

Nr. 172. September 2021. 29. årgang

DIÆTISTEN

Kost og Ernæringsforbundets fag- og forskningsblad for kliniske diætister

FOKUS Faglige anbefalinger

Læs også om:
Ernæring og dysfagi under indlæggelse
Hvordan opleves de nye kostråd?
Ernæringsugen uge 44

Faglighed kendetegner vores faggruppe



Af Mette Theil, formand, FaKD

En stafet gives videre – ny redaktør: Vores dygtige redaktør Anne W. Ravn skal prøve nye kræfter af på arbejdsmarkedet, og derfor vil I læsere opleve et redaktørskifte. Heldigvis kan I glæde jer til at få en erfaren fagfælle og et kendt bestyrelsesmedlem som ny redaktør. Vores dedikerede

næstformand Trine Klindt har nemlig med mod, vilje og de rette kompetencer grebet stafetten og er fra september redaktøren ved roret. Anne W. Ravn bliver heldigvis ombord og genindtræder i redaktionsudvalget som menigt medlem.

Bladet vil fortsat være et fag- og forskningsblad, og vi ser også muligheder i at få en fra FaKD-formandsskabet på redaktørposten.

Fokus i dette nummer er faglige anbefalinger.

Dem kender og anvender vi hyppigt som hjælpeværktøjer i dagligdagen. Retningslinjer viser ikke altid hele vejen. De er tiltænkt som et retningsgivende hjælpeværktøj, som skal understøtte valget af relevante behandlingsinterventioner ved givne diagnoser. Med retningslinjer kan vi bedst muligt tilbyde en ensartethed og evidensbaseret praksis i vores diætbehandling på tværs af sektorer, og det er glædeligt, at der kommer flere og flere til. Det kræver dog stadig en stor faglig viden at kunne vælge til og fra og følge retningen. Anbefalingerne fokuserer på de faglige elementer i planlægningen af en behandlingsplan, men det er ikke en lærebog eller opskriftsbog, som man skal følge 100% eller trin for trin. Anbefalingerne forholder sig bl.a. ikke til aktuelle sundhedsøkonomiske rammer, som jo groft sagt definerer, hvor meget behandling og af hvilken kvalitet den enkelte borger kan tilbydes.

Mange spørger, om der er en konsekvens, hvis vi ikke følger de kliniske retningslinjer, og om det er SKAL eller KAN.

Det er jo ikke altid, at I oplever at f.eks. anbefaling om frekvens og varighed kan understøttes af rammerne i overenskomsten. Det er dit ansvar og opgave som fagperson at tilrettelægge en behandling, som tager højde for både de økonomiske rammer og relevante faglige anbefalinger på området. Afviger du fra en anbefaling bør det fremgå i dit journalnotat. Nogle gange ville det være lettest, hvis en anbefaling var sort/ hvid, men sådan er det jo bare ikke, når vi arbejder med mennesker.

FaKDs egne retningslinjer, rammeplanerne, indeholder elementer af samme struktur og indhold, som de Nationale kliniske retningslinjer. Rammeplanerne indeholder derud over også mange "best practice tips", som mange medlemmer finder brugbare, lytter jeg mig til. Som nyuddannet husker jeg, hvor meget jeg og kollegaerne brugte rammeplanerne i mødet med en patient med en diagnose, man ikke var så øvet i. Der sker hele tiden udvikling, og derfor er det væsentligt, at vi som fagprofessionelle holder os à jour, så vi fortsat kan handle ud fra en høj faglighed på ekspertise-niveau.

Vil du gerne blive opdateret på bl.a. den nye retningslinje fra Sundhedsstyrelsen vedr. underernæring og omkring de nye journalføringsregler og lære et nyt system at kende ift. at søge hurtige, evidensbaserede svar på diætetiske spørgsmål, vil jeg anbefale dig at deltage på årsmødet i oktober i Odense. Vi trænger til at mødes igen efter, at isolation, karantæne og virtuelle møder har været en stor del af hverdagen de seneste år.

Vi håber, I møder lige så talstærkt op, som I plejer. Det bidrager til at gøre det til en skøn dag og styrke det fællesskab, der er så vigtigt for en lille faggruppe som vores.

KOST OG ERNÆRINGSFORBUNDET
SUNDHED ER EN RET

UDGIVER

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

ISSN 1395-1169

Nr. 173 udkommer 22. oktober 2021.

REDAKTØR

Trine Klindt, tk@diaetist.dk
Tlf. 3023 7904

ANSVARSHAVENDE

Mette Theil, mp@diaetist.dk
Tlf. 2685 5978

TRYK

Jørn Thomsen Elbo, www.jto.dk

GRAFIK OG ILLUSTRATIONER

Emma Høeg Hansen

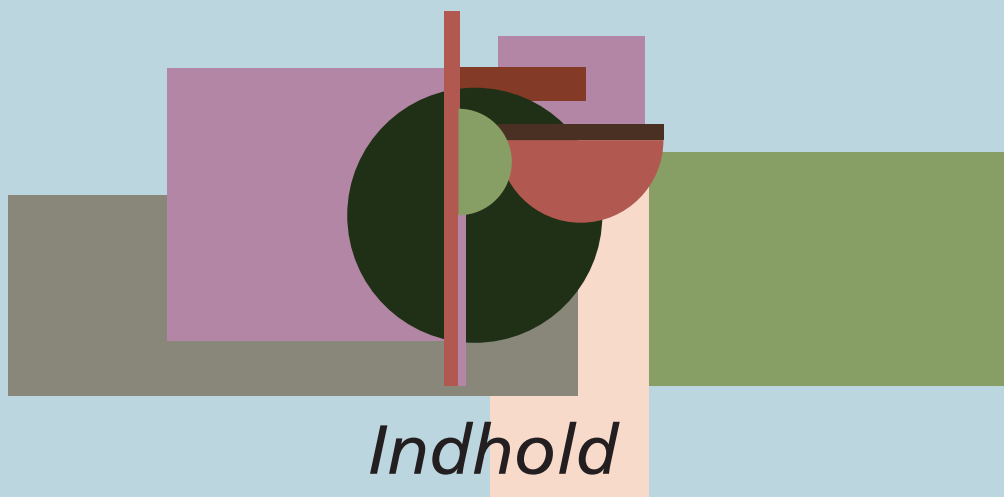
Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere indlæg, så de fremstår mere læsevenlige. Annoncer og indlæg i Diætisten udtrykker ikke nødvendigvis redaktionens og Fagligt selskab af Kliniske Diætisters holdning.

SEKRETARIATSADRESSE

Fagligt selskab af Kliniske Diætister
Kost og Ernæringsforbundet
Holmbladsgade 70
2300 København S
www.kost.dk/fakd

Det faglige selskab kan kontaktes på post@diaetist.dk eller telefonisk på 7020 2615. Du kan ringe mandag-torsdag fra 8.30-15.00 og fredag 8.30-13.30. Hvis vi ikke er ved telefonen, bedes du indtale en besked; så ringer vi tilbage snarest muligt. Du kan også sende en mail.

Hvis din henvendelse haster eller vedrører fagforeningsrelaterede spørgsmål, kan du også kontakte Kost og Ernæringsforbundets sekretariat på tlf. 3163 6600.



KORT NYT	
Practice-based Evidence in Nutrition: PEN®	6
Ernæringsugen	7
Hvordan opleves de nye kostråd?	8
FOKUS	
Faglige anbefalinger - hvornår KAN eller SKAL de følges?	12
VIP'er, kommunale procedurebeskrivelser og kliniske retningslinjer inden for ernæring – godt eller skidt?	16
Kosttilskud med D-vitamin og kalcium på plejehjem – plads til forbedring	18
Sikre arbejdsgange er vigtige for de ældres ernæring	22
ARTIKLER	
Mange indlagte, ældre medicinske patienter er fortsat i ernæringsrisiko	26
Diætister kan også gøre en forskel for osteoporosepatienter	30
BACHELOROPGAVER	
Ernæring og dysfagi under indlæggelse	32
Hvilken effekt har vægtneutrale interventioner på kardiometaboliske risikofaktorer hos voksne med overvægt?	34
MIN DIÆTISTDAG	38
KALENDER	39



Uden tilsat
sukker



Mange
nyheder

Gratis
vareprøver?
Skriv til os!



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

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





FAGLIGT SELSKAB AF KLINISKE DIÆTISTER

Invitation til FaKDs årsmøde 2021

Fredag 29. oktober 2021 kl. 9.00-15.45

Mødecenter Odense, Buchwaldsgade 48, 5000 Odense C

PROGRAM

- 09.00 – 09.30 Registrering, morgenmad og besøg ved standene
- 09.30 – 09.35 Velkomst og præsentation af dagens program v/ Mette Theil, Formand for FaKD
- 09.35 – 10.15 Lavt stofskifte og livskvalitet – kostforsøg med antiinflammatorisk kost: Projekt Magnolia v/ Stephanie Elisabeth Vierø, sygeplejerske, cand.cur., ph.d. studerende, Endokrinologisk afd. M, Odense Universitetshospital
- 10.15 - 11.00 Vægttabsbehandling ved svær overvægt, uden kirurgi v/ Carsten Dirksen, overlæge, afsnit for Overvægt og Ernæring, Amager Hvidovre Hospital
- 11.00 – 11.20 "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko" – Ny vejledning skal forbedre indsatsen omkring underernæring hos patienter og ældre borgere v/ Tatjana Hejgaard, chefkonsulent, Sundhedsstyrelsen (virtuelt)
- 11.20 – 11.50 Sektorovergange, praksisnære erfaringer og tværfagligt samarbejde v/ Anne Kahr Lysdal, klinisk diætist og Lotte Boa Skadhauge, sygeplejerske, cand.cur., Aalborg Universitetshospital
- 11.50 – 12.50 Frokost og besøg ved standene
- 12.50 – 13.45 Dialogens potentiale i diætbehandling v/ Nanna Ruengkratok Lang, lektor, cand.psych., ph.d., Ernæring og Sundhed, VIA University College, Aarhus
- 13.45 – 14.00 Journalføringsbekendtgørelsen og sektorspecifikke vejledninger v/ Styrelsen for Patientsikkerhed og Luise Persson Kopp, klinisk diætist, cand.scient.san., FaKD's bestyrelse
- 14.00 – 14.30 Pause og besøg ved standene
- 14.30 – 15.30 An introduction to the global PEN[®]-system for dietitians (Practice-based Evidence in Nutrition). PEN[®] er en global søge database, hvor du som praktiker kan finde opdaterede evidensbaserede svar på utallige diætetiske spørgsmål. V/ Eleanor Johnstone (virtuelt, afholdes på engelsk)
Praktiske erfaringer med anvendelsen af PEN[®] v/ Trine Klindt, klinisk diætist og Randi Tobberup, klinisk diætist, cand.scient., ph.d. Begge FaKDs bestyrelse.
- 15:30 – 15.45 Afslutning og kort nyt fra FaKD

Programmet er med forbehold for ændringer.

PRIS

Årsmødet er for FaKD-medlemmer: 395 kr.

Studerende: 295 kr., maks. 10 pladser.

TILMELDING

Inden 11. oktober via <https://kost.dk/events>

Practice-based Evidence in Nutrition: PEN®

Hvad er PEN®, og hvordan kan du bruge det?

Af Eleanor Johnstone PG Dip, BSc, RD, Professional Practice Manager (Education, Practice and Policy), British Dietetic Association (BDA) og Trine Klindt, klinisk diætist og næstformand i FaKD

PEN® står for Practice-based Evidence in Nutrition og er en international vidensdatabase for diætister, som blev introduceret i 2005 i anledning af, at de canadiske diætister havde et ønske om en manual for diætister, som de kunne søge i online. De oprindelige mål med PEN® var derfor at lave et system som:

1. Kunne give hurtig adgang til korte evidens-baserede anbefalinger fra ledende eksperter og praktikere indenfor specifikke ernæringsfaglige områder.
2. hurtigt og nemt kunne hjælpe diætister med at finde de sidste nye informationer om en lang række emner indenfor ernæring og diætetik.
3. skabe adgang for diætister til de bedste, evidensbaserede, praktiske redskaber i mødet med patienter og borgere.

Snart ønskede diætister fra hele verden adgang til PEN®, og i 2010 blev systemet derfor gjort internationalt tilgængeligt, og hermed blev PEN® den globale database for ernæring i praksis. Databasen er nu administreret i et partnerskab mellem diætisternes organisationer i Canada, England og Australien.

PEN® accepterer ikke indtægter fra industrien eller gennem reklamer

og indtægter kommer udelukkende gennem medlemskaber, som geninvesteres i databasen, så den konstant er à jour med nyeste, evidensbaserede viden og desuden kan vokse i takt med øget behov for viden og redskaber.

PEN® er udviklet af diætister til diætister. Diætister skriver indholdet til PEN® efter en fast og solid procedure til at vurdere, undersøge, tilegne og anvende evidens til at udvikle praktiske retningslinjer og redskaber til diætister.

Databasen er organiseret som mere end 200 "Knowledge Pathways (KP) eller "veje til viden" på dansk. Der er for eksempel en KP til kræft, som besvarer følgende spørgsmål:

- Hvad er den optimale diætetiske strategi for håndtering af kræftrelateret kvalme og opkast hos voksne?
- Hvad er den optimale strategi for håndtering af smagsændringer hos voksne, som er i kræftbehandling?
- Er probiotika effektivt ift. at reducere behandlingsinduceret diarre hos patienter med kræft?

