtilbuddet på Herlev Hospital

- Der serveres mad via et buffetsytem, som har kapacitet til både kolde og varme retter
- Maden er planlagt efter en 14 dages menuplan

Til morgen kan der vælges

- Friskbagt brød
- Forskelligt pålæg og ost
- Morgenmadsprodukter
- Havregrød og øllebrød
- Frisk frugt
- Morgenanretning

Til frokost kan der vælges

- 6 forskellige slags smørebrød
- Risengrød
- Suppe
- Dagens råkost

Til aftensmaden kan der vælges

- 1 forret
- 1 suppe
- 2 forskellige hovedretter
- 1 dessert
- Dagens aftenråkost
- Frisk frugt

Der er altid mulighed for at vælge kartoffelmos som ekstra tilbehør.

Mellemmåltider

- Stilles frem på en vogn eller serveres til patienterne
- De enkelte afdelinger vælger selv deres mellemmåltidstilbud, men Centralkøkkenet leverer typisk kage, boller, proteinrig drik mv.





Kost til småtspisende. Ifølge Den Nationale Kosthåndbog (4) burde alle patienter i ernæringsmæssig risiko have ordineret Kost til småtspisende. På trods af dette fik 44% alligevel dækket minimumsbehovet.

Overordnet set fik patienterne i undersøgelsen ikke dækket deres energibehov, men reelt set er det kun ca. 17% af patienterne, som har et ernæringsmæssigt problem i forhold til, at de vurderes til at være i ernæringsmæssig risiko, og at de ikke får dækket deres minimumsbehov. Patienterne får størstedelen af deres energi fra hovedmåltiderne, hvorfor der i fremtiden især bør fokuseres på mellemmåltiderne.

Konklusion

Generelt lå dækningsprocenten lidt lavere end minimumsbehovet for energiindtaget. Dog fik de patienter, som havde fået ordineret Kost til småtspisende, generelt dækket 78% af energibehovet. Uanset dækningsgrad fik patienterne hovedsageligt deres energi fra hovedmåltiderne. Protein-indtaget var generelt for lavt, da patienterne kun fik dækket 56-63% af deres proteinbehov. 36% af patienterne blev vurderet til at være i ernæringsmæssig risiko – heraf fik 44% dækket deres minimumsbehov, hvilket er en positiv udvikling sammenlignet med UPS-projektet. Reelt var det kun ca. 17% af alle patienter-

ne, som havde et ernæringsmæssig problem, idet de både blev vurderet til at være i ernæringsmæssig risiko og ikke fik dækket deres minimumsbehov.

Fremtiden

I Centralkøkkenet på Herlev Hospital arbejdes der allerede på at udvikle og forbedre tilbudene af mellemmåltider, bl.a. ved at forbedre proteinindholdet i disse. Herudover arbejdes der på at udvikle en løsning således, at mellemmåltiderne gøres mere tilgængelige for patienterne. Det diskuteres ligeledes, hvordan der hos plejepersonalet kan sættes større fokus på principperne for de enkelte kostformer, måltidsfordelingen og især fokus på mellemmåltider.

Region Hovedstaden skriver i den sundhedspolitiske hensigtserklæring, at der skal være fokus på mad og ernæring på hospitalerne. Ernæring skal ses som en vigtig del af behandlingen.

Hensigtserklæringen lægger især op til fokus på de ernæringstruede grupper (5). Man kan derfor som klinisk diætist håbe på, at der også fra politisk side gøres en større indsats for at give patienterne den bedst mulige ernæring ■

MAFEHA01@heh.regionh.dk

Referencer

1. Centralkøkkenet, Herlev Hospital: Afsluttende rapport på projektet LevHerLevGodt, Juli 2003.
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen 2004.
3. Kondrup J., Johansen N, Plum LM. et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. J. Clin. Nutr. (2002) 21 (6): 461-468.
4. Den Nationale Kosthåndbog <http://bog.kostforum.dk/> (marts 2007).
5. De sundhedspolitiske hensigtserklæringer for Region Hovedstaden http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/850FD3E0-3D93-4C9F-88AB-0E3048E63647/0/Bilag1_Hensigtserklæringerne.pdf (marts 2007).



Nye handlemuligheder i kommunerne

Kommunerne er et nyt uopdyrket område, som først nu er ved at blive udforsket. Dette giver helt nye og bedre muligheder for os diætister i forhold til bl.a. arbejdet med overvægt og livsstilsændringer end hidtil.



Birgitte Brandstrup

Paradigmeskifte i behandlingen

Det er almindelig kendt, at der de senere år er sket en kraftig stigning i antallet af overvægtige og herunder også Type 2 diabetikere både nationalt som internationalt. Interventionsstudier og rapporter viser, at et af de store problemer i behandlingen af overvægt er, at de fleste patienter efter vægttab vender tilbage til deres udgangsvægt i løbet af 4-5 år (1-3).

I det offentlige behandlingssystem har formidling i lang tid været det primære

fokus ud fra den overbevisning, at viden påvirker holdning og dermed er en forudsætning for ændret adfærd (4). Faktum er, at metoden ikke virker, det er således ikke tilstrækkeligt at formidle viden ud fra en tanke om, at viden påvirker holdning og dermed er en forudsætning for ændret adfærd. Mennesket skal være mere end en passiv modtager af information og behandling. Behandlere skal i højere grad inddrage patienten aktivt i processen og forstå, at livsstilsændringer ikke er en naturlig følge af vidensformidling. Det er derimod en dynamisk proces, vi skal arbejde med, hvor den enkelte skal være aktiv aktør og således bør behandlerrollen ændres fra at være dikterende til at blive involverende.

Det ser ud til, at vi skal gøre noget andet

Efter et halvt år sammen med medstuderende Rikke Elholm Jensen, at have arbej-

det med vores bacheloropgave under titlen: "Nye metoder og perspektiver til at motivere den overvægtige patient – set ud fra Bente Jensens kompetencebegreb" (5), kan vi lidt firkantet konkludere; det ser ud til, at vi skal gøre noget andet.

I opgaven ser vi på, hvordan vi som diætister kan blive bedre til at motivere den overvægtige patient med henblik på fastholdelse af opnået vægttab, og i den sammenhæng at udvikle metoder til kompetenceudvikling hos den overvægtige. Gennem vores opgave kan vi konkludere, at nogle af kerneområderne i arbejdet med livsstilsændringer er kompetenceudvikling og vaner; særligt de kropsligt forankrede. Vaner spiller især ind i forbindelse med barrierer, der ligger til grund for en ikke-succesfuld livsstilsændring, og ligeledes i forbindelse med udviklingen af de personlige kompetencer, der fremmer en succesfuld livsstilsændring. I vores fokusgruppeinterviews som blev foretaget på Brøndstrup Livsstilscenter og i Århus Livsstilsklub, via litteraturstudie og ud fra initiativer samt projekter i praksis har vi fundet følgende faktorer, der er afgørende for om den overvægtige formår at fastholde et opnået vægttab:



Den kropslige erfaring, dikotomisk (sort/hvid) tænkning, mestring, kompetence og self-efficacy, motivation, vaner, følelser & mad, "det skal være nemt", de sociale relationer og tidligere erfaringer.

Igennem analyser af de ovenstående faktorer, som er foretaget ud fra Bente Jensens kompetencebegreb, er vores konklusion kort skitseret, at vi som diætister skal have mere fokus på det enkelte individ. I vores analyse kom vi frem til, at det primært er på selv- og meningsplanet, at kompetenceudviklingen spirer, og kompetenceudvikling er en forudsætning for, at den overvægtige bliver i stand til at mestre egen situation. Videre kan vi konkludere, at det er gennem de sociale relationer og den praktiske erfaring, at udviklingen sker, hvilket vi ser både i vores teori og empiri (6).



Vi skal således tænke anderledes og bruge nye metoder, hvis vi skal blive bedre til at motivere den overvægtige patient til fastholdelse af vægttab. Det sker bedst igennem brug af motivationssamtalen, ved at arbejde flerfagligt, ved at lægge større vægt på de sociale relationer og praktiske erfaringer. Videre er det vigtigt, at diætisten formår at tilegne sig de nødvendige kompetencer og frem for alt formår at sætte den enkelte i centrum, så

han/hun føler sig set, hørt og forstået samt bliver optimalt udfordret (7).

Fremtiden i kommunerne

Arbejdet ude i kommunerne betyder, at vi som diætister får mulighed for at praktisere tættere på borgernes hjem, hverdag og hermed vaner. Jeg ser dette som en kærvkommen mulighed for at arbejde mere helhedsorienteret. Her tænker jeg bl.a. på, at vi udover viden omkring den rette kost også i højere grad kan inddrage praktiske elementer i vores arbejde; indkøbture i supermarkeder, madlavning m.m. Videre vil etablering af samarbejder med fx fysioterapeuter, psykologer, kognitive terapeuter, sygeplejersker, ergoterapeuter mv. være med til at skabe sammenhæng i den enkeltes forløb. Der vil være bredere rammer i forhold til fx at lave en tilstrækkelig opfølgning samt længere interventionsperiode.

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen konkluderes det, at korte interventionsperioder og utilstrækkelig opfølgning er et problem i en del projekter. De anbefaler, at interventionsperioden skal være længere, mindst seks måneder og at opfølgningen er længere. Videre konkluderes det, at en kombination af teori, praksis, tværfaglighed, netværksdannelse og samarbejde på tværs af sektorerne er vejen frem (8).

Dette understreger vigtigheden af vores arbejde i de nye kommuner, hvor rammerne først er ved at blive skabt. Vi har i høj grad mulighed for at øve indflydelse på, hvordan vores arbejde skal se ud i fremtiden og for at efterleve nogle af ovenstående erfaringer. Som Inge Vinding påpeger det i sin artikel i Diætisten fra februar, hvorfor ikke ændre på vores hidtidige måde at gøre tingene på, i stedet for at "gøre mere af det samme" (9).



Erfaringer fra Brønderslev og Dronninglund kommune

Siden februar 2006 har jeg været ansat i en 2 ½ årig projektstilling i den nye Brønderslev kommune. Jobbet er både forebyggende og behandlende, idet projektet er delt i en borger- og en patientrettet del.

I det følgende vil jeg sætte fokus på et af de projekter og samarbejder, vi har startet på det forebyggende område for at give et indblik i nogle af de muligheder, der er i kommunerne.

Livsstilsklub

I efteråret 2006 etablerede Sund By og Brønderslev Familie og Firma Idræt et samarbejde om opstart af en Livsstilsklub for overvægtige.

Tankerne bag Livsstilsklubben er at etablere et tilbud for de overvægtige, hvor der er mulighed for at arbejde med livsstilsændringer, erfaringsudveksle og skabe sociale relationer med andre i samme situation. Forskellen på en Livsstilsklub og et slankehold er, at interventionsperioden og opfølgningen fortsætter, så lang tid som den enkelte har behov for det. Konceptet er landsdækkende og er base-

ret på motion, kost og socialt samvær i den enkeltes nærmiljø.

Brønderslev Livsstilsklub har fast klubaften hver torsdag fra kl. 18.30-21.00. Alle aftener er der 1-1 ½ times motion med efterfølgende samvær, hvor der bliver lagt vægt på vaner, forandringer, mad og ikke mindst socialt fællesskab. På klubaftenerne er der lagt vægt på at give medlemmerne viden om motion og mad, men vigtigst af alt har været at skabe et godt socialt miljø bl.a. gennem praktisk motion, praktisk madlavning, indkøb i det lokale supermarked, fokus på vaneændring og herunder en accept af at ting tager tid.

Klubaftenerne er tilrettelagt, så der udover fokus på livsstilsændringer også bliver plads til elementer som eksempelvis et modeshow, drømmerejse, musikterapi mv., som giver den enkelte andre oplevelser både i hjerne og i krop. Sidste store arrangement var Livsstilsklubbens modeshow, hvor nogle af pigerne gik model for butik Zizzi i Brønderslev, hvor den lokale ostemand kom med smagsprøver af diverse fedtfattige oste og den lokale vinhandler sponserede rødvin, for som vi siger, *alt er tilladt men med måde.*

Evaluerings

Evalueringen af Livsstilsklubbens første sæson viste, at medlemmerne har fået større viden om mad og motion og i højere grad er begyndt at omsætte det i hverdagen, *men* tydeligst af alt er det sociale. Inden opstarten havde så godt som ingen kommenteret deres forventninger til det sociale, men i evalueringen fremgår det tydeligt, at det sociale fællesskab er essentielt og blev beskrevet med ord som: Livsgnist, grin, hyggelige stunder og gode venner.

Det skal naturligvis tilføjes, at opstart af en Livsstilsklub kræver arbejde og om vores model er den rigtige, kan man ikke vide med sikkerhed, men faktum er, at



skabelse af sociale relationer i nærmiljøet øger sandsynligheden for fastholdelse og et langt forløb gør det muligt at sætte fokus på den enkelte og arbejde med dennes kompetencer.

På landsplan er der ca. 20 Livsstilsklubber, som rammer en målgruppe vi har arbejdet med i mange år uden den store succes. Nu er der mulighed for at arbejde med denne gruppe i nye rammer både i kommuneregion, men fx også gennem diverse samarbejder med foreninger, der skaber basis for forankring i lokalområdet.

Lad dette være en opfordring til vores fag om at deltage i lignende samarbejder for at sikre den faglige kvalitet og for at sætte diætister på dagsordenen i folks bevidsthed!

Kommune og idrætsforening i samarbejde omkring sundhed og vægttab

Jane Have Andersen fra Dansk Firma-idrætsforbund fortæller:

Nu da sundhedsområdet hører under kommunerne har flere kommuner udformet en idrætspolitik med forventning om, at idrættens er med til at hjælpe på sundhedsområdet, og hvis denne politik skal udmøntes i handling, er det nødvendigt, at kommuner-

ne skaber et tættere samarbejde med idrætsforeningerne og også afsætter ressourcer til konkrete tiltag.

Livsstilsklubberne i Brønderslev og Thise er begge eksempler på et konkret samarbejde mellem en kommune og en idrætsforening. De to klubber hører under foreningen Brønderslev Familie og Firma Idræt, og klubberne er udviklet i et tæt

Birgitte Brandstrup

Uddannet autoriseret klinisk diætist i januar 2006 fra JCVU i Århus. Har siden d. 01.02.06 arbejdet i en projektstilling i den nye Brønderslev kommune (2 ½ år).

samarbejde med kommunens Sund By. Livsstilsklubberne giver overvægtige voksne mulighed for at skabe sig en sund livsstil gennem undervisning i sund kost, vejning, og forskellige motionstilbud.

Hvis sundhedsområdet virkelig skal løftes og den danske befolkning skal være mere sund og mindre overvægtig, er det dog ikke nok med nogle få samarbejdskommuner. Det kræver at flere kommuner tager skridt til et samarbejde mellem deres Sund By/sundhedspersonaler og foreningerne, og her vil Livsstilsklubber i andre kommuner gerne indgå i et samar-

bejde og evt. starte flere livsstilsclubber, så flere af landets overvægtige borgere kan modtage et kvalitetstilbud omkring kost, motion og motivation (10).

Samarbejde

Et samarbejde mellem diætister og foreninger som fx Dansk Firmaidrætsforbund kan måske også være med til at fremme vores fag og udbrede kvalitet til befolkningen. Sidste år blev der oprettet en ERFA-gruppe for kommunale diætister, og arbejdsgruppen vil være et oplagt forum for at samarbejde om projekter og igangsætte samarbejder på landsplan.

Igennem arbejdet i kommunerne og samarbejdet med foreningerne ser det ud til, at der er mulighed for at arbejde med livsstilsændringer i nye rammer, der tilgode-

ser den nyeste viden i forhold til livsstilsændringer. Dette ser jeg som en ny mulighed for, at vi som diætister bliver mere synlige i både befolkningens og andre fagfolks øjne ■

Birgitte.brandstrup@99454545.dk

Referencer

1. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39: 499-511.
2. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obesity* 2003;27: 1341-56.
3. Svendsen OL, Heitmann BL, Mikkelsen KL et al. Fedme i Danmark. En rapport fra Dansk "Task Force on Obesity" under Dansk Selskab for Adipositasforskning. København: Lægeforeningens Forlag, 2001.
4. Draborg EU. Effektevaluering af sundhedsinformation med empirisk analyse af et prospektivt patientinformationsprogram og af en oplys-

ningskampagne mod narkotikamisbrug. Odense Universitet: Center for Helsetjenesteforskning og socialpolitik 1998.