Hvis du vil vide mere om PEN®, kan du se en video på https://www.pennutrition.com/content/PEN_COMMUNITY_What_is_PEN

Hvis du vil vide mere om, hvordan du får mest muligt ud af databasen, kan du se Tours og Video tutorials på <https://www.pennutrition.com/toursvideotutorials.aspx>

PEN® er også aktiv på de sociale medier, hvor du løbende kan få informationer om nyeste opdateringer, artikler, redskaber osv. i databasen.

- Twitter (<https://twitter.com/pennutrition>),
- Facebook (<https://www.facebook.com/PENNutrition>),
- LinkedIn (<https://www.linkedin.com/company/pennutrition>)
- Instagram (<https://www.instagram.com/pennutrition>)

FaKD har netop lavet en aftale med PEN®, således at 100 danske diætister kan afprøve PEN® i et år uden egenbetaling fra d. 1. oktober 2021. For at komme i betragtning til denne udgiftsfrie adgang er det et krav, at man er medlem af FaKD og har et diætetisk arbejde, hvor PEN®-systemet kan være relevant at benytte. Efter et års brug af PEN® skal de 100 FaKD-medlemmer evaluere databasen, hvilket vil danne grundlag for en beslutning om FaKDs videre engagement i PEN®.

Hvis du ønsker at afprøve databasen samt evaluere den efter 1 års brug, skal du sende en mail til Trine Klindt på tk@diaetist.dk med en kort begrundelse for, hvorfor databasen kan være relevant for dig. Indtil videre kan alle medlemmer afprøve PEN® gratis i 24 timer via PEN®'s hjemmeside www.pennutrition.com

Vi håber at I med nysgerrighed vil følge med i PEN®-rejsen og kontakte Næstformand i FaKD Trine Klindt på tk@diaetist.dk, hvis I har kommentarer eller spørgsmål til databasen.



Ernæringsugen

Rigtig ernæring nytter - uge 44

Af Mette Holst, professor, forskningsleder, ph.d., Center for Ernæring og Tarmsvigt, Aalborg Universitetshospital, og Klinisk Institut, Aalborg Universitet, mette.holst@rn.dk og Mie Lauwersen, sundhedspolitisk konsulent, Kost og Ernæringsforbundet, mla@kost.dk

Igen i år vil Optimal Nutrition Care for All (ONCA) Danmark i et samarbejde med ONCA International og Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) arrangere "Ernæringsugen - rigtig ernæring nytter" i uge 44.

Formålet med ernæringsugen i Danmark 2021 er at sprede budskabet om behovet for ernæringsindsats og prioritering af "implementering, viden og hænder" i den individualiserede ernæringsindsats til patienter og borgere med ernæringsrisiko. Ugen kommer igen i år til at bestå af enkelte nationale temadage, hvortil der fortsat søges om støtte, og jeres lokale, fysiske initiativer samt online-events og et "on demand programme" med indsendte video-præsentationer. Kost og Ernæringsforbundet lægger hjemmeside og vejledning til. ONCA er et initiativ baseret på The European Nutrition for Health Alliance (ENHA) som arbejder for at fremme og gennemføre screening for ernæringsrisiko og optimal ernæringsbehandling på tværs af Europa, øge offentlighedens bevågenhed i forhold til underernæring, dele god praksis, skabe innovation samt forbedre uddannelse og praksis i

forhold til ernæring. ENHA har foretræde for Europa-Parlamentet. ONCA støtter de 19 europæiske medlemslande ved at etablere og styrke nationale platforme til at gennemføre ernæringscreening og forbedre ernæringsbehandlingen. I en række af landene arbejder de nationale platforme sammen med sundhedsministerierne eller som i Danmark med Sundhedsstyrelsen. De 19 lantedelegationer mødes to gange om året for at opdatere status på udvikling indenfor landenes praktiske arbejde med ernæringsrisiko i samfundet. Derudover diskuteres det politiske engagement og der udveksles erfaringer om god praksis samt arbejde tmed innovationsprojekter. For nogles vedkommende bruges møderne også til at inspirere hinanden og dele erfaringer om ernæringsuge-initiativer. Desuden har hvert medlemsland en platform på hjemmesiden indenfor ONCA's fire virkeområder:

- Measure (Måle)
- Educate (Uddanne)
- Implement (Implementere)
- Influence (Skabe indflydelse - især politisk)

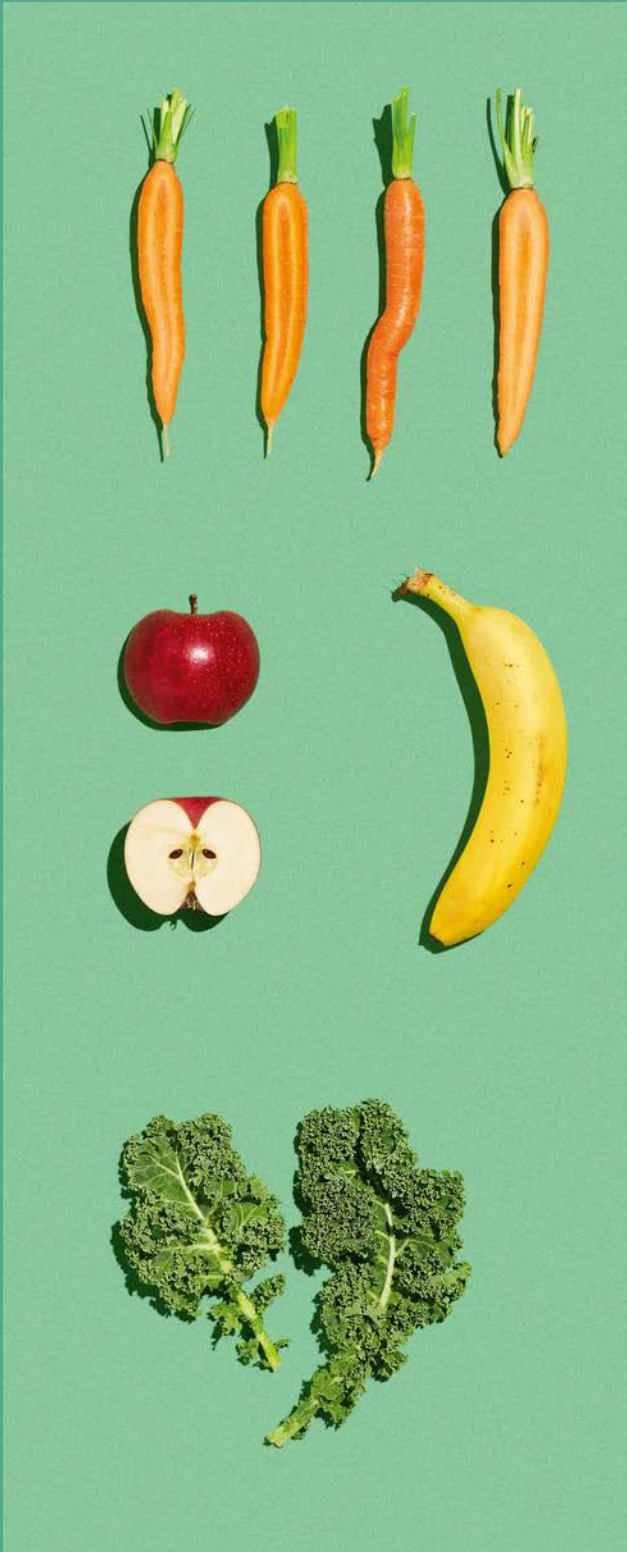
ONCA-Danmark er en datterorganisation til det internationale ONCA og består af et samarbejde mellem DSKE, Fødevarer til Medicinske Formål (FMF), Kost og Ernæringsforbundet samt patientforeninger - aktuelt er kun Lungeforeningen aktiv. Sundhedsstyrelsen deltager som observatør med en person til de fleste møder. Ernæringsugen 2021 er planlagt at til

at finde sted i Storbritannien, Portugal, Spanien, Israel, Frankrig, Italien, Grækenland, Belgien, Holland, Danmark og Østrig; sidstnævnte er med for første gang. Ernæringsugen afholdes i flere lande ligesom i Danmark i uge 44, og er allerede afholdt i nogle lande. Til gensidig idegenerering og inspiration afholdes der i regi af ONCA møder imellem landene, og en række aktiviteter er blevet diskuteret lige fra prævalens- og omkostningsbesparende undersøgelser, skabeloner og standardplaner til nemmere ernæringscreening, webinarer til uddannelse og lancering af problemstillingerne via TV-læger.

En kort rapport fra sidste års ernæringsuge i Danmark kan læses her: <https://european-nutrition.org/malnutrition-week/the-danish-malnutrition-awareness-week/> Succesen af ernæringsugen er afhængig af jeres engagement og bidrag, og vi håber, at mange af jer har lyst til at bidrage til et spændende program, uanset om I målretter jeres aktiviteter mod patienter, borgere, pårørende, kollegaer, beslutningstagere eller politikere. Vi håber, I vil bidrage til ugen ved at etablere aktiviteter, inspirere andre og lade jer selv inspirere af de mange oplæg og initiativer, der sker i løbet af ugen.

Læs mere

<https://kost.dk/ernaeringsugen-vaer-med-til-saette-ernaeringsrisiko-paa-dags-ordenen>
<https://european-nutrition.org/>
<https://european-nutrition.org/countries/denmark/>



Kilde: www.altomkost.dk

Hvordan opleves de nye kostråd?

Af Mette Theil, formand, FaKD og Trine Klindt, næstformand, FaKD

I marts måned besluttede bestyrelsen i FaKD at tage pulsen på medlemmernes holdning til Fødevarestyrelsens syv nye, officielle kostråd, som blev lanceret i januar.

Straks efter lanceringen fik vi meldinger fra medlemmer, som syntes, at "De officielle kostråd - godt for sundhed og klima" var en stor mundfuld for patienter/borgere/klienter (p/b/k) og samtidig også en svær opgave at videreformidle.

Det er ikke alle medlemmer, som har p/b/k, for hvem kostrådene er relevante, da rådene jo kun er målrettet den raske del af befolkningen mellem to og 65 år. Der findes supplerende råd for gravide/ammende, ældre over 65 år samt vegetarer der spiser æg og mejeriprodukter. Klimahensynet i de nye kostråd fylder dog for alle befolkningsgrupper – også for de syge og indlagte patienter.

Som autoriserede sundhedspersoner med speciale i ernæring arbejder vi ansvarsfuldt og patientsikkert. Vi skal sikre sundheden og den rette ernæring i enhver situation og har traditionelt ikke skænket klimaet mange tanker i den sammenhæng. Men det skal vi nu, hvilket kan skabe forvirring i vores vejledningssituationer. Når en diætist kan synes kostrådene er kryptiske, har vi en stor udfordring foran os. Selvfølgelig skal vi alle tage hensyn til klimaet, men sundheden kommer først for vores faggruppe.

Tak til jer alle der har svaret på undersøgelsen. Vi har på baggrund af jeres svar dannet os et billede af, hvordan I oplever de nye kostråd i teori og praksis.

Spørgeekemaet blev besvaret af 45 medlemmer i løbet af maj/juni 2021.



Spørgsmål 1

Er dine borgere, patienter, klienter opmærksomme på, at der er kommet nye kostråd?

Nogle respondenter arbejder med borgere, som ikke er målgruppen for kostrådene, fx ældre på plejehjem eller ernæringstruede borgere i eget hjem.

Andre oplever, at deres p/b/k er særligt opmærksomme på, at der nu anbefales mindre kød og æg end tidligere, men langt de fleste respondenter oplever slet ikke, at de p/k/b, de møder i hverdagen, kender til de nye officielle kostråd.

Spørgsmål 2

Hvor ser du den største forskel ved de nye 7 kostråd ift. de 10 "gamle" kostråd?

Mange mener, at de tidligere 10 kostråd var mere konkrete, og de nye kostråd er sværere at gennemskue SAMT efterleve – særligt pga. anbefalingerne ift. æg, mejeri og kød sammen med anbefalingen om at indtage 100 g bælgfrugter om dagen.

Der hersker desuden stor uenighed om, hvorvidt kostrådene også skal inkludere klimahensyn, og holdningen hos de fleste respondenter er, at de officielle kostråd kun skal relatere sig til sundhed. Mange vurderer derudover, at deres målgrupper får svært ved at efterleve de nye kostråd, fordi anbefalingerne ligger for langt fra mange p/b/k habituelle kostvaner, og en del vil også have svært ved at forstå sammenhængen mellem sundheds- og klimahensyn.

Spørgsmål 3

Er du fagligt uenig i nogle af de nye kostråd?

Spørgsmål 4

Ser du en udfordring ved de nye kostråd?

Igen mener mange af respondenterne, at den største udfordring er begrænsningen af kød, mejeri og æg til et urealistisk lavt niveau samtidig med, at anbefalingen om 100 g tilberedte bælgfrugter om dagen er et urealistisk højt niveau.

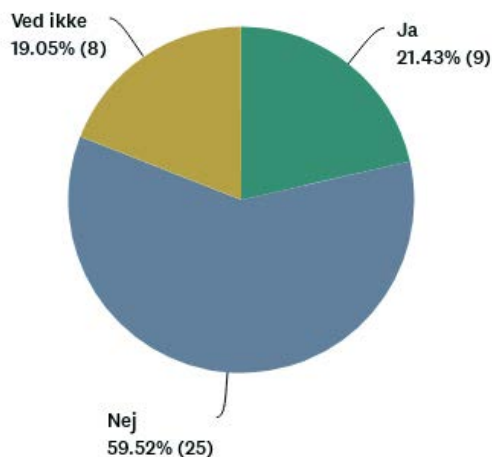
De fleste ser også en stor udfordring ved at skulle argumentere for det store klimahensyn, som relaterer sig til kostrådene.