5. Jensen B. Kompetencebegrebet og pædagogisk design – en skitse til en model. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
6. Brandstrup B, Jensen RE. Nye metoder og perspektiver til at motivere den overvægtige patient – set ud fra Bente Jensens kompetencebegreb. Bachelorpapir fra JCVU Ernæring og Sundhed, 2006.
7. Hansen JT. Selvspsykologi som grundlag for forståelse af pædagogiske samspilsrelationers dynamiske dimensioner. s. 87-126 I: Red: Axel E, Baltzer K, Hansen CR et al. Virksomhed, viden, læring. Århus: Århus Universitetsforlag, 1999.
8. Hejgaard T, Hølund U, Bruun JJ et al. Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt. Erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer. København: Sundhedsstyrelsen 2006.
9. Vinding I. Diætbehandling af overvægt – nytter det? *Diætisten* 2007; 85:8-13.
10. Jane Have Andersen, konsulent Dansk Firmaidrætsforbund tlf. 6531 6560/4045 7862. E-mail jha@dfif.dk

ATPRO 100®



Et fedt- og lactosefrit animalsk proteinkoncentrat, bestående af hydrolyserede polypeptider. Produktet har mange anvendelsesmuligheder som komplementering til den daglige kost, idet det er muligt at højne proteinmængden uden det fremstillede produkt ændrer farve eller smag i væsentlig grad. **Atpro 100®** har i opløst stand et næsten glasklart udseende.

ATTYLET®



Attylet® er produceret specielt til fremstilling af gelé- og tyktflydende kost. **Attylet®** kan anvendes i alle former for væsker, kolde som varme, samt i puréer. F.eks. saftvand, juice, supper, purerede grøntsager og lignende. **Attylet®** doseres direkte i de anvendte produkter. Det har neutral smag og udseende, og desuden tåler det opvarmning samt dybfrysning.



Patienter med etnisk minoritetsbaggrund – en særlig udfordring

Indvandrere og deres efterkommere er en særlig udsat gruppe i det danske samfund. Deres møde med sundhedsvæsenet foregår under andre forudsætninger end etnisk danske borgere, og dette byder derfor på særlige udfordringer for sundhedssystemet og personalet. Sundhedsstyrelsen iværksætter derfor i disse år en særlig forebyggende indsats over for etniske minoriteter med vægt på områder af særlig relevans for diætister.



Anne Rygaard Bennedsen

Sårbarhed

En stigende andel af den danske befolkning udgøres af indvandrere og deres efterkommere. I 1980 udgjorde indvandrere og efterkommere 3,0% af befolkningen, hvilket var steget til 8,4% pr. 1. januar 2005, hvor der i alt var registreret 452.095 indvandrere og efterkommere i Danmark (1). Ca. 76% er indvandrere og 24% er efterkommere af indvandrere. Af disse indvandrere og efterkommere havde ca. 71% oprindelse i et ikke-vestligt land* (1), og det er den gruppe denne artikel vil

fokusere på. Indvandrere med tyrkisk baggrund udgør ca. 12% af alle indvandrere og er den største indvandrergruppe fra ikke-vestlige lande i Danmark. Desuden er indvandrere fra Irak, Libanon, Bosnien-Hercegovina, Pakistan, Jugoslavien, Somalia, Iran og Vietnam blandt de største grupper (1).

Etniske minoriteter med indvandrerbaggrund er som gruppe betragtet mere sårbare end majoritetsbefolkningen. Denne sårbarhed knytter sig til forhold før, under og efter migrationen. Nogle indvandrere, som kommer til Danmark som flygtninge, har været udsat for traumatiserende oplevelser som krig, forfølgelse og tortur. Forældres traumatisering kan påvirke forholdene i hele familien, og i nogle tilfælde overføres såkaldt sekundær traumatisering til børnene (2). Selve immigrationsprocessen kan udgøre en belastning for den enkelte. Den pro-

ces, en person gennemgår ved immigration til et nyt land, kan beskrives som en akkulturationsproces.

Akkulturationsprocessen og de sociale forandringer kan udgøre en så massiv belastning, at individet hensættes i en stresstilstand: Akkulturativ stress (3). Akkulturativ stress omfatter den samlede virkning af faktorer som tab af socialt netværk og kultur i forbindelse med flytningen, omdefinering af det psykologiske selvbillede, belastninger i asylerperioden, uddannelses- og arbejdsmarkedsmarginisering samt diskrimination i hverdagen (4,5). De psykosociale ændringer er en vigtig mediator i relationen mellem helbred og migration. Omfanget af akkulturativ stress vil påvirkes af de specifikke forhold, hvorunder akkulturation finder sted (politik, oplevet racisme, kultur, social støtte), de samfundsforhold som individet kommer fra (politik, økonomi, kultur) og de individkarakteristika, som individet fører med sig (køn, alder, personlige ressourcer).

I Danmark er arbejdsløsheden tre gange så høj blandt indvandrere som blandt etniske danskere (6), og for enkelte etniske grupper er den meget højere med eksempelvis kun 13% beskæftigede blandt kvinder med somalisk baggrund.

Uddannelsesniveaulet er generelt lavere og i nogle etniske grupper har over halvdelen haft mindre end syv års skolegang i hjemlandet (7). Dette afspejler sig også i indkomstniveauet for gruppen af indvandrere, som generelt er lavere end for majoritetsbefolkningen (1). Desuden bor etniske minoriteter oftere i socialt belastede lokalsamfund med dårligere adgang til sundhedsfremmende muligheder, eksem-

* Vestlige lande omfatter dels alle EU-lande (inkl. de ti nye EU-lande, der blev optaget i EU pr. 1. maj 2004), dels Island, Norge, USA, Canada, Australien, New Zealand, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz og Vatikanstaten. Ikke-vestlige lande omfatter alle øvrige lande.

pelvis grønne områder og sportsfaciliteter (1).

Det er naturligvis vigtigt at være opmærksom på, at der er stor variation både mellem de forskellige etniske grupper, men også internt i de etniske grupper. Man kan derfor ikke generalisere ovenstående til alle indvandrere og efterkommere, men man bør have disse forhold i baghovedet i mødet med patienten med anden etnisk baggrund. Det er også vigtigt at huske på, at etniciteten ikke nødvendigvis er den afgørende faktor, men at psykosociale faktorer kan være lige så afgørende.

Et vigtigt aspekt af gruppens sårbarhed ligger i det manglende kendskab til det danske samfund, herunder særligt manglende kendskab til sundhedsvæsnets organisering. Det kan betyde, at man bruger sundhedsvæsnets forkert; for meget eller for lidt, eller ikke henvender sig de rigtige steder (8,9). I forhold til mødet med sundhedsvæsnets kan etniske minoriteter have helt andre forventninger og forudsætninger for mødet end etnisk danske patienter. Der findes i forskellige kulturer meget forskellige opfattelser af sygdom og sundhed samt forventninger til behandler- og patientrollen (10). Det kan føre til, at kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet bliver dårlig, og det kan yderligere vanskeliggøres af sproglige barrierer.

Sundhed og sygelighed

De sundhedsproblemer, der ses hos personer, der er emigreret til et vestligt land fra ikke-vestlige lande, vil være af forskellig art. Nogle sundhedsproblemer vil være medbragt fra hjemlandet, andre sundhedsproblemer udvikles i det nye land som følge af den ændrede livsstil og andre igen kan opstå som følge af immigrationen med de tab og skift i identitet det medfører. Undersøgelser peger på, at der inden for visse sygdomsgrupper fin-



des en anden hyppighed, end der ses i majoritetsbefolkningen (11,12). Eksempelvis er der påvist en højere forekomst af diabetes (NIDDM), muskelskelet sygdom og astma blandt indvandrere. Omvendt er livsstilssygdomme som hjertekarsygdomme, osteoporose og visse kræftsygdomme, der tager relativt længere tid at udvikle, mindre hyppige blandt indvandrere end blandt etniske danskere (11). Med hensyn til psykisk sygdom er billedet vekslende, idet nogle etniske grupper har en højere forekomst end etniske danskere, mens andre har en lavere forekomst (11). Samtidig viser Sundhedsstyrelsens registerundersøgelse, at etniske minoriteter har et lavere medicinforbrug end etniske danskere, også på sygdomsområder, hvor der er et højere antal sygehuskontakter, som NIDDM, astma og til dels psykiske lidelser (11). Dette kunne tyde på, at indvandrere måske modtager ringere behandling, eller at der er lavere compliance i denne gruppe. Den manglende complian-

ce kan måske tilskrives gruppens generelle dårlige socioøkonomiske forhold, hvor medicin og sundhedsydelse af økonomiske grunde nedprioriteres.

Sundhedsstyrelsens arbejde med forebyggelse for etniske minoriteter

Sundhedsstyrelsens arbejde med forebyggelse rettet mod etniske minoriteter har tre fokus områder:

- Sundhedsvæsnets
- Borgerrettet forebyggelse
- Indsats rettet mod kommuner

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside findes en beskrivelse af Sundhedsstyrelsens aktiviteter på området og link til publikationer, præsentationer mv. omhandlende etniske minoriteters sundhed (www.sst.dk/etniskeminoriteter).

Sundhedsvæsnets

Den del af Sundhedsstyrelsens indsats, der retter sig mod sundhedsvæsnets, sig-

ter på at ruste sundhedspersonalet til mødet med patienter tilhørende etniske minoriteter. Det er Sundhedsstyrelsens opgave at skabe bevidsthed om udfordringerne i arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund, at formidle best practice samt medvirke til at sikre opkvalificering af sundhedspersonalet inden for dette område. Sundhedsstyrelsen har det seneste år udgivet en række publikationer, der sætter fokus på forskellige aspekter ved arbejdet med etniske minoriteter, bl.a. risikoopfattelser, sygdomsmønstre og vidensniveau omkring sundhedsforhold.

Sundhedsstyrelsen har desuden afholdt temadage for forskellige faggrupper, herunder diætister. I september 2006 afholdt Sundhedsstyrelsen en diætistdag, hvor der blev sat fokus på de særlige udfordringer for diætister i arbejdet med etniske minoriteter. En sammenskrivning af de gode råd fra dagen ses i faktaboksen. Et andet af Sundhedsstyrelsen indsatsområder i forhold til etniske minoriteter er diabetes, og der blev derfor nedsat en arbejdsgruppe under Diabetesstyregruppen, som udarbejdede en strategi med fokus på etniske minoriteter. En sådan strategi skal bidrage til en fælles målsætning for forebyggelsesindsatser i regioner, sygehuse og kommuner, og pege på metoder, som har vist sig at være effektive i både den primære og sekundære forebyggelsesindsats. Yderligere information om denne findes ligeledes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Desuden har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med forskellige aktører udarbejdet en række materialer, der direkte kan bruges i det daglige kliniske arbejde, eksempelvis undervisnings dvd'er og billedmaterialer. Disse findes også på hjemmesiden under 'Diabetes'.

For at sikre, at opkvalificeringen af sundhedspersonalet i arbejde med etniske minoriteter bliver implementeret i hospitals-

strukturen, inviterede Sundhedsstyrelsen i efteråret 2006 en række personaleansvarlige fra forskellige af landets hospitaler på studietur til London for at høre om mangfoldighedsledelse. Formålet med denne studietur og den efterfølgende opkvalificering af personalet var at gøre de personaleansvarlige i stand til at varetage efteruddannelsen af hospitalets eget personale i at arbejde med etniske minoriteter. I 2007 igangsættes et pilotprojekt med brug af kulturelle mediatorer i sygehusvæsnet. Erfaringer fra udlandet viser, at indførelsen af kulturelle mediatorer bidrager væsentligt til en bedre og mere lige behandling af etniske minoritetspatienter i hospitalssystemet (13). Dette skyldes blandt andet, at patienterne i højere grad forstår at forpligte sig på et langt behandlingsforløb – særligt i forhold til de kroniske sygdomme. Det giver større succes med behandlingen eksempelvis i forhold til diabetes og smitsomme sygdomme som hepatitis og tuberkulose. For sundhedspersonalet har indførelse af den såkaldte mediator-service betydet, at de er blevet bedre rustet i forhold til kulturmødet, oplever færre frustrationer i hverdagen over miskommunikation og konflikter samt oplever at kunne give deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund en behandling af fagligt højere kvalitet. Endelig viser erfaringer, at investeringerne i kulturelle mediatorer er en økonomisk gevinst, hvis de bliver organiseret på en hensigtsmæssig måde, idet der spares på tolkeservice og der er færre unødvendige kontakter og forlængede indlæggelser.

Borgerrettet forebyggelse

I forhold til den borgerrettede forebyggelse har Sundhedsstyrelsen udviklet en række materialer på udvalgte sprog, blandt andet omhandlende diabetes, børnesundhed og sundhedsvæsnets funktion og opbygning. Den fulde liste kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor materialer også kan downloades.

Faktaboks

Sammenskrivning af gode råd fra Sundhedsstyrelsens diætistdag om etniske minoriteter og kostrådgivning

- Vær opmærksom på at patienter med anden etnisk baggrund møder dig med andre forudsætninger end den etnisk danske patient
- Vejledningen skal være enkel og klar i budskaberne. Brug sundhedsfaglige tolke ved behov
- Arbejd med håndgribelige og letforståelige mål (brug kamera, skridttæller, aftalebog)
- Brug billedmateriale og letlæselige tekster, gerne på modersmålet
- Det er vigtigt at have fokus på og viden om kulturelle forskelle i spisekultur og madvaner. Spørg om det, du ikke ved
- Mange patienter med etniske minoritetsbaggrund savner viden om portionsstørrelse
- Mød målgruppen på deres hjemmehavne. Hjemmebesøg kan være godt
- Aktiver børnene mens forældrene bliver undervist, og hav fokus på leg og sjov i arbejde med børn
- Tag hensyn til økonomiske barrierer og psykosociale forhold i rådgivningen. Spørg hvad der kan virke hindrende for de aftalte ændringer, og hvordan disse kan overkommes
- Erfaringsudveksling, faglig sparring og samarbejde mellem diætister er vigtigt

Sundhedsstyrelsen har desuden udviklet dvd'er og videoer på udvalgte sprog om emner som reproduktiv sundhed, diabetes, rygning og børnesundhed. Endvidere har Sundhedsstyrelsen udviklet radio-spots om sundhedsrelevante emner, der

har kørt i indvanderradioer.

Sundhedsstyrelsen arbejder sammen med mange forskellige eksterne aktører som eksempelvis indvandrerforeninger for at nå målgrupper, som traditionelt kan være svære at nå med forebyggelsesbudskaber. I den forbindelse er der iværksat en række lokale aktiviteter bl.a. gennem indvandrerforeninger. Over hele landet har der været afholdt en række informationsarrangementer for kvinder med hovedfokus på reproduktiv sundhed, men som også inddrog emner som diabetes, fysisk aktivitet og cancer. En evaluering udarbejdet i samarbejde med Roskilde Universitetscenter viste, at denne form for aktiviteter er en god måde at nå ud til målgruppen (14). Lignende arrangementer vil derfor også blive afholdt i 2007. Det tænkes, at denne type arrangementer kan anvendes i forhold til mange andre sundhedsområder, herunder også kost og livsstil.

Indsats over for kommunerne

Efter strukturreformen ligger forebyggelsen i kommunalt regi, og der er mange muligheder for at lave indsatser målrettet til etniske minoriteter i lokalsamfundet. Udfordringen i forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter er, at disse grupper kan være svære at nå med traditionelle indsatser. Der er behov for at tænke i andre baner, end man er vant til. Derfor er det Sundhedsstyrelsens opgave at give kommunerne et godt datagrundlag, hvorpå beslutninger kan træffes, inspirere kommunerne, formidle best practices og sikre erfaringsudveksling kommunerne imellem. På Sundhedsstyrelsens foranledning er der iværksat flere vidensgenererende initiativer de seneste år, bl.a. registerstudier af etniske minoriteters sundhed og projekt 'etnisk sundhedsprofil', som er en stor spørgeskemaundersøgelse, der netop er gået i gang med dataindsamlingen. Som inspiration til kommunerne har Sundhedsstyrelsen fået udarbejdet en

kortlægning af eksisterende kommunale aktiviteter, rettet mod etniske minoriteter, der kan fungere som inspiration til kommunerne. Databasen over aktiviteter findes ligeledes på hjemmesiden.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en rapport om målgruppeinddragelse og organisatorisk forankring i aktiviteter rettet mod etniske minoriteter til brug for kommunerne i deres planlægning og daglige arbejde med etniske minoriteter. For at sikre, at der sker en erfaringsudveksling, afholdt Sundhedsstyrelsen i november 2006 seminaret "Kommunal forebyggelse for udsatte grupper - fokus på etniske borgere".