Få respondenter nævner en udfordring ved, at nogle af rådene er præciseret mere end tidligere (fx 100 g mørkegrønne grøntsager og 100 g røde/orange grøntsager om dagen). De udtrykker, at det i forvejen var svært at få deres målgruppe til at indtage 600 g frugt og grønt om dagen – og de forventer ikke, det bliver lettere med denne specificering.

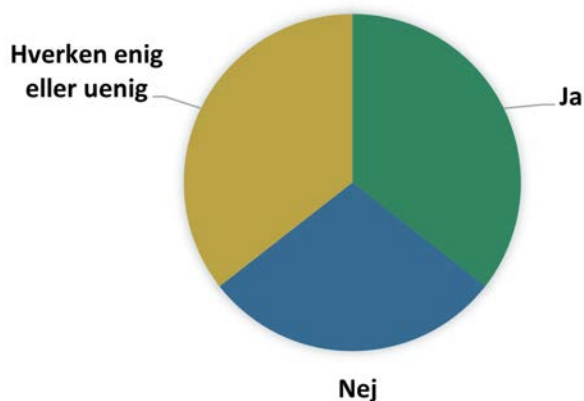
Omvendt mener nogle respondenter, at kostrådene er for vage, da de udtrykkes som "mere", "mindre", "flere" og "vælg...".

For nogle respondenter anses kostrådene bare som en kilde til dårlig samvittighed hos borgeren/klienten/patienten og alt for urealistiske at efterleve, hvilket betyder, at nogle formentlig nok vil opgive på forhånd.

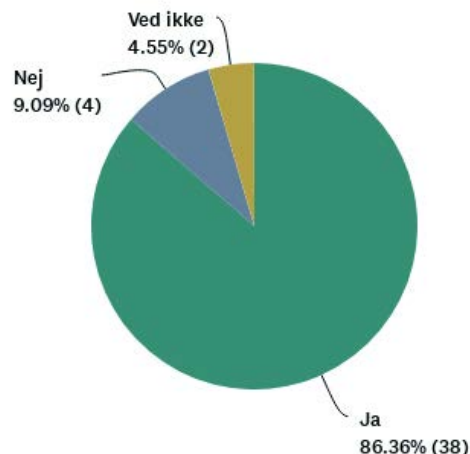
Spørgsmål 1



Spørgsmål 3



Spørgsmål 4



Spørgsmål 5

Mangler du teoretisk viden omkring bl.a. baggrunden for anbefalingerne for at kunne vejlede optimalt efter de nye officielle kostråd?

De fleste af respondenterne mener, de er godt inde i evidensen for de sundhedsmæssige gevinster ved at følge kostrådene, men ikke de klimamæssige gevinster. Mange mener også, at det ligger uden for deres fagområde at kende til "klimadelen".

De respondenter, der har læst baggrundsrapporten for de nye officielle kostråd, føler sig dog godt informeret, mens de, der ikke har, savner kortere materiale, som dog stadig forklarer baggrunden for de nye kostråd.

Få respondenter efterlyser webinarer/kurser, som omhandler de nye officielle kostråd, hvilket FaKDs bestyrelse selvfølgelig vil tage til efterretning.

Spørgsmål 6

Mangler du nogle praktiske færdigheder for at kunne vejlede efter de nye kostråd?

Respondenterne efterspørger især opskrifter på retter med bælgfrugter samt idéer og kurser, som kan give dem redskaber til at vejlede omkring bælgfrugter (og til dels også grøntsager), og hvordan disse i højere grad kan integreres i danskernes kost.

Nye tallerkenmodeller efterspørges også sammen med dagskostforslag, som efterlever de nye kostråd.

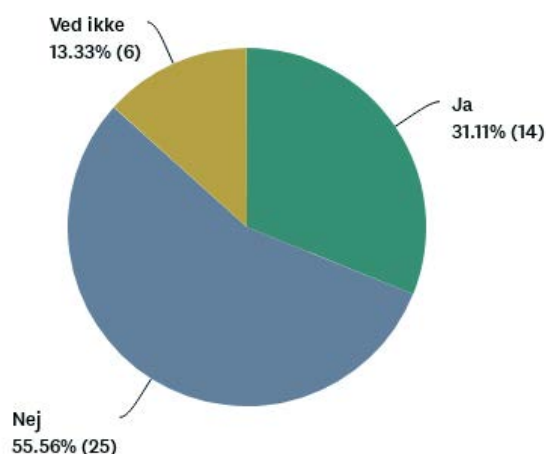
Spørgsmål 7

Har du set, at der også er udkommet supplerende kostråd til andre målgrupper end raske børn og voksne?

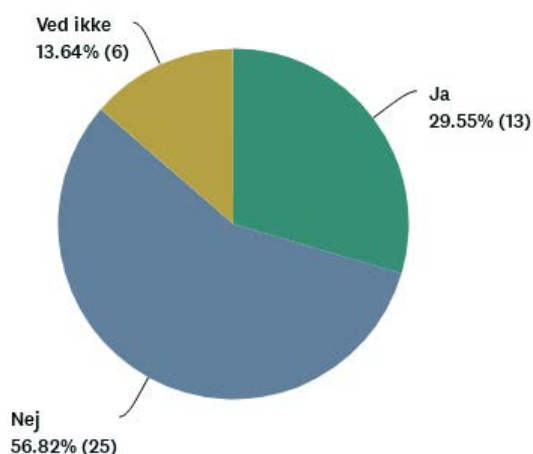


Kilde: www.altomkost.dk

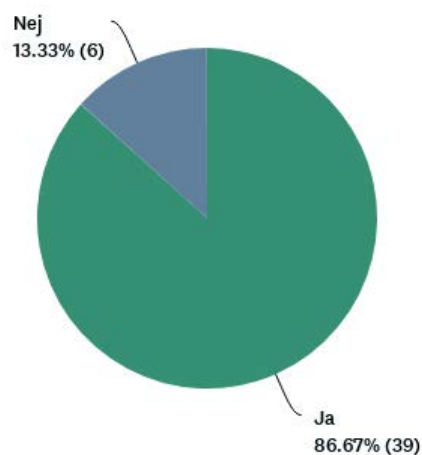
Spørgsmål 5



Spørgsmål 6



Spørgsmål 7



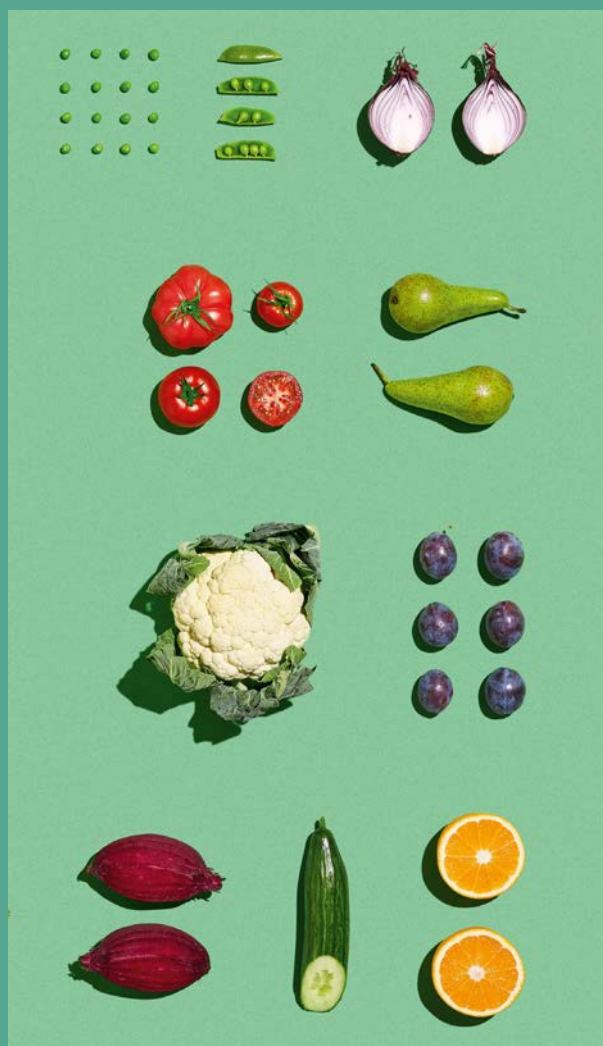
Spørgsmål 8

Har du yderligere kommentarer til de nye kostråd?

Der er stor uenighed blandt undersøgelsens respondenter ift. inddragelsen af klimahensyn i kostrådene. Derudover kommenteres det materiale, som er udarbejdet for at understøtte formidlingen af kostrådene, meget forskelligt.

Udpluk fra kommentarfeltet:

- "Jeg synes, vi som forening bør lægge op til, at kostråd fremover skal udgives af Sundhedsstyrelsen (som f.eks. råd om alkohol), så sundhedsperspektivet bliver det bærende".
- "Nogle billeder i materialerne er pædagogiske, da anbefalingerne er tilberedte mængder, og der vises f.eks. rå kylling. Fint med portionerne i råderumsrapporten, da det er anvendeligt i vejledning og undervisning".
- "Jeg synes generelt, at de nye kostråd tager mere hensyn til miljøet end menneskets behov og sundhed. Rådene kræver viden for at kunne sammensætte en kost, der dækker behovet. En viden jeg tvivler på, at alle har. Når man reducerer i mængden af mejeriprodukter, skal calcium fås et andet sted fra. Hvis man så ikke spiser masser af spinat, broccoli, mandler mm., så er man på den.
- "Jeg synes, det er kanon, at kostrådene nu også inkluderer klimaråd. Bakker fuldt ud op om dette".
- "De nye kostråd er meget gode og godt formuleret og meget bedre end de forrige, men klimaet hører ikke hjemme i den kontekst".
- "Jeg synes, det er skudt ved siden af at blande sundhed med klimapolitik!"
- "Jeg synes ikke, der skulle stå mængder på, og jeg synes, at der skulle være en anbefaling om ikke at spise rødt kød".



Kilde: www.altomkost.dk

FaKDs bestyrelse vil anvende jeres besvarelser til at forbedre kommunikation, kurser, efteruddannelse mm., som omhandler de nye kostråd.

Det er dog væsentligt at huske, at de officielle kostråd er vejledende anbefalinger for den raske danske borger mellem to og 65 år. Vores (multi)syge patient/borger/klient skal ofte følge andre ernæringsstrategier, og her findes faglige anbefalinger for disse målgrupper.

Kliniske diætister er ikke forpligtiget til at vejlede med udgangspunkt i de officielle kostråd, men de kan være nyttige at inddrage i nogle vejlednings- og undervisningssituationer. Og sidst men ikke mindst kan de anvendes, når man som klinisk diætist gerne vil vejlede i mere klimavenlige kostvaner.

Dette nummer af DIÆTISTEN har fokus på de faglige anbefalinger, vi som autoriserede sundhedspersoner (måske) anvender i vores daglige kliniske arbejde og arbejdet med kvalitetsudvikling. Indledningsvist har bestyrelsen reflekteret over, om faglige anbefalinger kan støtte implementeringen af god og ensartet ernæringspraksis.

På de følgende sider bringes artikler med fællesnævneren: Anvendelsen af faglige anbefalinger i praksis.

Nationale kliniske retningslinjer Guidelines Instrukser Rammeplaner Behandlingsvejledninger & andre sundhedsfaglige anbefalinger - hvornår KAN eller SKAL de følges?

Af Trine Klindt, næstformand, FaKD, tk@diaetist.dk

Dette nummer af DIÆTISTEN har fokus på de faglige anbefalinger, vi som autoriserede sundhedspersoner anvender i vores daglige arbejde. Faglige anbefalinger kendes som bl.a. Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), guidelines, instrukser og behandlingsvejledninger. Vores egne faglige anbefalinger "fra diætist til diætist" benævnes rammeplaner, og udarbejdelsen samt opdateringen af disse er en stor og vigtig del af FaKDs opgaver. Mange af FaKDs medlemmer er desuden med til at udarbejde andre faglige anbefalinger til national eller lokal anvendelse.

Diætister benytter sig generelt både af lokale, nationale og internationale faglige anbefalinger i hverdagen – men må vi egentlig selv bestemme, hvilke anbefalinger vi læner os op ad?

I denne introducerende artikel om faglige anbefalinger vil jeg forsøge at redegøre for, hvornår og hvorfor vi SKAL og KAN anvende diverse anbefalinger og hvilken grad af frihed, vi som autoriserede sundhedspersoner har ift. at underbygge og dokumentere vores daglige arbejde med ernæringsbehandling af patienter, klienter og borgere.

Eksemplet på side 14 over udvalgte faglige anbefalinger, er et udtryk for medlemmerne af FaKD's bestyrelses subjektive kendskab til og anvendelse af nogle gode anbefalinger. Der findes naturligvis mange andre relevante anbefalinger, som I anvender i jeres hverdag. Vi vil derfor meget gerne have jeres input, så vi kan fortsætte listen og dermed lave en samlet overblik over gode og anvendte faglige anbefalinger for kliniske diætister i Danmark.

Skriv gerne til FaKD på mailen tk@diaetist.dk, hvis du vil dele dine gode erfaringer med en eller flere faglige anbefalinger – skriv også gerne en begrundelse ift. hvorfor du anvender netop denne anbefaling.

Hvad siger love og bekendtgørelser

Som autoriserede sundhedspersoner er kliniske diætister underlagt diverse lovgivninger og bekendtgørelser som fx Sundhedsloven, Journalføringsbekendtgørelsen og Autorisationsloven.

I sidstnævnte § 17 står der:

En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.

Dykker man ned i "omhu og samvittighedsfuldhed", finder man i et notat fra Styrelsen for Patientsikkerhed (2019) "Hvad vil det sige at være autoriseret sundhedsperson?" denne uddybning:

I autorisationslovens § 17 står der, at du som autoriseret sundhedsperson har pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i dit arbejde. Det vil sige, at du tager selvstændigt ansvar for, at dit arbejde udøves fagligt forsvarligt, at du holder dig á jour med udviklingen inden for dit fagområde, og at du følger de lovbekendtgørelser og vejledninger, som er gældende inden for dit fagområde.

Her står altså blot, at autoriserede sundhedspersoner SKAL holde sig á jour med udviklingen - men ikke, at vi skal følge bestemte guidelines, retningslinjer, instrukser mm. Vejledninger kan dog nok omfatte nogle af disse.

I journalføringsbekendtgørelsen står der desuden i:

§ 15. Oversigt over oplysninger ved konkrete patientkontakter, der kan være nødvendige:

Stk. 11) Overvejelser hvis Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges væsentligt.

Netop fravigelse af instrukser og vejledninger er en af de vigtigste ændringer og præciseringer i journalføringsbekendtgørelsen af 1. juli 2021 og de fem sektorspecifikke vejledninger.

Det bliver her præciseret, at man kun skal journalføre sine overvejelser ift. anvendelse af faglige anbefalinger, hvis man fraviger væsentligt fra Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser.

Det er samtidig det tætteste, vi kommer på en lov eller bekendtgørelse, der fortæller, at vi som autoriserede sundhedspersoner SKAL følge vejledninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) og Sundhedsstyrelsen (SST). Det kunne fx være Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), samt andre anbefalinger og vejledninger fra de to styrelser eller behandlingsstedets lokale instrukser. Lokale instrukser kender vi fx som en VIP (Vejledning, Instruks, Procedurebeskrivelse) eller PRI (Politikker, Retningslinjer og Instrukser) på hospitalet.

På SST's hjemmeside kan vi desuden læse at:

De nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale.

Beslutningsstøtte er ligeledes en uklar betegnelse for en faglig anbefaling, der samtidig skal være gældende grundlag for en given

behandlingsstrategi. Der eksisterer dog ikke konkrete Nationale Kliniske Retningslinjer for kliniske diætister, da ingen NKR er målrettet særlige faggrupper. Vi er indirekte skrevet ind i et par stykker, hvor der blot anbefales "ernæringsbehandling". Desuden er der enkelte NKR, hvor kliniske diætister har været medvirkende til udarbejdelsen.

KAN eller SKAL

Vi SKAL derfor som autoriserede sundhedspersoner blot huske at journalføre vores overvejelser, hvis vi ikke følger en NKR, anbefaling eller vejledning fra SST eller STPS eller en lokal instruks for et givent behandlingsområde. Overvejelser kunne fx være, at NKR kan være forældede ift. nyere internationale guidelines for området. På SST's hjemmeside skriver de under: Opdatering af eksisterende Nationale Kliniske Retningslinjer: *En national klinisk retningslinje gælder som udgangspunkt i tre år.*

Der kunne også være eksempler på behandlingsområder, hvor vi ikke har en NKR, national vejledning eller lokal instruks som omfatter ernæringsbehandlingen.

Interessant er det under alle omstændigheder, at der kun implicit i journalføringsbekendtgørelsen er anført, at vi som autoriserede sundhedspersoner SKAL tage udgangspunkt i Nationale Kliniske Retningslinjer og vejledninger samt lokale instrukser. Der står tilmed implicit, at vi KAN tage udgangspunkt i andre faglige anbefalinger, hvis vi begrundet og dokumenterer vores overvejelser bag dette valg. Disse vage formuleringer gør det svært at konkludere, hvordan vi som fagpersoner egentlig skal forholde os til NKR og andre faglige vejledninger fra både SST og STPS.

Det må således være op til den enkelte kliniske diætist at vurdere (og begrunde, hvis der fraviges væsentligt fra Nationale Kliniske Retningslinjer og vejledninger samt lokale instrukser), hvilken faglig anbefaling der bedst anvendes i en given behandlingssituation.

Eksempel på dokumentation for fravigelse ved Ernæringsintervention (uddrag):

Prioritering og målsætning: Pt. er motiveret for at afprøve energireduceret lav-kulhydratdiæt for at opnå delmål: væggtab >1 kg til næste aftale om 1 måned. Det vurderes forsvarligt at afprøve diæten med nuværende medicinske behandling samt muligt jf. kostmønster og -vaner.

Diæt- og ernæringsanbefaling: Kulhydratreduceret diæt, med afprøvnings af lav-kulhydratdiæt.

Udleveret: Skriftlig materiale vedr. lav-kulhydratdiæt, forholdsregler mv.

Accept og samtykke: Pt. er oplyst om lav-kulhydratdiæt, forholdsregler ved hypoglykæmi samt risici ved et meget lavt kulhydratindtag, hvilket frarådes. Pt. accepterer og samtykker til ovenstående

Det kan afslutningsvist tilføjes, at den faglige nytte af både SST's og STPS's retningslinjer, anbefalinger og vejledninger, i nogle tilfælde begrænser sig til, at der blot beskrives, hvornår der skal være en ernæringsindsats, og hvem der skal varetage denne - men ikke noget detaljeret om selve interventionen.

Detaljerede anbefalinger af selve ernæringsinterventionen finder vi heldigvis i vores egne rammeplaner, som forsøges opdateret minimum hvert ottende år.

Her ses eksempler på faglige anbefalinger, som FaKDs bestyrelsesmedlemmer særligt bruger i hverdagen eller har kendskab til:

Faglige anbefalinger	Patientgruppe	Udgiver	Hvorfor er den god?
Behandling af patienter med levercirrose i ambulant regi	Patienter med cirrose	Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi	Den er kort og tydeliggør termer, som er væsentlige ved cirrosepatienter.
Hepatisk encefalopati (HE) ved levercirrose	Patienter med cirrose	Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi	Kort og forklarende omkring behandlingen. Afsnittet vedr. ernæringsterapi er ikke konkret eller uddybet nok - hertil skal man læse mere andet sted.
Colon irritabile (IBS): Udredning og behandling	Voksne i gastroenterologisk speciallægepraksis, ambulatorium og hospitalsafdeling	Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi	Fordi man kan vise sin patient flowchartet over, hvorfor og hvornår man anbefaler hvad til hvilket IBS-symptom. En god oversigt over udredningen og behandlingen.
Cøliaki: diagnostik, behandling og kontrol	Voksne med cøliaki	Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi	God og letforståelig, viser desuden at cøliakipatienter bør tilbydes diætvejledning ved klinisk diætist.
Hypothyroidisme	Udredning og behandling af primær hypothyroidisme og subklinisk hypothyroidisme hos voksne Behandling af myksødem koma	Dansk Endokrinologisk Selskab	Kommer omkring de forskellige stadier og grader af sygdommen og behandlingen, giver en god oversigt, men man bør kende lidt til sygdommen i forvejen for bedste udbytte.
ESPEN guidelines on clinical nutrition in cancer	Patienter med cancer	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)	En samlet oversigt over de europæiske anbefalinger for cancerpatienter med uddybende litteraturgennemgang for dem, som ønsker mere information. Passer godt i en dansk setting.
ESPEN practical guideline: clinical nutrition in cancer	Patienter med cancer	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)	En samlet quickguide med praktisk formål i ernæringsbehandling af cancerpatienter. Letlæst.
ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection	Patienter med Covid-19	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)	I lyset af nye udfordringer med indlagte covid-19 patienter er det vigtigt at have europæiske anbefalinger at læne sig op ad. Guidelinen er et vigtigt støtteværktøj med klinisk relevans.
ESPEN guideline on home enteral nutrition	Patienter med behov for sondeernæring	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)	Tung at læse, men giver en samlet oversigt over retningslinjer ved sondeernæring
ESPEN guideline on home parenteral nutrition	Patienter med behov for parenteral ernæring	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)	Primært et værktøj til viden om indikationer, type af kateter og hygiejne for patienter med parenteral ernæring i eget hjem.
ESPEN guideline clinical nutrition in neurology	Patienter med ALS og øvrige neurologiske diagnoser	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)	Guidelinen har været vigtig i vores tværfaglige behandling af ALS-patienter. Denne guideline bidrager med en samlet oversigt over nuværende europæiske anbefalinger for screening af dysfagi, monitorering af ernæringsstatus og ernæringsbehandling
Recommendations for Nutritional Management of Children with Neurological Impairment (NI)	Børn med neurologiske diagnoser	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)	Et godt hands-on værktøj til monitorering af ernæringsstatus hos børn med neurologiske lidelser. Den er dog ikke uddybende ift. evidensgrundlaget.

Dietetic Management of Children with Neurological Impairments (NI)	Børn med neurologiske diagnoser	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)	Et godt værktøj til ernæringsbehandling af børn med neurologiske lidelser. Letlæst, men uden uddybende kommentarer som vi kender det fra ESPEN guidelines. Den giver dog hands-on anbefalinger som er lette at anvende i den kliniske hverdag.
ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: Energy	Børn med behov for parenteral ernæring	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)	Ikke læsevenlig, men bidrager med anbefalinger for energi hos denne gruppe børn.
Cøliaki forløbsbeskrivelse	Børn med cøliaki	Dansk Selskab for Pædiatri	En enkel retningslinje ift. diagnose og behandling af cøliaki. Der er ikke mange diætetiske anbefalinger i forløbsbeskrivelsen, men anbefalinger om havre.
NKR: Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger	Ældre med geriatriske problemstillinger	Sundhedsstyrelsen	Retningslinjen, undersøger bl.a. hvor længe en ernæringsindsats bør vare, samt om man bør kombinere, ernærings- og træningsindsatser.
NKR: Øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser	Den primære patientgruppe er voksne personer (≥ 18 år), som er i særlig risiko for eller har fået verificeret øvre dysfagi. Ældre med geriatriske problemstillinger	Sundhedsstyrelsen	Retningslinjen indgår som belæg for tværfagligt samarbejde omkring specifikke indsatser der sikrer sufficient ernæring og hydrering samt minimering af aspirationsrisiko.
Behandling af irritable tyktarm med Low FODMAP Diet	Voksne patienter med IBS	Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD)	En praksisnær vejledning som kommer med konkrete diætetiske anbefalinger og vejledninger hos denne patientgruppe.
Rammeplan for Ernæringsterapi til borgere med geriatriske problemstillinger	Ældre patienter og borgere > 65 år	Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD)	God i en kommunal setting med mange praksisbeskrivelser decideret målrettet den kliniske diætist's daglige arbejde.

Links

Nationale kliniske retningslinjer (NKR):

<https://www.sst.dk/da/opgaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-kliniske-retningslinjer-nkr>

Lovgivning

Krav til journalføring for kliniske diætister:

<https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/journalfoering/journalfoering-for-kliniske-diaetister/>

De vigtigste ændringer og præciseringer – i journalføringsbekendtgørelsen af den 1. juli 2021 og de fem sektorspecifikke vejledninger:

<https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/journalfoering/journalfoering-for-kliniske-diaetister/~media/124AB7F1C8C74C7185B4EC77DFE21FD2>

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse, overdragelse m.v.):

<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/a/2021/1225>

Hvad vil det sige at være autoriseret sundhedsperson?

<https://stps.dk/da/udgivelser/2019/rettigheder-og-pligter-ved-autorisation/~media/D2E2DA7E600242CCB5C5CCBBE6A37DE5>

Vejledning om journalføring for specifikke autorisationsgrupper:

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9524>

VIP'er, kommunale procedurebeskrivelser og kliniske retningslinjer inden for ernæring – godt eller skidt?

Af Jens Rikardt Andersen, studieleder og lektor ved Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet, speciallæge, MPA, HD, jra@nexs.ku.dk

Jeg mener, vi behøver faglige retningslinjer inden for ernæring af patienter for at opretholde den ret høje, internationale standard, vi har i Danmark. Jeg mener samtidig, vi har brug for at øge kvaliteten. Det gælder både nationale kliniske retningslinjer og de lokale retningslinjer, der udarbejdes på baggrund af retningslinjerne. I det følgende vil jeg begrunde mine synspunkter.

Formålet med retningslinjer inden for klinisk ernæring er at sikre en ensartet, god standard for ernæringsterapi over hele landet. Det forudsætter blandt andet, at retningslinjerne er af en god faglig kvalitet og skrevet på en måde, der er forståelig for de personer, der skal følge dem.

Kun få retningslinjer opfylder disse krav, og man må mistænke, at det har konsekvenser for den faglige kvalitet af ernæringsterapien. De ernæringsfagligt uddannede må gøre en øget indsats på dette område.

Vort væsentligste problem er såmænd nok, at ernæringsaspektet mangler i mange retningslinjer om behandling af mange patientkategorier.

Jeg vil her kommentere på to hovedpunkter: den generelle effekt af retningslinjer og dernæst kvaliteten af disse.

Formålet med nationale retningslinjer, procedurebeskrivelser, instrukser, VIP'er etc. i relation til ernæring er at medvirke til, at ernæringen bliver ens i alle dele af landet. Dette betyder, at der sættes en standard for, hvor dårligt det kan være. Formålet er således at hæve bundniveauet. En sådan indsats vil altid blive opfattet som om, at bundniveauet er godt nok. Er det nu også hensigtsmæssigt?