Endelig udsender Sundhedsstyrelsen fire gange årligt et nyhedsbrev om etniske minoriteter, der formidler informationer om relevante kurser, konferencer, publikationer og andre aktiviteter både Sundhedsstyrelsens egne og i andre regi. Har man et arrangement eller indsats, man ønsker omtalt i nyhedsbrevet, kan man rette henvendelse til redaktionen. Gamle nyhedsbreve findes på hjemmesiden, hvor man også kan tilmelde sig nyhedsbrevet ■

arb@sst.dk.

Referencer

- 1 Ministeriet for Flygtninge Indvandrere og Integration. Årbog om udlændinge i Danmark 2005 - Status og udvikling. København: Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration; 2005.
- 2 Montgomery E. Flygtningebørn. Traume-udvikling-intervention. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2000.
- 3 Shaw M, Dorling D, Smith GD. Poverty, social exclusion, and minorities. I: Marmot M, Wilkinson RG, red. Social Determinants of Health. 2. udgave. Oxford: Oxford University Press; 2006:196-223.
- 4 Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, et al. Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. BMC Public Health 2006;6:182.
- 5 Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. Int J Epidemiol 2006;35(4):888-901.
- 6 Danmarks Statistik. Indvandrerne og efterkommeres tilknytning til arbejdsmarkedet 2005.

Anne Rygaard Bennedsen, ansat som akademisk medarbejder i Center for Forebyggelse i Sundhedsstyrelsen med ansvarsområdet etniske minoriteter.

Uddannet som kandidat i Folkesundhedsvidenskab fra Københavns Universitet i februar 2007.

Har gennem studiet arbejdet med mange forskellige aspekter af indvandrer/flygtninges sundhed, og bl.a. som speciale lavet en stor landsdækkende registerundersøgelse af graviditets- og fødselskomplikationer hos indvandrerkvinder, herunder diabetes i svangerskabet.

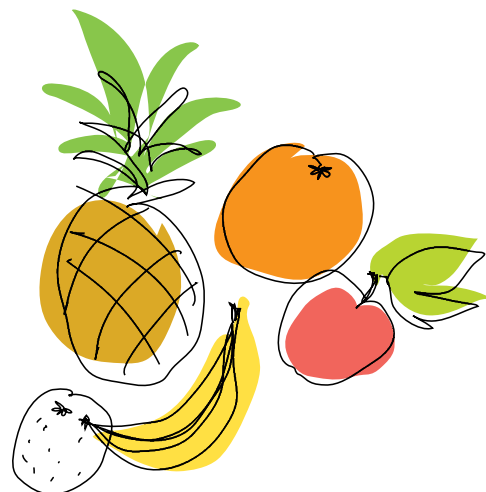
Har været ansat som konsulent hos UNHCR i Geneve på et projekt om hiv's spredning i flygtninge populationer, og har været studentermedhjælp på Rehabiliterings Center for Torturofre.

København: Danmarks Statistik; 2006 Apr 21. Report Nr.: 160.

- 7 Mørkeberg H. Indvandrenes uddannelse. København: Danmarks Statistik; 1999.
- 8 Dyhr L. Etniske minoriteter. I: Michelsen N, Jensen B, Nielsen C, Schroll M, red.. Klinisk socialmedicin. København: Munksgaard Danmark; 2000.
- 9 Nørredam M, Krasnik A, Sørensen T, Keiding N, Michaelsen J, Sonne Nielsen A. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. Scand J Public Health 2004;32(1):53-9.
- 10 Sundhedsstyrelsen. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 11 Sundhedsstyrelsen. Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 12 Schläger D, Rasmussen N, Kjølner M. Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter - en litteraturgennemgang. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
- 13 Sundhedsstyrelsen. Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 14 Sundhedsstyrelsen. Evaluering af informationsarrangementer. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.



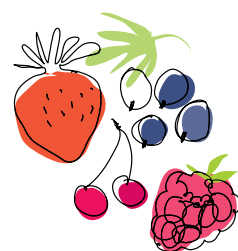
Truly



30% mindre sukker

Unik nyhedslancering fra Malaco

Malaco lancerer nu et helt nyt og unikt konfekturkoncept, nemlig Malaco Truly. Malaco Truly er udviklet efter forbrugernes ønske om et godt alternativ til sukkerholdige varer. Ønsket har især været mindre sukker og ingen kunstige farvestoffer i slikket, men naturligvis en super god smag.



Alle 5 Malaco Truly varianter er med 30% mindre sukker, ingen kunstige sødemidler, men derimod med frugtjuice. Du finder heller ingen kunstige farvestoffer i Malaco Truly, da vi har anvendt farver fra naturen. Så det er ok at nyde Malaco Truly med god samvittighed.

Med de 5 Malaco Truly poser er der en variant til enhver smag, så vi er helt sikre på, at du finder lige netop din favorit blandt poserne. Smagen er super god - prøv selv!

Du finder Malaco Truly i stort set alle butikker i hele danmark til en vejledende udsalgspris på 21,95 kr.



Med farver fra naturen



**Truly Smoothy
Mix and Match 160g:**
Dette er en pose til dig, der elsker blødt skum med smag af frugt og mælk.



**Truly Juicy
Exotic Affairs 180g:**
Denne pose er en blanding af vingummi og skum i perfekt harmoni.



**Truly Juicy
Berries in Love 180g:**
Dette er en fantastisk vingummiblanding med smag af forskellige bær.



**Truly Splashy
Singing in the Rain 180g:**
Her får du vingummi med super friske frugtsmage.



**Truly Black
Sweet and Salty 180g:**
Hvis du er vild med lakrids, vil du elske denne super gode lakridsblanding.

Frugtjuicen giver en super god smag!

En sjov vej til en sundere livsstil!

- Interview med Cand.scient. i biologi, Trine Grønlund Nielsen, ernæringsfaglig medarbejder hos Fødevarestyrelsen

I en tid hvor 'sundhed' for alvor er sat på dagsordenen, og hvor helse-, slanke- og fitnessindustrien har kronede dage, vil Fødevarestyrelsen udbrede kendskabet til de officielle kost- og motionsanbefalinger. Det sker gennem en ny kampagne, som skal gøre de veldokumenterede livsstilsanbefalinger tilgængelige for alle danskere.

Gennem de seneste 10-15 år er der sket forandringer i danskernes spisevaner og sygdomsmønstre. Derfor begyndte en arbejdsgruppe i 2003 at revidere de eksisterende syv kostråd fra 1994. Flere af de gamle råd blev gjort mere operationelle og 'drikkevarer' samt 'motion' blev også omfattet. De otte nye kostråd så første gang dagens lys i en fælles rapport (Kostrådene 2005) fra Ernæringsrådet (i dag Motions- & Ernæringsrådet) og Danmarks Fødevareforskning (i dag Fødevareinstituttet). I 2006 blev de otte anbefalinger samlet i én grafisk visualisering: Kostkompasset.

Ifølge ernæringsfaglig medarbejder i Fødevarestyrelsen Trine Grønlund Nielsen rummer Kostkompasset hverdagens huskeråd til en sund balance mellem kost og fysisk aktivitet: "Lever du efter Kostkompassets anbefalinger, får kroppen dækket sine ernærings- og motionsmæssige behov. Der er ikke tale om slankeråd, men anbefalinger til hvordan du lever et sundt liv."

De otte råd skal udbredes

Kendskabet til Kostkompasset og dets anbefalinger skal nu udbredes. Derfor lancerer Fødevarestyrelsen fra juni en kampagne, som skal øge danskernes



Trine Grønlund Nielsen

kendskab til Kostkompasset og ændre danskernes adfærd i forhold til kost og motion: "Vi lever i en tid, hvor antallet af overvægtige danskere er i kraftig vækst. Samtidig rammes flere og flere af livsstilssygdomme såsom type 2 diabetes og hjerte-karsygdomme. En forudsætning for at forbedre folkesundheden i Danmark er, at danskerne lærer mere om sund kost og motion og udvikler handlekompetencer, der gør dem i stand til at træffe sunde valg", lyder Trine Grønlund Niensens vurdering.



Test dig selv

Omdrejningspunktet i den nye kampagne er en interaktiv sundhedstest, som giver den enkelte mulighed for lære om de officielle kost- og motionsanbefalinger på egne vilkår. Testen er opbygget således, at man indledningsvis svarer på otte spørgsmål vedrørende hvert enkelt af Kostkompassets råd. På baggrund af svarene udarbejder testen en personlig sundhedsprofil, der giver overblik over, hvordan man lever op til de officielle kost- og motionsanbefalinger. Samtidig gives konkrete tips til, hvorledes det er muligt at leve endnu sundere.