Alle former for excellence bliver nu søgt begrænset ved regulering af ressourcer (besparelser), fordi midlerne bruges til at hæve niveauet på kritiske områder i stedet, og man er betænkelig ved, at der kan komme en kontrol i form af f.eks. akkreditering eller en

klage. Nationale retningslinjer vil således hjælpe de svage, hvilket jo er fint, men hæmme de gode, hvilket ikke er så fint. Har vi eksempler på dette? Ja, mange. Vi har set en del tilfælde, hvor patienter/pårørende eller især patientorganisationer har opfattet vejledninger som instrukser og dermed rettigheder for patienter. Et sådant perspektiv kan meget vel fastholde et meget styrende syn på vejledninger, som så ikke er til gavn for den individuelle vurdering til patientens fordel.

Lokale retningslinjer er typisk udformet efter de nationale, men tilpasset lokale forhold så som ressourcer, muligheder for at måle osv., men også politiske/økonomiske prioriteringer. De er generelt meget mere anvendelige i det daglige, mere detaljerede, men til gengæld ofte mere upræcise og med et sprogbrug, der kræver indsigt.

Hyppt er det jo social- og sundhedsassistenten, der håndterer den daglige kost/ernæring, medens procedurebeskrivelsen eller instruksen på ernæringsområdet typisk er skrevet af diætister og sygeplejersker. Har disse personalegrupper en fælles begrebsverden? - næppe! Hvad betyder "småtpisende", "underernæret", "fødeoptagelse i tarmen" og meget andet for de medarbejdere, der skal følge en vejledning? Hvad er det så, at patienterne får af forklaringer? Måske brugbart, men næppe entydigt eller samme budskaber fra alle. Der er således god grund til at se lidt på, hvorledes vore ernæringsvejledninger er udformet rundt i landet.

Erfaringsmaterialet i denne artikel er det årlige, obligatoriske kursus i kvalitetsudvikling på uddannelsen til cand.scient. i klinisk ernæring ved Københavns Universitet.

I grupper på ca. fire studerende er opgaven at finde en vejledning, instruks, procedurebeskrivelse (ofte kaldet VIP) inden for klinisk ernæring på hospitaler og så gennemgå et teoretisk projekt, hvor der fastlægges og diskuteres standarder, indikatorer, målemetoder mv., og hvor forfatteren giver nogle måleresultater, så de studerende kan gå videre med at diskutere, hvad man skal foreslå ledelsen af initiativer for at forbedre tingenes tilstand.

De studerende udvælger typisk retningslinjer inden for områder, som de finder spændende eller helt essentielle for patienterne.

I de 15 år, kurset har eksisteret, er der udvalgt ca. 100 forskellige VIP'er fra alle fem regioner, hovedsageligt fra universitetshospitaler. Der er nogle karakteristiske fællestræk for alle disse VIP'er:

1. Dele af dem er tydeligt skrevet af ernæringsfagpersoner uden hensyn til, at patienten har andre problemer end ernæringen.
2. Andre dele er tydeligt skrevet af ikke-ernæringsfagpersoner med et mere helhedspræget syn, men særdeles upræcise i selve procedurebeskrivelsen. Hvis forfattere er nævnt, er det typisk sygeplejersker.
3. Alle er skrevet på en måde, så de fravælger læger som læsere, dels pga. meget stort tekstforbrug dels pga. meget lavt akademisk niveau (for ikke at sige meget tydelige fejl).
4. Langt de fleste er så gamle, at det er svært at se relevansen.

Jeg vil prøve at give nogle eksempler. Her fra den gode ende af skalaen.

"Hos indlagte patienter i ernæringsrisiko foretages der daglig kostregistrering og udregning af, hvorvidt kostindtaget matcher energi- og proteinbehov. Kostindtaget kan udregnes vha. elektronisk kostregistreringsskema".

Dette ser jo meget fornuftigt ud. Desværre er der ikke taget hensyn til, hvorledes kostregistreringen foretages, hverken i denne VIP eller i nogen af afdelingens andre VIP'er. Når man besøger afdelingen, viser det sig, at der er placeret et stykke papir på alle sengeborde, hvorpå der noteres, hvad der er bragt ind af SOSU assistenten eller patienten selv, men aldrig hvad der er bragt ud igen. Disse sedler samles så sammen om aftenen, og sygeplejersken får nogle tal fra et ikke særligt præcist program og vinger energi- og proteinmængde af i den elektroniske journal. Patienter, der er oppegående og selv øser op, vil typisk indtage meget lidt i regnskabet, og patienter, der ikke har rørt deres mad, vil typisk have opfyldt deres behov. Vejledningen er jo fulgt! Et eksempel på en fin retningslinje, der desværre ender i noget andet end forventet.

I den modsatte ende af skalaen kan nævnes fra en intensiv afdeling:

"Ernæringsplan dokumenteres i patientjournalen (Sundhedsplatformen) dagligt ved stuegang og udføres efter følgende principper:

Patienter, der ernæres enteralt via sonde, undersøges dagligt vha. klinisk undersøgelse, om patienten optager ernæring. Der undersøges ikke rutinemæssigt for aspirater (se senere).

Patientens vægt. Det tilstræbes, at patienten vejes dagligt og mindst tre x ugentligt. Lift, segl mv trækkes fra vægtmåling.

Relevante blodprøver:

- i. *Dagligt: albumin, carbamid, elektrolytter, blodsukker*
- ii. *2 x ugl (man + tors): sporstoffer (dgl. v. dialyse)*
- iii. *Ved særligt behov: triglycerid"*

Der er ingen tvivl om, at der er gjort et stort stykke arbejde med vejledningen, men er den til at følge for det relevante personale? Hvordan undersøger man klinisk for optagelse af ernæring? Hvilke sporstoffer? Hvad er særlige behov? Døm selv. Man skal have en ganske særlig viden og fornemmelse for at vide, hvad man skal gøre i det daglige, og der er en del "forstå, hvad jeg tænker" i denne og mange andre vejledninger. Det er svært at skrive sådan nogle, hvis de skal kunne bruges i hverdagen.

Der er ingen tvivl om, at vi behøver vejledninger inden for ernæring af patienter for at opretholde den ret høje, internationale standard, vi har i Danmark. Der er heller ingen tvivl om, at vi har brug for at øge kvaliteten. På det nationale område har vi fx DSKE (Dansk Selskab for Klinisk Ernæring), som har mulighed for at kommentere udkast til vejledninger via de lægevidenskabelige selskaber (LVS). På det lokale plan bør vi få et andet forhold til udformningen af vore ernæringsvejledninger. De skal ikke blot være fagligt på et højt niveau, men de skal kunne anvendes af det personale, der har opgaverne i det daglige.

Hvornår har du sidst oplevet en undersøgelse af, hvorledes det relevante personale opfatter din egen vejledning, som du jo nok har udarbejdet sammen med andre specielt interesserede? Skulle vi ikke begynde at kvalitetsudvikle vore nuværende vejledninger, før vi begynder at udarbejde en masse nye? Skulle vi så ikke være enige om at benytte lejligheden til at hæve det faglige niveau specielt i de nationale retningslinjer i stedet for blot at skrive, at patienterne skal have en ordentlig ernæring eller indføre en screening, der ikke har konsekvenser for den enkelte patient?



Kosttilskud med D-vitamin og kalcium på plejehjem – plads til forbedring

Af Charlotte Mortensen, ph.d., lektor, Ernærings- og Sundhedsuddannelsen, Københavns Professionshøjskole, CPET@kp.dk

I mere end 10 år har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at alle beboere på plejehjem dagligt får et forebyggende kosttilskud med D-vitamin og kalcium. Men resultater fra forskningsprojektet *Vi vil D* viser, at anbefalingen langt fra følges. Det kan have konsekvenser for de ældres knoglesundhed og funktionsevne i dagligdagen. Med Forbedringsmodellen som ramme vil projektet i samarbejde med to sjællandske plejehjem tage udgangspunkt i de oplevede barrierer og finde løsninger, der kan forbedre efterlevelsen af anbefalingen.

Hvad er baggrunden for projekt "Vi vil D"?

Vi vil D er et forskningsprojekt, som støttes af Innovationsfonden, og udføres i et samarbejde mellem Ernærings- og Sundhedsuddannelsen og Bioanalytikeruddannelsen på Københavns Professionshøjskole og Sektion for Klinisk- og Forebyggende Ernæring på Københavns Universitet. Udgangspunktet for projektet er Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at alle plejehjemsbeboere i Danmark bør få et dagligt forebyggende kosttilskud med 20 µg D-vitamin og 800-1000 mg kalcium (1).

D-vitamin stimulerer optagelsen af kalcium fra tarmen, og mangel på D-vitamin kan give muskelsvaghed, nedsat knoglemineraltæthed og øget risiko for fald og udvikling af knogleskørhed (2). Forskningsstudier har vist, at en kombination af D-vitamin og kalcium kan virke forebyggende på fald og frakturer hos ældre, især gruppen af ældre i pleje, og netop derfor eksisterer anbefalingen om de to kosttilskud i Danmark (3). Det er dog aldrig undersøgt, om anbefalingen følges og hvilke barrierer, plejehjemmene kan opleve ved at skulle give tilskuddene. Desuden ved vi ikke, hvordan danske plejehjemsbeboeres D-vitaminstatus er, og hvilken betydning efterlevelse af anbefalingen konkret kan have for dem. Dette vil projekt *"Vi vil D"* undersøge nærmere.

Hvad er projektets overordnede formål?

- At øge andelen af plejehjemsbeboere, som får Sundhedsstyrelsens anbefalede kosttilskud med D-vitamin og kalcium.

Herunder vil projektet undersøge:

- Hvilke barrierer opleves på plejehjemmene i forbindelse med de anbefalede kosttilskud, og hvilke tiltag kan via Forbedringsmodellen imødekomme dem?
- Hvilken betydning har det for plejehjemsbeboeres D-vitaminstatus og daglige fysiske funktionsevne, hvis anbefalingen om kosttilskud med D-vitamin og kalcium efterleves?

Hvorfor er beboere på plejehjem en risikogruppe?

Plejehjemsbeboere er en gruppe i særlig risiko for D-vitaminmangel (4). Dette skyldes bl.a., at ganske få fødevarer som f.eks. fede fisk er naturligt rige på D-vitamin. Da beboere på plejehjem desuden ofte er småtspisende, bliver det samlede indtag af D-vitamin fra kosten ikke tilstrækkeligt. Derudover nedsættes kroppens evne til at danne D-vitamin i huden ved hjælp af solens stråler med alderen, og en 70-årig producerer kun ca. ¼ af den mængde D-vitamin i huden, som en 20-årig gør, selvom de udsættes for samme mængde sollys. Da plejehjemsbeboere samtidig hermed tilbringer forholdsvis begrænset tid udendørs, er D-vitaminbidraget fra sollys mindre end blandt f.eks. yngre og hjemmeboende (5,6).

Hvilke grupper i befolkningen anbefales forebyggende D-vitamin-tilskud?

20 µg D-vitamin og 800-1000 mg kalcium dagligt hele året:

- Personer over 70 år
- Personer i plejebolig og hjemmepleje, uanset alder
- Personer i øget risiko for knogleskørhed, uanset alder

10 µg D-vitamin dagligt hele året:

- Børn fra to uger til fire år
- Gravide
- Børn og voksne med mørk hud, eller som bærer en tildækkende påklædning om sommeren eller ikke kommer udendørs til daglig / undgår sollys

5-10 µg D-vitamin dagligt fra oktober til april:

- Alle voksne og børn fra fire år

Læs mere på: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2020/to-nye-d-vitaminanbefalinger-til-boern-og-voksne>



I hvilken grad følges anbefalingen?

Som en indledende del af projekt *Vi vil D* er efterlevelsen af anbefalingen på en række danske plejehjem blevet undersøgt ved hjælp af et online-spørgeskema. Der blev udsendt link til spørgeskemaet til 50 plejehjem i alt fordelt med ti plejehjem i hver region. Størstedelen af respondenterne var sygeplejersker på plejehjemmene (63 %), mens den næststørste gruppe af respondenter var plejehjemsledere (20 %). I alt 37 af plejehjemmene besvarede spørgsmålet om, i hvilken grad deres beboere får de to anbefalede kosttilskud. Fordelingen af deres svar fremgår af figur 1. Her ses det bl.a., at på hele ti ud af 37 plejehjem estimeres det, at maks. 20 % af beboerne får begge de anbefalede kosttilskud, mens der på kun tre ud af 37 plejehjem ses en høj efterlevelse, hvilket vil sige, at mere end 80 % af beboerne får tilskuddene. Resultaterne viser dermed, at på trods af, at anbefalingen har været gældende i mere end ti år, er den langt fra implementeret i praksis.

Hvis efterlevelsen af anbefalingen skal forbedres, må der altså findes løsninger, der fokuserer på bl.a. disse barrierer. Dette kan eksempelvis være at se på, om D-vitamin kunne gives i dråbeform frem for tabletter. I tilknytning til barrieren omkring manglende recept angav en række af respondenterne, at deres kommune ikke tillader plejepersonale at administrere det, der ikke er lægeordineret på FMK, på trods af, at Styrelsen for Patientsikkerhed angiver, at det er behandlingsstedets beslutning, om personalet må administrere kosttilskud (7).

Resultaterne fra spørgeskemaet viser, at der her kan være tale om en barriere i forhold til uklarhed om ansvar. På den ene side ordinerer lægerne ikke altid de anbefalede tilskud, hvilket kan skyldes, at der er tale om forebyggende kosttilskud, som dermed *ikke* kræver recept, og som følge heraf ikke skal angives på FMK (8). På den anden side vil eller må plejepersonalet ikke i alle tilfælde tage beslutningen om at give kosttilskuddene uden en recept fra lægen.

Denne uklarhed om ansvaret for kosttilskuddene kan være afgørende at inddrage i projektets arbejde med at forbedre efterlevelsen af anbefalingen.

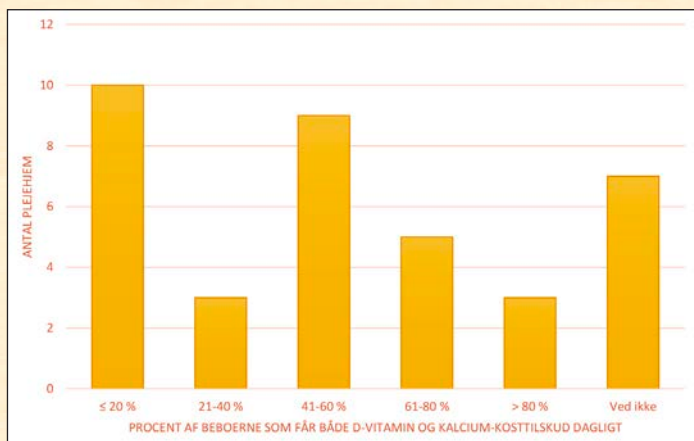
Kan Forbedringsmodellen skabe forbedring?

Det er et velkendt fænomen, at en klinisk retningslinje ikke altid følges i praksis.

En tilgang, der kan bidrage til at skabe bro mellem viden og handling, er *Forbedringsmodellen (Model for Improvement)* (9). Her er det helt centralt, at idéer udvikles, afprøves og tilpasses sammen med de medarbejdere, der er tæt på f.eks. patienterne eller plejehjemsbeboerne. Modellen indeholder bl.a. de fire faser *Plan, Do, Study, Act* (PDSA-cirklen), som er en metodisk ramme, hvor en hypotese formuleres og planlægges (*Plan*), efterfølgende gennemføres (*Do*), og data indsamles for at se, om der er sket forbedring (*Study*), inden en evt. ny idé afprøves eller den første tilpasses (*Act*).

I projektet *Vi vil D* vil modellen danne udgangspunkt for arbejdet på to sjællandske plejehjem med formålet at øge andelen af beboere, der får de anbefalede kosttilskud.

Derudover vil projektet undersøge, om der kan måles konkrete fysiologiske forandringer hos beboerne som følge af en bedre efterlevelse af anbefalingen.



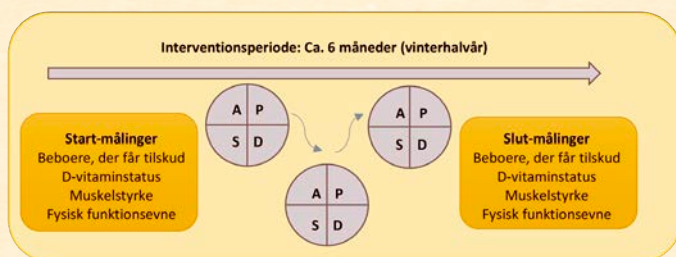
Figur 1. Søjlerne højde viser hvor mange plejehjem, der estimerer en given efterlevelse af anbefalingen inddelt i intervaller, samt hvor mange der svarede "ved ikke".

Hvilke barrierer opleves på plejehjemmene?

Spørgeskemaet afdækkede desuden hvilke årsager, der findes, til at anbefalingen ikke følges for alle beboere. Her var de to mest centrale barrierer: 1) At beboernes praktiserende læge ikke havde lavet en recept på D-vitamin og kalcium på det Fælles MedicinKort (FMK) og 2) at beboerne i forvejen havde udfordringer ved at indtage mange tabletter dagligt.

Hvilken betydning kan en forbedret efterlevelse have for de ældre?

Projekt *Vi vil D* vil ikke kun fokusere på, *hvordan* efterlevelsen af anbefalingen kan forbedres, men også *hvilken effekt*, det kan have, hvis flere beboere får de anbefalede tilskud. På figur 2 ses en oversigt over projektets tidsforløb og målinger.



Figur 2. Oversigt over interventionsperioden i *Vi vil D*, hvor Forbedringsmodellen inddrages til at finde løsninger, som kan øge efterlevelsen af anbefalingen. Ved start og slut af interventionsperioden undersøges hvor mange, der får de anbefalede tilskud, beboernes D-vitaminstatus, muskelstyrke og funktionsevne.

D-vitaminstatus: Internationale studier viser en udbredt D-vitaminmangel blandt plejehjemsbeboere (10), og det er nærliggende at tro, at danske plejehjemsbeboeres D-vitaminstatus også er utilstrækkelig. Projektet *Vi vil D* vil derfor foretage og analysere blodprøver på ca. 100 plejehjemsbeboere for at bestemme D-vita-

minstatus, også kaldet 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D]. Blodprøverne vil dels blive taget i starten af studiet, om efteråret, hvor status i blodet forventes at være højest, og dels i slutningen af studiet, lige inden foråret, for at se, om en øget efterlevelse af anbefalingen kan forhindre det fald i D-vitaminstatus, der normalt forventes i vintermånederne.

Daglig fysisk funktionsevne: Derudover vil projektet undersøge, om plejehjemsbeboernes daglige fysiske funktionsevne kan oprettholdes eller evt. forbedres ved et øget indtag af kosttilskud med D-vitamin og kalcium. I projektet bestemmes funktionsevnen både ved hjælp af en tre-meters gangtest og en 30-sekunders rejse-sætte-sig test, som er metoder, der ofte benyttes i forskningsstudier blandt ældre, og som bl.a. kan prædikere risikoen for tilbagevendende fald (11). Derudover vil de ældres muskelstyrke bestemmes ved hjælp af et håndgrebsdynamometer, som er en brugbar indikator til at identificere ældre i risiko for tab af muskelmasse (sarkopeni) og muskelsvækkelse (12).

Hvis kosttilskuddene viser at have en positiv indvirkning på de ældres funktionsevne, kan det betyde mere selvhjulpne beboere – og dermed endnu mere grund til at arbejde på en forbedret efterlevelse af anbefalingen på flere plejehjem.

Vil du vide mere?

Resultaterne fra *Vi vil D* forventes løbende at blive publiceret i videnskabelige tidsskrifter i de kommende år.

Kontakt: Projektleder Charlotte Mortensen, cpet@kp.dk.

Referencer

1. Brot C, Darsø P. Forebyggelse, diagnostik og behandling af D-vitaminmangel [Internet]. 2010. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2010/Forebyggelse_-_diagnostik-og-behandling-af-D-vitaminmangel-baggrundsnotat.ashx?la=da&hash=62D44B54D20FCD99A396F30171ED9B90B9FFE6C5
2. Lips P, van Schoor NM. The effect of vitamin D on bone and osteoporosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 1. august 2011;25(4):585–91.
3. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [henvist 25. maj 2021];(2). Tilgængelig hos: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000227.pub3/full>
4. Hilger J, Friedel A, Herr R, Rausch T, Roos F, Wahl DA, m.fl. A systematic review of vitamin D status in populations worldwide. *Br J Nutr.* januar 2014;111(01):23–45.
5. Nordisk Ministerråd. *Nordic Nutrition Recommendations 2012, integrating nutrition and physical activity.* 5th edition, 1. oplag. Nordic Council of Ministers; 2014.
6. Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr.* 12. januar 2004;80(6):1678S–1688S.
7. Styrelsen for Patientsikkerhed. Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejehjem, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. Ansvar, sikkerhed og opgaver [Internet]. 2019 nov [henvist 25. maj 2021] s. 1–20. Report No.: 2. udgave. Tilgængelig hos: <https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/>
8. Region Hovedstaden. Håndtering af håndkøbsmedicin og kosttilskud [Internet]. 2016 [henvist 17. august 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/konsulenthjelp-til-praksis/kommunal-praksiskonsulentordning/elektronisk-kommunikation/haandtering-haandkoebsmedicin-kosttilskud/>
9. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet [Internet]. Dansk Selskab for Patientsikkerhed version 1; 2013 [henvist 20. august 2019]. Tilgængelig hos: https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/metoder_til_hurtige_og_holdbare_forbedringer_i_sundhedsvaesenet_okt2013.pdf
10. Rolland Y, de Souto Barreto P, van Kan GA, Annweiler C, Beauchet O, Bischoff-Ferrari H, m.fl. Vitamin D supplementation in older adults: Searching for specific guidelines in nursing homes. *J Nutr Health Aging.* 1. april 2013;17(4):402–12.
11. Kang L, Han P, Wang J, Ma Y, Jia L, Fu L, m.fl. Timed Up and Go Test can predict recurrent falls: a longitudinal study of the community-dwelling elderly in China [Internet]. *Clinical Interventions in Aging.* 2017 [henvist 10. januar 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.dovepress.com/timed-up-and-go-test-can-predict-recurrent-falls-a-longitudinal-study-peer-reviewed-article-CIA>
12. Lera L, Albala C, Leyton B, Márquez C, Angel B, Saguez R, m.fl. Reference values of hand-grip dynamometry and the relationship between low strength and mortality in older Chileans [Internet]. *Clinical Interventions in Aging.* 2018 [henvist 10. januar 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.dovepress.com/reference-values-of-hand-grip-dynamometry-and-the-relationship-between-peer-reviewed-article-CIA>

NOVO NORDISK TILBYDER GRATIS UDDANNELSER INDEN FOR BEHANDLING AF DIABETES OG OVERVÆGT

Gennem fleksibel og målrettet uddannelse ønsker Novo Nordisk at bidrage til, at du og din praksis får ny viden og praktiske redskaber til at håndtere udfordringerne i relation til behandling af type 2-diabetes og/eller svær overvægt.

Uddannelsesprogrammet dækker bredt – både med hensyn til fokusområder og geografi – og det opdateres løbende.



**NOVO NORDISK
DIABETES
AKADEMI**

Efteruddannelse inden for type 2-diabetes målrettet behandlerteamet i almen praksis



**NOVO NORDISK
SYGEPLEJERSKE
AKADEMI**

Moduluddannelse inden for type 2-diabetes målrettet konsultations-sygeplejersker



**NOVO NORDISK
OVERVÆGTSMØDER**

Nyeste viden og praktiske redskaber til at hjælpe personer med svær overvægt



**NOVO NORDISK
SYGEPLEJERSKE
MASTERCLASS**

Kurset målrettet konsultationssygeplejersker, der er erfarne inden for behandling af type 2-diabetes



**NOVO NORDISK
MASTERCLASS FOR
PRAKTISERENDE LÆGER**

Målrettet uddannelse til praktiserende læger med stor diabeteserfaring og -kompetence

Alle uddannelsestilbud fra Novo Nordisk Denmark A/S er gratis og kun for sundhedspersonale.

Læs mere om hvilke relevante uddannelser, der afholdes i nærheden af dig på www.novonordisk.dk/uddannelse eller scan QR-koden her til højre →



Sikre arbejdsgange er vigtige for de ældres ernæring

Af Bodil Elgaard Andersen, chefkonsulent, sygeplejerske, DLS, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, bea@patientsikkerhed.dk

I forbedringsprogrammet "I sikre hænder" har fire kommuner, Aarhus, Frederiksberg, Greve og Sønderborg, deltaget i en ernæringsindsats for at forebygge uplanlagt vægttab hos ældre i hjemmeplejen og på plejecentre. Programmet sikrer, at kommunernes evidensbaserede retningslinjer kommer ud og virker i den daglige praksis.

Underernæring og uplanlagt vægttab er særlig udbredt blandt ældre i plejebolig og i hjemmeplejen, og en forringet ernæringstilstand kan have en væsentlig betydning for den ældres sundhedstilstand (1a,1b). Fire kommuner, som har deltaget i ernæringsindsatsen i forbedringsprogrammet "I sikre hænder" har opnået gode resultater med at implementere systematiske arbejdsgange til at få borgerne vejret, opspore vægttab og handle på det, ligesom deltagerne i programmet har været gode til at forebygge uplanlagt vægttab ved at lave tiltag, der får de ældre til at spise mere.

Implementering kræver systematik

Kommunerne i Danmark har de seneste år haft et øget fokus på ernæringens betydning for ældre borgeres sundhed. Mange kommuner har i dag en mad- og måltidspolitik med mål og retningslinjer for, hvordan der følges op på ernæringsindsatsen hos ældre i plejeboliger og i hjemmeplejen. Der er viden om, hvordan underernæring og uplanlagt vægttab kan forebygges, men udfordringen er ofte, at denne viden ikke er implementeret pålideligt. Der mangler systematiske arbejdsgange, der sikrer, at borgerne får den behandling, vi ved virker.

Når en ny praksis implementeres i en organisation, foregår det traditionelt ved, at der udarbejdes retningslinjer og planer ved skrivebordene i administrationen eller kvalitetsafdelingen. Retningslinjerne godkendes af ledelsen og sendes ud i hele organisationen, hvorefter det forventes, at de nye tiltag er implementeret. Men sikre arbejdsgange opstår ikke af sig selv, bare fordi man fra centralt hold har sendt en retningslinje ud. Et ofte citeret studie har vist, at der i gennemsnit går 17 år, fra der er evidens for en klinisk intervention, til den er bare delvist implementeret i daglig klinisk praksis (2). Derfor er der brug for en indsats, der kan få de evidensbaserede tiltag ud at virke i praksis.

"I sikre hænder" ernæringsindsats har haft som mål at implementere systematiske og sikre arbejdsgange og metoder, der kan anvendes i kommunerne til at begrænse uplanlagt vægttab og underernæring. Sådanne arbejdsgange kan reducere antallet af forebyggelige indlæggelser. Metoden, der er anvendt til at opnå dette, er forbedringsmodellen (Model for Improvement). En enkel og meget anvendelig metode til at accelerere forbedringsprocesser (3).