Trine Grønlund Nielsen har store forventninger til den nye og anderledes måde at formidle sundhedsbudskabet på: "Med testen får danskerne et nyt interaktivt værktøj, som inddrager dem personligt i at afprøve og forbedre egne kost- og motionsvaner. Et kommunikationsredskab, der giver mulighed for forskellige grader af involvering, og som samtidig er langt mere moderne, målrettet og relevant end de traditionelle måder at informere om kost og motion på."

Målgruppen er alle

Testen kan i princippet anvendes af alle over 4 år. Dog er der enkelte undtagelser såsom gravide og personer med visse sygdomme,

testen til sig som et sjovt, men også seriøst værktøj man kan lege med og lære af: "Jeg håber især, at folkeskolerne vil forsøge at integrere den nye test i undervisningen. Gode kost- og motionsvaner grundlægges allerede i barndommen", siger Trine Grønlund Nielsen.

Hvor finder jeg testen

Den nye test kan prøves på: www.altomkost.dk. Udover at teste egne kost- og motionsvaner kan interesserede her hente yderligere informationer om Kostkompasset. Endelig er det muligt at downloade sunde, nemme og lækre opskrifter, som er sammensat på baggrund af Kostkompassets anbefalinger ■

jacob.c@adviceas.dk



domme, da de kan have andre kost- og motionsvaner end resten af befolkningen. Håbet er, at danskerne generelt vil tage



Fokus på bl.a. identifikation af patienternes ernæringstilstand - Sundhedsstyrelsens projekt PRIK

Der er evidens for, at fysisk aktivitet og sund kost - på lige fod med det at undgå rygning og skadelige mængder alkohol - med fordel kan indgå i behandling og rehabilitering af mange kroniske lidelser. Effekten er færre og kortere indlæggelser med mindre komplicerede patientforløb samt på længere sigt et bedre helbred og større livskvalitet for patienten. Derfor igangsatte Sundhedsstyrelsen i 2005 projekt PRIK, der bidrager til udviklingen af forebyggelsen i sygehusregi.

Formålet med PRIK er:

- At journaloptagelsen ved første kontakt til sygehuset kommer til at omfatte systematisk registrering af risikofaktorerne fysisk inaktivitet, underernæring, overvægt, rygning og alkoholforbrug
- At styrke brugen af fysisk aktivitet, ernæring, tobaks- og alkoholinterventioner i forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende øjemed for patienterne på landets sygehuse

Det er hensigten, at registreringen af risikofaktorerne skal være en støtte i hverdagen både ved journaloptagelsen og ved den efterfølgende kliniske beslutningsproces. Den skal med andre ord støtte klinikerne i den indledende vurdering af, hvem der har behov for en opfølgende indsats med hen- syn til forebyggende tilbud.

Projekt PRIK indledtes med, at eksperter indenfor hvert af de fem risikoområder udarbejdede en sundhedsfaglig oversigt. Oversigten beskrev evidens og erfaringer, kliniske retningslinier, eksempler på red- skaber, erfaringer fra personale samt pati- enternes holdninger og ønsker.

Efterfølgende formulerede eksperterne og Sundhedsstyrelsens projektgruppe konkrete forslag til ordlyden af kliniske indgangs- spørgsmål, der skal bruges ved journalop- tagelsen, og tilhørende forebyggelsesko- der. Forslagene blev sendt i faglig høring hos faglige organisationer, fora og interesse- organisationer relateret til de fem områder.

Den efterfølgende pilotimplementering skulle afdække, om de kliniske spørgsmål var forståelige, anvendelige og dækkende i forhold til at identificere og dokumentere tilstedeværelsen af risikofaktoren ud fra eksisterende journalmateriale.



Pilotimplementeringen blev gennemført af kliniske specialister på 11 kliniske afdelin- ger og omfattede mindst to sygehuse i hver region, en række forskellige specia- ler, og både afdelinger med papir og med elektroniske journaler. Resultaterne viste bl.a., at der var høj grad af enighed blandt specialisterne, der fandt, at spørgsmålene var forståelige og de fleste direkte brugba- re i den kliniske hverdag. Resultaterne dannede grundlag for yderligere justering af de kliniske indgangsspørgsmål, etable- ring af tilhørende SKS-koder (koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem) og udarbejdelse af en pilotrapport, se www.sst.dk under "udgivelser".

Sundhedsstyrelsen arbejder videre med indsatsen med henblik på at sikre bred implementering af de kliniske indgangs- spørgsmål og tilhørende forebyggelses- koder. I eftersommeren 2007 afholdes regi- onale seminarer målrettet sygehusenes kode- og registreringsansvarlige samt andet sundhedspersonale, der arbejder med kvalitetsudvikling. På seminarerne vil deltagerne blive bekendt med de nye koder, deres relevans samt perspektiverne i at registrere dem. Desuden lanceres pro- jektrapporten og det tilhørende informati- onsmateriale, herunder en "kittelfolder".

Man kan læse mere om projekt PRIK – her- under den sundhedsfaglige oversigt, diver- se høringsmateriale og pilotrapport - på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. Projektrapporten, der beskri- ver den samlede indsats, og giver anbefalin- ger til registrering af risikofaktorerne via de nye SKS-koder, vil være tilgængelig på hjemmesiden fra eftersommeren 2007 ■

thv@sst.dk

Nyt center sætter fokus på ernæringsformidling

Vi har på Ankerhus Seminarium, CVU Sjælland, etableret Formidlingscenter for ernæring og sundhed. Centret er et led i en mere udadvendt stil, hvor vi aktivt vil bidrage til den offentlige debat og formidling om emner af relevans for ernærings- og sundhedsprofessionen.

Professionsbachelor i ernæring og sundhed er stadigvæk en alt for ukendt uddannelse og titel. Den professionsrettede dimension er i det hele taget central for at udvikle kompetencer og metoder, der i praksis kan imødekomme de aktuelle udfordringer på sundhedsområdet i Danmark og internationalt. Det er ikke nok med teoretisk viden om små detaljer. Viden skal kombineres, formidles og omsættes til praksis. Det ved vi, der arbejder professionsrettet som diætister, vejledere, undervisere, produktudviklere, cateringledere, skribenter, kommunikatører osv. overfor borgere.

Formidlingscenter for ernæring og sundhed vil vise, hvordan professionsvinklen kan bruges og derved øge kendskabet til 'professionsbachelor i ernæring og sundhed'. Det vil vi gøre via medier, seminarer, publikationer, netværk og udviklingsprojekter. Centrets primære fokus er mod omverdenen og offentligheden. Det vil forhåbentlig bidrage til at skabe endnu mere interessante praktik- og jobmuligheder for studerende og færdiguddannede fra Ankerhus Seminarium. Men formidlingscentret har også aktiviteter målrettet nuværende studerende, der giver mulighed for, at interesserede studerende kan få ny viden eller engagere sig i projekter, der går ud over den obligatoriske undervisning.

Voldsom vækst

Ankerhus Seminarium har oplevet en voldsom vækst i de senere år. Både i antal studerende, efterspørgslen efter vores færdiguddannede og efter de kompetencer, seminariet generelt har. Der er godt gang i beskæftigelsen, og der kommer nye, spændende jobtyper. Baggrunden er tillid til seminariets og vores studerendes ekspertise og viden i forhold til formidlings- og praksisrettede opgaver indenfor ernæring, fysisk aktivitet og sundhed generelt. Ikke mindst de nye kommuner ønsker at fremme sundheden for deres borgere, og de rekvirerer mange projekter. Der er især vækst i de borgerrettede aktiviteter med fokus på at hjælpe raske mennesker til at holde sig sunde og undgå sygdom. Regionens kommuner (Kalundborg, Holbæk, Sorø, m.fl.) henvender sig i stort tal med henblik på samarbejde med os om projekter i forhold til kommunernes nye opgaver om borgerrettet sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Vi inddrages i høringer i de nye kommuner omkring

sundhedspolitik. Vi har også oplevet stor vækst i henvendelser fra virksomheder, der ønsker at gøre noget for medarbejdernes sundhed. Det betragter vi som en tillidserklæring, og vi tager ansvaret på os i de mange nye projekter og samarbejder.

Seminarer om aktuelle emner

En af de aktiviteter vi har iværksat er et månedligt formidlingsseminar. Her tager vi fat på et aktuelt emne fra den offentlige debat, tidens tendenser eller forskningen. Emnet bliver formidlet med en professionsrettet vinkel. Målgruppen for seminarerne er både seminariets egne studerende og interesserede udefra. Seminarerne varer to timer, ligger sidst på eftermiddagen med efterfølgende networking og middag. Emner og praktiske oplysninger bliver annonceret på www.ankerhussem.dk. Vi har flere andre tilbud i støbeskeen. Send en mail til pbr@ankerhussem.dk og kom på en mailingliste. Så får du besked, når vi har nye aktiviteter af relevans for professionsbachelor i ernæring og sundhed og andre veluddannede fagfolk, der arbejder med ernærings- og sundhedsformidling i praksis. Vi modtager også meget gerne forslag og idéer til emner eller aktiviteter, vi kan tage op ■

pbr@ankerhussem.dk



Nye udgivelser

Ernæring og diætetik

Af Lars Ovesen, Lene Allingstrup og
Ingrid Poulsen
9. udgave, 2007
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
288 sider
Pris 339,- kr.

Bogen henvender sig til sygeplejestuderende såvel som færdiguddannede sygeplejersker og giver en opdateret viden om kostens betydning for både det raske og det syge menneske.

Bogen er opdelt i to lige store dele. Første del af bogen handler om ernæringslære. I denne del af bogen beskrives bl.a. kostens energigivende næringsstoffer, vitaminer og mineraler. Første del behandler desuden emner som kostvurdering, levnedsmiddellundskab, forebyggende ernæring og afsluttes med et kapitel om den danske fødevare- og ernæringspolitik.

Bogens anden del handler om klinisk ernæring. Her beskrives emner som kroppens omsætning under faste og sygdom, de forskellige kostformer, herunder kost til småtspisende og Sundhedsstyrelsens screeningsmodel, sondeernæring og par-enteral ernæring. Desuden omtales diæter ved bl.a. lidelser i mave-tarmkanalen, adipositas, diabetes, hyper-

lipoproteinæmi, lever-og nyresygdomme. Flere af disse diæter samt flere andre diæter omtales også i forbindelse med behandling af børn og unge. Bogens sidste kapitler omhandler helsekost og kosttilskud samt interaktion mellem lægemidler og ernæring.

Bogen gennemgår utrolig mange relevante og interessante emner. Som sagt indledningsvist er bogens målgruppe sygeplejerskerne og bogen giver et godt indblik i ernæringens vigtige betydning for både raske, syge, børn, voksne og ældre mennesker. Set med en diætists øjne, mener jeg ikke, at bogen er uddybende nok som lærebog til vores faggruppe. Men den kan være en god inspirationskilde til spændende emner, der kan søges uddybet andre steder.

Heidi Kristiansen, klinisk diætist



Modtaget på redaktionen

Slank med Hjerteforeningen

Udgivet af Hjerteforeningen
148 sider
Pris 149,- kr. (medlemmer 125,- kr.)
Bestilles på www.hjerteforeningen.dk
eller på 33 93 17 88

Den illustrerede guide til zoneterapi - Terapeutisk fodmassage for sundhed og velvære

Af Inge Dougans
Forlaget Borgen
192 sider
Pris 259,- kr.

Masser af kager

Af Gail Wagman
Forlaget Olivia
192 sider
Pris 149,- kr.

Masser af småkager

Af Jacqueline Bellefortaine
Forlaget Olivia
192 sider
Pris 149,- kr.

GUIDE TIL DETOX@KOST

Af Pernille Richardt Damore, Frederick Richardt Damore og Karen Noeberg
Forlaget Høst & Søn
200 sider
Pris 299,- kr.



Årsmøde for kliniske diætister

*Årsmødet for 2007 blev afholdt på JCVU d. 30. marts.
Dagen bød på interessante og meget relevante indlæg.*



Profession mellem kald og lønarbejde

Dette var titlen på et meget spændende indlæg af professor Per Fibæk Laursen (PFL) fra Danmarks Pædagogiske Universitet.

Professionsbegrebet er i Danmark blevet diskuteret i en del år og specielt efter 2001, hvor professionsbachelor uddannelserne blev etableret. Denne diskussion og videreudvikling af professionerne med bl.a. den kommende etablering af Professionshøjskoler har åbnet nye muligheder for markedsføring og strategi for de enkelte professioner.

Ordet profession har i Danmark flere betydninger og er ikke fast defineret, men i forhold til vores område er der tale om en "slags" tillidsbaseret kontrakt mellem erhvervsudøvere og samfundet. Pointen ved professioner er, at ekspertisen varetages af fuldtidsarbejdende med lang specialiseret uddannelse, med autonomi og klientorientering.

Profession som begreb og selvforståelse

er skabt i USA i første halvdel af 1900-tallet med den praktiserende læge som prototype. Lægen, der er besjælet af faglighed og etik frem for tanker om økonomisk vinding og markedsmekanismer. Professionerne befinder sig mellem kald og lønarbejde. "Kald" opleves som en vigtig opgave, der "kalder" på den enkelte fx sygepleje, men i den forbindelse underkendes betydningen af kompetencer og vilkår for arbejdet.

"Lønarbejde" lægger vægt på løn- og arbejdsvilkår, men nedvurderer hensynet til opgaven og klienten. Lønarbejdersynsvinklen blev meget fremherskende i Danmark i løbet af 1960'erne og 70'erne. Først i løbet af 1990'erne skete der i Danmark gradvist en ændring fra lønarbejderstrategi til professionsstrategi. PFL refererede til en analyse af forskellene mellem lønarbejderstrategi og professionsstrategi fra Statskundskab på Århus Universitet. Analysen viste, at lønarbejderstrategien generelt medførte en begrænsning af arbejdsmængden og opgaverne, men førte ikke til højere løn. Samtidig

medførte strategien, at professionen mistede en del af sin tillid og goodwill i samfundet pga det manglende hensyn til opgaven og klienten. En konsekvent professionsstrategi medførte derimod en højere løn i form af flere tillæg, dog også mere arbejde og flere opgaver, men samtidig en højere kvalitet.

I nutidens samfund har institutionaliseringen, markedsorientering og krav om fleksibilitet skabt tvivl om professionernes fremtid. På den ene side er det en mulighed at professionerne erstattes af kompetencenomader og på den anden side, at arbejdsmarkedet i stigende grad professionaliseres. PFL tror personligt ikke på nogen af disse scenarier, men han anførte de vigtigste udfordringer i dag som:

- Professionerne må opløde deres grænser (omstrukturere funktionerne)
- Professionerne må holde fast i den særlige karakter af deres arbejde
- Professionerne må akademisere sig uden at fjerne sig fra praksis

Et andet synspunkt er, at de enkelte professioner udlignes indenfor områderne; fx kunne diætistfunktionen være på vej ind i en bredere ernærings- og sundhedsfunktion.

I forhold til udvikling og omstrukturering fremførte PFL, at det er meget vigtigt, at bevare tillidsrelationen til det omgivende samfund, så omverdenen forstår og kan se den særlige kompetence, der løser en vigtig opgave samt at holde fast i professionens historie og fastholde sin kernefaglighed. Alternativet til den professionelle autonomi er styring via stat eller marked og PFL anser professionerne som bedst

egnede til at varetage udviklingen af viden, kunnen og etik indenfor fagområderne. Tværtimod kan for megen styring fra stat eller marked samt stigende krav om fleksibilitet medføre en væsentlig kvalitetsforringelse.

Den efterfølgende debat handlede meget om hvordan og hvem, der skal vurdere kvaliteten af diætisternes ydelser, og hvordan vi i højere grad kan skabe synlighed og efterspørgsel af vore ydelser. Der er ingen nemme løsninger og PFL fremhævede det vigtige i, at professionen er kendt med en veldefineret profil og historie i offentligheden, hvilket kan være meget vanskeligt for små faggrupper. Samtidig bliver offentligheden mere og mere kritisk og efterspørger i stigende grad specialistbehandling.

Begrebsafklaring

Lige efter frokost var emnet begrebsafklaring ved adjunkt Bodil Winther (BW), JCVU Sygeplejerskeuddannelsen i Århus. Hun har i en længere periode beskæftiget sig med begrebsafklaring og fremhæver, at det ikke er nogen nem disciplin. Begreber er en del af et fags teorigrundlag og uden klare begreber er det vanskeligt at danne klare teorier. BW har gennemført et forskningsprojekt om forståelsen af begrebet "lindrende sygepleje", hvilket viste meget store forskelle i anvendelsen og forståelsen af begrebet for forskellige grupper indenfor Sundhedsvæsenet. Begreber har været forsøgt defineret siden Platon og kan anskues som en betegnelse, der er brugt til at beskrive et fænomen eller en gruppe fænomener. Begreber er som regel meget komplekse og kan anskues ud fra yderpunkterne relativt empirisk og relativt abstrakt.