Med forbedringsmodellen afprøves forbedringsideer lokalt, tilpasses og afprøves igen, indtil man er sikker på, at ideen har den ønskede effekt. Når der lægges planer ved skrivebordet, fx om hvordan en borger skal vejes, forestiller man sig ofte, at man kan forudsige, hvordan nye planer vil virke i praksis. Men det holder sjældent stik.

Med forbedringsmodellen afprøver og tilpasser man sine ideer i den kontekst, hvori de skal indgå. Det bliver synligt, hvilke forhindringer der er for implementeringen, og der er mulighed for at udvikle en løsning, sådan at man fx kan få fem forskellige arbejdsprocesser til at hænge sammen i én og samme arbejdsgang. Man systematiserer arbejdsgangen.

Gennem talrige, fortløbende afprøvninger og tilpasninger af forbedringsideer i stadig større skala, i mange forskellige situationer og under forskellige omstændigheder sikrer man, at kun gode ideer overlever, og dermed øger man chancerne for, at forandringer resulterer i blivende forbedringer (3).

Samtale med køkkenet ved indflytning på plejecenter

I en kommune har ernæringsindsatsen været med til at systematisere, at alle beboere, der flytter ind på plejecenter, får lavet en ernæringsvurdering ved hjælp af EVS (ernæringsvurderingsskema) og en individuel ernæringsplan i samarbejde med en medarbejder fra køkkenet.

Ernæringsassistenten videregiver relevante oplysninger til plejepersonalet, således at der handles ud fra samme mål. Forudsætningen for, at det vil ske, er, at arbejdsgangene er afprøvet i et tværfagligt samarbejde, og at alle involverede parter tager ejerskab. Dette har været med til at sikre, at også beboerne bliver involveret i forhold til vaner, ønsker og behov. Ernæringsassistenterne fortæller, at de synes, at det giver rigtig god mening, at de møder de beboere, de laver mad til, og de føler, at deres kompetencer bliver bedre udnyttet (4).

Tværfaglig kommunikation

Vi ved, at utilsigtede hændelser ofte relaterer sig til kommunikationsbrist mellem faggrupper. En del af de indsatser, der har været afprøvet under ernæringsprojektet i "I sikre hænder", handler om, hvordan man forbedrer og etablerer en sikker arbejdsgang for kommunikationen, på tværs af faggrupper.

På et plejecenter har man afprøvet, at ernæringsassistenterne eller diætisterne hurtigt får viden om, hvilke borgere der har haft et uplanlagt vægttab. Det sker ved, at de fagprofessionelle fast deltager på tværfaglige møder, hvor der tales systematisk om borgerne, og hvor der spørges ind til kost og vægt og følges op på borgere med vægttab.

Da et af formålene med projektet er at undgå uplanlagt vægttab og herunder få borgerne til at spise mere, har man ligeledes på et plejecenter, afprøvet at afholde regelmæssige samtaler med borgerne.

Ernæringsassistenter eller diætister deltager ved måltider og har gennem samtale med borgerne fået mere viden om borgernes ønsker og behov. Derudover er det afprøvet, at ernæringsassistenten sætter sig ved morgen-/formiddagsbordet sammen med borgerne for at få en uformel snak om, hvad de synes om maden. Ernæringsassistenten får feedback, og der opdages nyt om borgernes ønsker til måltiderne (4).

Brug af data i forbedringsarbejdet

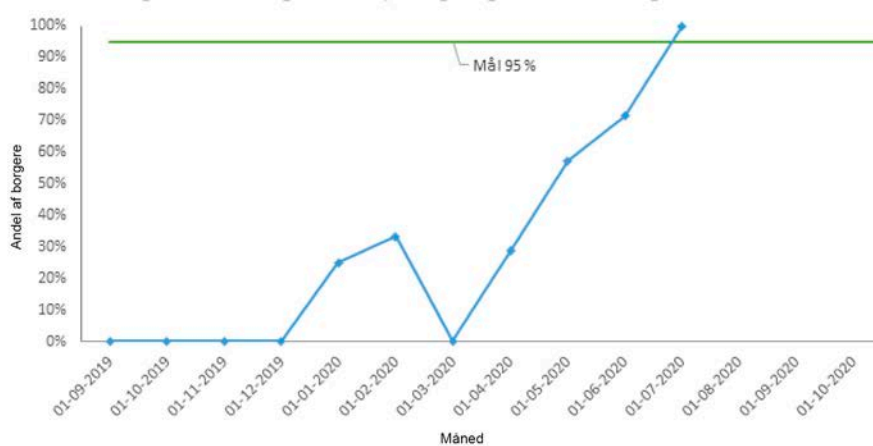
Data er en vigtig driver i alt forbedringsarbejde, for hvordan ved vi, om en forandring er en forbedring? I ernæringsindsatsen har kommunerne fulgt data over tid, ift. på, hvor godt de opsporer borgere i risiko for uplanlagt vægttab og reagerer med den korrekte indsats. Desuden samles data på forbedringstiltag, der bliver afprøvet, sådan at det hurtigt bliver tydeligt, om den idé, der afprøves, virker og giver det ønskede resultat. Ved at samle data og starte sine afprøvninger i lille skala er der mulighed for at udvikle den for borgeren bedst mulige løsning uden at forstyrre alle på en gang, før der er opbygget en systematisk arbejdsgang. Det giver samtidig mulighed for at inddrage fagligheder på tværs og afprøve ideer fra forskellige kontekster.

En del af de indsamlede data i projektet viser fx, at færre borgere i et hjemmeplejeteam i Aarhus afslår vejning, når de har fået information om risici ved vægttab, se figur 1. Informationen er blandt andet givet ved hjælp af en pjece. Ligeledes sker der en opfølgning på de vægtdata, der fremkommer ved den systematiske vejning. Andre data fra projektet viser, at flere borgere får gennemført EVS, blandt andet, når diætisten eller ernæringsassistenten afholder samtale med borgerne ved indflytning på plejecenter og deltager i tværfaglige møder.

Det har ikke været muligt at måle konkret på alle indsatser, og i nogle tilfælde er det de observationer og udsagn, som medarbejderne er kommet med undervejs, der udgør evidensen.



Figur 1. Udvikling i antal borgere, der ikke vejes. Data er fra et hjemmeplejeteam i Aarhus.



Figur 2. Udvikling i andel af borgere, hvor EVS er gennemført. Grafen viser andel af borgere med et uplanlagt vægttab, hvor der er gennemført en EVS. Over det seneste år er der typisk identificeret seks uplanlagte vægttab pr. måned i dette hjemmeplejeteam i Aarhus.

Konklusion

De ældre borgere tager selvfølgelig ikke på i vægt af at blive vejet. Det er heller ikke nok at lave den ernæringsmæssigt korrekte mad. Det er nødvendigt, at der samtidig er fokus på systematiske arbejds-gange, afklaring af de ældres ønsker og behov samt på servering af måltidet.

I praksis sker der rigtig mange gode tiltag, og der findes mange relevante ernæringspolitikker, der skal hjælpe med til at undgå uplanlagt vægttab hos borgere i ernæringsrisiko. Ernæringsindsatsen har været et skridt i retning af at reimplementere ernæringspolitikker, se på de tilhørende arbejds-gange samt afprøve og implementere forbedringer, der øger patientsikkerheden for den enkelte borger, når vi taler om opsporing og forebyggelse af uplanlagt vægttab (5).



Samme bakke - hver gang

Blåt porcelæn, røde glas

Et veltilberedt måltid er ikke tilstrækkeligt til at forebygge uplanlagt vægttab. Neurogastronomien har påvist, at når et måltid indtages, er det en multisensorisk integration af sanserne, som er afgørende for smagen (6). Derfor er der også behov for andre indsatser for at undgå et uplanlagt vægttab.

På baggrund af et studie, som viser, at indtag af måltider på blåt porcelæn kan øge kostindtag med 37 %, og indtag af væske i røde glas kan øge væskeindtag med 20 %, er der derfor indkøbt blåt porcelæn og røde glas på et plejehjem i Aarhus (6).

Borgerne er glade for ændringen og finder nu måltidet mere indbydende og overskueligt. Plejepersonalet har desuden observeret, at borgerne indtager mere ved måltidet. Samtidig har denne indsats også sat fokus på borddækning, lyset i lokalet og værtskab ved bordet.

Værtskab betyder, at der på forhånd er udpeget en måltidsvært, der sikrer afholdelse af et rart og sikkert måltid. Ved systematisering af rammerne for måltidet med blandt andet fokus på porcelænstype, opdækning og ro, bliver måltidet heller ikke personbestemt, dvs. det afhænger ikke af præferencerne hos den medarbejder, der har ansvar for måltidet. (4)

Samme bakke - hver gang

I forbindelse med anretning og servering af måltider, som har betydning for borgerens ernæring, har hjemmeplejen i en kommune fx afprøvet at bruge foto, så bakken til borgeren bliver ens, uanset hvem der kommer i hjemmet på en given dag (4).

Forbedringsprogrammet I sikre hænder

"I sikre hænder" begyndte i fem pilotkommuner i 2013, udvidede i 2016 med 13 kommuner, og i efteråret 2020 kom yderligere 15 kommuner med i forbedringsprogrammet.

Målet med "I sikre hænder" er at give borgerne i ældreplejen en sikker pleje og behandling ved at reducere tryksår, medicinfejl, fald og infektioner. Det sker ved, at medarbejderne får metoder til at systematisere deres arbejds-gange.

Ernæringsindsatsen har fundet sted i fire kommuner, der tidligere har deltaget i "I sikre hænder". Kommunerne var Frederiksberg, Sønderborg, Greve og Aarhus.

Læs mere

Forbedringsprogrammets hjemmeside: www.isikrehænder.dk
Se webinar med indlæg om forbedringsprogrammet:
<https://www.sst.dk/da/Arrangementer/2021/Webinar-Forebyg-uplanlagt-vaegttab-hos-svage-aeldre>

Materialet Ernæringspakken:

https://www.isikrehaender.dk/media/3411/ernaeringspakken_vs1_marts2021.pdf

Gennemførte projekter i samme regi:

<https://www.isikrehaender.dk/nyheder/2020/november/18-id%C3%A9er-til-at-forebygge-underernæring-og-uplanlagt-vaegttab/>

Referencer

- 1.a. Arla og Kost- og Ernæringsforbundet. Underernæring – Det skjulte samfundsproblem, 2014.
- 1.b. Beck A, Damkjær K og Simmons SF. The relationship between weight status and the need for health care assistance in nursing home residents. *Journal of Ageing Research & Clinical Practice*, 2012; 1:173-8.
2. Balas E, Boren S. Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. In: van Bommel JH, McCray AT, eds. *Yearbook of Medical Informatics*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, 2000:65–70.
3. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Gerald J. Langley, Ronald Moen, Kevin M. Nolan, Thomas W. Nolan, Clifford L. Norman, Lloyd P. Provost.
4. Ernæring - inspirationskatalog, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, version 1, juni 2021
<https://www.xn-isikrehænder-g9a.dk/nyheder/2021/juni/nyt-katalog-giver-inspiration-til-at-opsøre-og-forebygge-uplanlagt-vaegttab-hos-aeldre/>
<https://www.xn-isikrehænder-g9a.dk/indsatsomraader/ernaering/>
<https://patientsikkerhed.dk/projekter/isikrehaender/>
5. Ernæringspakke, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, version 1, marts 2021.
6. Ole G. Mouritsen og Klavs Styrbæk: Neurogastronomi: Smagen i hjernen (<https://www.smagforlivet.dk>)



Fresubin® 2 kcal DRINK Genvejen til energi, protein, vitaminer og mineraler

Vi har samlet de 8 bedste smagsvarianter i Fresubin Startpakke, så patienten kan smage sig frem til sine favoritter.

1. Fresubin 2 kcal DRINK Skovbær
2. Fresubin 2 kcal DRINK Vanille
3. Fresubin 2 kcal DRINK Cappuccino
4. Fresubin 2 kcal DRINK Abrikos-Fersken
5. Fresubin 2 kcal DRINK Karamel
6. Fresubin 2 kcal DRINK Neutral
7. Fresubin 2 kcal Fibre DRINK Chokolade
8. Fresubin 2 kcal Fibre DRINK Lemon



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Mange indlagte, ældre medicinske patienter er fortsat i ernæringsrisiko



Af Signe Loftager Okkels, forskningsansvarlig, cand.scient. i Gastronomi og Sundhed; ph.d. Kirstine Guld Frederiksen, specialeansvarlig, klinisk diætist, cand.scient. i klinisk ernæring; Lone Viggers, ernæringschef, klinisk diætist, NHH-kandidat, MPA; Trine Sølvsten, klinisk diætist, cand.scient.san., Ernæringsenheden, Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest. Kontakt: Sigokk@rm.dk

Ernæringsrisiko blandt ældre patienter

Med baggrund i konferencen "Underernæring hos ældre" igangsatte Ernæringsenheden ved Hospitalsenheden Vest i efteråret 2020 et screeningsprojekt. Projektet havde til formål at kortlægge prævalensen af ernæringsrisiko blandt ældre, indlagte, medicinske patienter.

Screeningsprojekt med NRS-2002

Ernæringscreeningsprojektet blev finansieret med midler fra Regional Udvikling, Region Midtjylland og desuden godkendt af hospitalets ledelse med henblik på kvalitetssikring. Projektet omhandlede ernæringscreening med screeningsværktøjet Nutritional Risk Screening, NRS-2002 (1).