Ethvert (fagligt) begreb kan analyseres og BW gennemgik nogle synsvinkler og metoder til begrebsanalyse og -evaluering. Formålet med begrebsanalyser, er at

udvide et fags vidensbase og kernebegreber med henblik på udforskning af faget og teoriudviklingen samt at skabe et fælles sprog. Selvom vi ikke lige går i gang med et større analysearbejde af nogle begreber, opfordrer BW os til at være mere bevidste om hvilken betydning, vi lægger i de faglige begreber. Evt definere eller beskrive egen opfattelse af begrebet i en given kontekst, når det bruges.

Efter strukturreformen - samarbejde mellem praktiserende læge og diætister

Praktiserende læge Jens Mørch Rubak (JMR) kom med et indlæg om sit syn på dette samarbejde og eksempler på hvordan samarbejdet fungerer i Århus. Fx er der i en forsøgsperiode oprettet et Sundhedscenter med bl.a. diætist, som de praktiserende læger, kan henvise til. JMR fremhæver, at det efterhånden er gået op for praktiserende læger at forskellige faggrupper kan noget forskelligt, og at deres egen kapacitet i forhold til fx diætvejledning er meget begrænset.

I hans vision er den praktiserende læge en kusk, der styrer et spand forskellige heste fx sygeplejersker, diætister, psykologer o. lign. - gerne ansat i praksis. Lægen fungerer som en koordinator og igangsætter. De andre "ensomme heste" skal helst samle sig og fortælle historier/tale med hinanden, fordi kendskabet til de andres faglighed ofte er noget begrænset.

Kravet fra patienternes side er, at de gerne vil behandles bedst og hurtigst muligt - gerne af en specialist og den praktiserende læge kan ikke selv dække alle områder tilstrækkeligt.

Samme tre-parts-model: lægen, patienten og forskellige mindre faggrupper kan også anvendes i forhold til forebyggelse. JMR opfordrer os til at være mere opsøgende i forhold til de praktiserende læger - fx at tage fat i praksiskonsulenter-

ne eller i efteruddannelsesgrupperne rundt omkring i landet. Han mener, det er vigtigt at have fokus på succeshistorierne, og få dem fortalt i en bredere kreds.

Orientering om og perspektiver for internationalt projekt i EFAD

Karen Søndergaard, JCVU orienterede om, at der er bevilget penge til udvikling af diætistfaget i Europa. Der er etableret en styregruppe og Karen sidder i uddan-



nelsesgruppen.

Her arbejder de med at få beskrevet uddannelsen i hele Europa, fastlægge kriterier for at besøge hinanden under uddannelsen inkl. praktikperioder samt muligheder for besøg hos andre diætister rundt i Europa. Sidst, men ikke mindst arbejder de også med kompetencebeskrivelser.

Yderligere oplysninger kan søges på www.efad.org og www.thematicnetworkdi-etetics.eu/everyone.

Ny forening - fagligt forum

En studerende orienterede om, at dimmitender fra JCVU har opretter en ny forening som et fagligt forum med hjemmeside og diverse foredrag.

Se oplysninger på www.esda.dk eller mail til esda@esda.dk ■

abx@psykiatri.aaa.dk

Erfa-gruppen: Kommunale diætister

Netværket for kommunale diætister under FaKD har været i gang siden efteråret 2006.

For kliniske diætister ansat i kommunerne er det rigtig godt, at kunne få vendt nogle af de problematikker som vi arbejder med i de nye kommuner.

Erfa-gruppen har defineret følgende arbejdsopgaver til at starte med:

Netværk:

- Erfaringsudveksling og sparring
- Information om nye projekter
- Information om nye arbejdsopgaver
- Give deltagerne mulighed for at finde samarbejdspartnere

Lave funktionsbeskrivelser for diætister ansat i kommunerne:

- Kompetencebeskrivelser laves centralt i FaKD
- Gruppen vil næste gang lave oplæg til en specifik funktionsbeskrivelse

Andre emner, som er blevet vendt på møderne:

- Journalisering
- Kvalitetssikringsark til brug ved vejledninger
- Rammeplaner
- Normering af patienter/borgere
- Løn/overenskomst

Vi har aftalt at mødes to gange om året til heldagsmøder. Næste møde er planlagt, og der er plads til flere kommunale diætister.

Næste møde:

Dato: Mandag d. 08.10.07

Tid: kl. 09.00-14.00

Sted: Middelfart Rådhus Østergade 11, 1. sal – mødelokale 1, 5500 Middelfart

Medbring: Inspiration til vores arbejde med funktionsbeskrivelser evt. eksisterende funktionsbeskrivelser.

Endvidere skal du medbringe et eksemplar af dit kvalitetssikringsark/journalark, således at vi kan få gode ideer af hinanden.

Har du fået lyst til at deltage, så send en mail til

mette.merlin.husted@middelfart.dk

Mette Merlin Husted, klinisk diætist, Middelfart kommune

Referenceprogram

Sekretariatet for Referenceprogrammer (SfR) har offentliggjort et referenceprogram for kroniske inflammatoriske tarmsygdomme.

Referenceprogrammet kan findes på sekretariatets hjemmeside www.sst.dk/sfr

Nyt ernæringsmærke

Forbrugerministeren har lanceret et nyt ernæringsmærke.

Det nye "Spismærke" kan være med til at vejlede og guide forbrugerne i de daglige indkøb. Det nye ernæringsmærke giver forbrugerne en nem og letforståelig vejledning om, hvilke produkter man skal spise meget, mindre eller mindst af.

Læs mere her:

<http://www.foedevarestyrelsen.dk/GUID.asp?ID=268204AD-781C-47C7-9139-8BB374C5D726>

Emne: 9TH Nordic Nutrition Conference

Sted: København
Dato: d. 1. – 4. juni 2008
Yderligere information: www.nutrition2008.ics.dk

Meddelelse fra bestyrelsen

Jette Rytøft har grundet familiemæssige årsager ønsket at udtræde af bestyrelsen.

Suppleant Line Rosgaard indtræder derfor som bestyrelsesmedlem i stedet for Jette med virkning fra 1. april.

Jette Rytøft har deltaget i bestyrelsesarbejdet gennem en årrække og været med til at sætte sit præg på foreningens udvikling.

Vi takker Jette for den store arbejdsindsats, og for muligheden for at trække på hendes ekspertise fremover.

På bestyrelsens vegne.

Ginny Rhodes
Formand

REDAKTIONSUDVALG

Formand: Ginny Rhodes
Tlf: 2078 6110
E-mail: gr@diaetist.dk

FORRETNINGSUDVALG

Formand: Lone Jeppesen Bjerregaard
Tlf: 2530 0279
E-mail: ljb@diaetist.dk

KOMMISSORIUM FOR KVALITETSSIKRING

Tovholder: Ginny Rhodes
Tlf: 2078 6110
E-mail: gr@diaetist.dk

**KOMMISSORIUM FOR
KOMPETENCEUDVIKLING**

Tovholder: Ginny Rhodes
Tlf: 2078 6110
E-mail: gr@diaetist.dk

PRAKSISUDVALG

Formand Heidi Dreist
Tlf: 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

PR-UDVALG

Medlem: Heidi Dreist
Tlf: 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

**NORDISK DIETISTFORENING/
NORDIC DIETETIC ASSOCIATION**

Formand: Helle Skandorff Vestergård
Suppleant: Ulla Finne Rasmussen

Nyhed!

Ikke alle protein-drikke er ens

Derfor gør Novartis valget lettere for dig. I udviklingen af den nye Resource Protein er der lagt vægt på nogle afgørende kriterier, som har betydning for patientens velvære og compliance.

Den nye Resource Protein

- 18,8 g protein per 200 ml flaske
- 1,25 kcal /ml – 5,3 kJ/ml
- 4 velsmagende varianter baseret på Filtrarom teknologi
- Ergonomisk flaske som er let at åbne og holde om
- Komplet (FSMP). Indeholder alle essentielle mikronæringsstoffer
- Lavt indhold af laktose (<0,1 g/100 ml)
- Naturlig fri for gluten
- Rapsolie sikrer en sund fordeling af n-6:n3 fedtsyrer med en ratio på 2:1¹
- Vejledende udsalgspris for den udskrevne patient

16,75 før tilskud



Skovbær

Chokolade

Abrikos

Jordbær