Fokus for studiet var at dokumentere omfanget af ernæringsrisiko blandt ældre, indlagte, medicinske patienter. Disse patienter er i særlig risiko for underernæring (2). Jævnfør Sundhedsstyrelsens definition valgte vi, at inklusionskriteriet ift. alder skulle være, at patienten var 65 år eller derover (3).

NRS-2002 er et redskab, der bruges til at opspore patienter i ernæringsrisiko på danske hospitaler (1). Det er et nødvendigt redskab for at kunne identificere patienter i risiko for underernæring (4,5). Herefter kan den nødvendige ernæringsbehandling igangsættes med henblik på at forebygge og behandle sygdomsbetinget underernæring. Via forskellige spørgsmål om kost, vægt og sygdom resulterer screeningen i et tal, der identificerer patientens ernæringsrisikoscore (1). En score på tre eller derover betyder, at patienten er i ernæringsrisiko og har gavn af en ernæringsindsats i forhold til sit kliniske forløb.

Retningslinjen tilskriver, at alle patienter screenes for ernæringsrisiko senest 24 timer efter, at de er blevet indlagt (terminale patienter undtaget) (1).

Metode

Fra den 9. november til 8. december 2020 havde ernæringsuddannet personale til opgave at screene alle patienter på 65 år eller derover for ernæringsrisiko. Det foregik på fire forskellige medicinske afsnit ved Regionshospitalet Holstebro alle ugens dage. Forskningsmedarbejderen mødte op i de enkelte afdelinger om formiddagen og orienterede sig sammen med plejepersonalet om alle patienter ≥ 65 år, som havde en forventet indlæggelsestid på over 24 timer i afdelingen. Samtidig sikrede medarbejderen sig, at patienten ikke var erklæret terminal.

Oversigt over in- og eksklusionskriterier for deltagerne ses i tabel 1. Hvis patienten var dement eller ikke kontaktbar, skaffede forskningsmedarbejderen sig relevante informationer gennem plejepersonalet eller pårørende. Ved manglende information om patientens vægt, eller hvis der var tvivl om patientens kostindtag eller eventuelle væggtab, blev plejepersonalet spurgt om dette. Informationerne blev indskrevet i det elektroniske patientjournalssystem (EPJ), så personalet kunne iværksætte en ernæringsindsats, og efterfølgende blev informationerne indskrevet i et projektskema.

Over halvdelen af patienterne er i ernæringsrisiko

Fra de fire medicinske afsnit, som projektet foregik på, blev der i perioden samlet set inkluderet 214 patienter med stort set ligelig fordeling af mænd og kvinder og et aldersgennemsnit på 78 år (tabel 2). Derudover var yderligere 62 patienter indlagt i perioden, men opfyldte ikke inklusionskriterierne. Grunden til dette var oftest, at patienten var for ung til at deltage, eller at patienten var erklæret terminal.

Resultatet af ernæringscreeningerne viste, at 115 (54 %) af de inkluderede patienter var i ernæringsrisiko. Opgjort på hospitalsafdeling var 48 % i ernæringsrisiko på nyremedicinsk sengeafsnit, 53 % på medicinsk og geriatrisk sengeafsnit, 55 % på lungemedicinsk afsnit og 58 % på hæmatologisk afsnit. Med andre ord var mere end halvdelen af de indlagte patienter på 65 år eller derover fra de inkluderede medicinske sengeafsnit i ernæringsrisiko.

Efter aftale med de fire afdelinger, hvorfra patienterne blev inkluderet, skulle forskningsmedarbejderen ernæringscreenere alle nyindlagte patienter. Dog skete det i seks tilfælde ud af det samlede antal screeninger på 214, at personalet allerede havde igangsat en

ernæringscreening på en patient, der kunne inkluderes i projektet. Disse screeninger blev gennemgået og tilrettet/godkendt af forskningsmedarbejderen.

Andre studier på området

Nærværende studie belyste problemet med det høje antal ældre patienter i ernæringsrisiko ved Hospitalsenheden Vest. Studiets set op med en forskningsmedarbejder, der var tilknyttet screeningsopgaven, sikrede en optimal screeningfrekvens på 100 %. Hermed blev det reelle tal for antallet af patienter i ernæringsrisiko fundet for de 214 inkluderede, ældre, medicinske patienter. Det samlede antal patienter i ernæringsrisiko var i denne population 115 (54 %). Disse informationer er dokumenteret i en intern rapport fra Ernæringsenheden ved Hospitalsenheden Vest (6). En sammenlignelig, nylig, dansk undersøgelse, der fokuserede på patienter ≥ 18 år, har fundet, at 63 % af de screenede patienter var i ernæringsrisiko (7). Undersøgelsen var en audit-undersøgelse med journalgennemgang fra Herlev og Gentofte Hospital (7).

Et noget lavere antal patienter blev fundet i ernæringsrisiko i en anden dansk undersøgelse fra 2004 (8). Her screenede NRS-2002-trænet plejepersonale og ernæringsuddannet personale patienter på fem danske hospitaler over en måned. Samlet set blev det fundet, at 40 % af de screenede patienter var i risiko for underernæring; inklusionskriteriet ift. alder var her >14 år (8). Der ses således en varierende prævalens ift. antallet af patienter, der er i ernæringsrisiko i de ovenstående studier, hvilket kan skyldes forskelle på patienternes alder og/eller medicinske diagnoser, og hvordan det personale, der foretager screeningen, bruger NRS-2002.

Tabel 1. Oversigt over in- og eksklusionskriterier for deltagerne.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Alder ≥ 65 år	I en terminal fase
Indlæggelsestid over 24 timer (forventet).	
Indlagt ved nyremedicinsk, medicinsk og geriatrisk, lungemedicinsk eller hæmatologisk afdeling ved Hospitalsenheden Vest (HEV).	

Tabel 2. Oversigt over patienter i ernæringsmæssig risiko på fire medicinske afdelinger ved Hospitalsenheden Vest.

Hospitalsafdeling	Nyremedicinsk	Medicinsk og geriatrisk	Lungemedicinsk	Hæmatologisk	Samlet antal
Antal	N=48	N=58	N=60	N=48	N=214, 117 mænd
Aldersgennemsnit (år)	77	81	76	79	78
Ernæringsrisikoscore	N (%)				
1	6 (12.5)	8 (14)	7 (12)	7 (15)	28 (13)
2	19 (40)	19 (33)	20 (33)	13 (27)	71 (33)
Score ≥ 3					
3	13 (27)	16 (27)	22 (37)	16 (33)	67 (31)
4	6 (12.5)	7 (12)	7 (12)	10 (21)	30 (14)
5	4 (8)	7 (12)	3 (5)	2 (4)	16 (8)
6	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.5)
7	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)
Samlet antal i ernæringsrisiko (score ≥ 3)	23 (48)	31 (53)	33 (55)	28 (58)	115 (54)

Ansvarsplacering for patientens ernæringsbehandling

Det er således vist, at 40-60 % af indlagte patienter var i ernæringsrisiko ved indlæggelse på danske hospitaler (6-8). Meget tyder også på, at ernæringscreening ikke udføres systematisk i daglig klinisk praksis (6-8). Mulige løsninger på disse problematikker er tidligere beskrevet i hhv. et dansk og australsk studie, hvor ernæringscreening og behandling blev styrket ved at placere ansvaret for ernæringsbehandlingen (9,10).

I Ernæringsenheden ved Hospitalsenheden Vest anbefaler vi, at hospitalet afdelingerne udpeger en ernæringsansvarlig fagperson, optimalt en klinisk diætist. Denne fagperson skal sikre et kontinuerligt fokus på ernæring i afdelingen, samt at patienter i ernæringsrisiko identificeres, så de kan modtage den relevante ernæringsbehandling. For at sundheds- og medicinsk personale på de enkelte afsnit forstår formålet med ernæringscreening, opsporing og behandling skal fagpersonen efterspørge og italesætte patienternes ernærings-tilstand.

For at muliggøre dette ernæringsfokus bør den ernæringsansvarlige fagperson regelmæssigt befinde sig i den/de afdelinger, han/hun er tilknyttet.

Kvalitetssikring med offentlige hjemmesider

En anden mulig løsning til at kvalitetssikre ernæringsbehandlingen kan i tillæg til ovenstående også være at lave audits. Eksempelvis via offentlige hjemmesider, hvor prævalens af ernæringsscreeninger, patienter i ernæringsrisiko, og patienter, der får igangsat ernæringsbehandling, kan opgøres og sammenlignes.

Dette gøres bl.a. i Holland, hvor borgere selv kan vurdere deres ernæringstilstand med ernæringscreeningsværktøjer på en hjemmeside udviklet til formålet, hvorefter prævalens for underernæring kan opgøres og er officielt tilgængelig (11).

Dette vil muligvis kunne motivere til kvalitetssikring, både internt mellem hospitalet afdelingerne og eksternt mellem hospitalerne.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. 2008. Version 1. 1. Oplag.
2. Soderstrom, L., Rosenblad, A., Adolfsson, E. T., Saletti, A., Bergkvist, L. Nutritional status predicts preterm death in older people: a prospective cohort study. *Clinical nutrition*. 2014; 33: 354-359.
3. Sundhedsstyrelsen. Ældres Sundhed og Trivsel – ældreprofilen 2019. Versionsdato: 24. januar 2019.
4. Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M. ESPEN guidelines for Nutritional Screening 2002. *Clinical Nutrition*. 2003; 22(4): 415-421.
5. Rasmussen, H. H., Holst, M., Kondrup, J. Measuring nutritional risk in hospital. *Clinical Epidemiology*. 2010; 2: 209-216.
6. Okkels, S. L., Viggers, L., Frederiksen, K. G. Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland. Ældre indlagte patienter i ernæringsrisiko – hvor stort er problemet, og hvordan finder vi mest valide data? Marts 2021. Kan fremsendes ved efterspørgsel.
7. Beck, A. M., Knudsen, A. W., Østergaard, T. B., Rasmussen, H. H., Munk, T., Poor performance in nutrition risk screening may have serious consequences for hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021; 41: 365-370.
8. Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Kristensen, H., Wengler, A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish Hospitals. *Clinical Nutrition*. 2004; 23: 1009-1015.
9. Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Lindorff, K., Jørgensen, L. M., Jakobsen, J., Kristensen, H., Wengler, A., A Method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clinical Nutrition*. 2006; 25: 515-523.
10. Porter, J., Raja, R., Cant, R., Aroni, R. Exploring issues influencing the use of the malnutrition universal screening tool by nurses in two Australian hospitals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2009; 22: 203-209.
11. Borkent, J. W., Naumann, E., Vasse, E., Heijden, E., de van der Schueren, M. A. E. Prevalence and Determinants of Undernutrition in A Sample of Dutch Community-Dwelling Older Adults: Results from Two Online Screening Tools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 4;16:1562.

OPLIVER DINE PATIENTER SMAGS- FORANDRINGER?

”Mad, jeg plejede at elske,
smagte pludselig forfærdeligt
– kaffen smagte af jord, og
mange fødevarer fik
metallisk eftersmag”

Startpakke med
unikke smagsvarianter
til smagsforandringer i
forbindelse med sygdom.
Udviklet i samarbejde med
kræftpatienter.

**Mest
protein
pr. ml**

sammenlignet med
andre medicinske
ernæringsdrikke



Patientkampagne i efteråret:

**Følg os på Facebook
og vær med til at sætte
fokus på ernæring og
kræft blandt patienter
og pårørende.**



Nutridrink Compact Protein er en fødevarer til særlige medicinske formål og skal anvendes i samråd med læge eller diætist.



Diætister kan også gøre en forskel for osteoporosepatienter

Meld dig til osteoporoseforeningens konferencer og få nyeste viden om osteoporose.

Af Camilla Frydenberg, klinisk diætist i egen praksis, tidl. Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital, kontakt@camillafrydenberg.dk

Der går op mod 500.000 danskere rundt med osteoporose uden at vide det.

Mørketallet inden for denne folkesygdom er med andre ord svimlende højt, og det ser ud til at stige i takt med, at vi danskere bliver ældre og ældre. På sigt må flere altså leve i øget risiko for brud på knoglerne og nedsat livskvalitet som følge af smerter og funktions-tab.

Den gode nyhed er, at osteoporose mange gange kan forebygges eller behandles, hvis man handler i tide. Sidstnævnte kræver dog, at opsporing af sygdommen bliver væsentligt forbedret.

Som diætister kan vi bidrage og gøre en forskel. Vi har fagligheden til at hjælpe denne patientgruppe, både før sygdommen udvikler sig, men også når osteoporosen bliver en realitet.

I min tid som diætist på Hvidovre Hospital lå mit kontor "dør om dør" med osteoporoseafsnittet. Det har ofte undret mig, at jeg ikke fik henvist flere patienter, da jeg jo kunne se stribevis af patienter med behov for diætbehandling. Men min oplevelse var og er, at der ikke er tradition for at bruge os som sparringspartnere eller som en del af behandlingen. Det, synes jeg, er ærgerligt, da jeg mener, at vi har en klar rolle her.

Budskabet om tidlig opsporing er jeg nu med til at udbrede sammen med Osteoporoseforeningen, der aktuelt kører oplysningskampagne. Det giver bl.a. os diætister mulighed for at komme til Osteoporoseforeningens gratis konferencedage, hvor vi kan få opdateret vores viden om osteoporose og dermed hjælpe flere danskere med osteoporose. Vi kan også få viden om sygdommen på kampagnesiden www.osteoporoseviden.dk.

Risikofaktorer for osteoporose

Sundhedsstyrelsen vurderer, at op mod 650.000 danskere har osteoporose. Sammenholdt med mørketallet på op mod 500.000 er det dermed tydeligt, at der er langt flere med porøse knogler uden at vide det, end der er patienter i behandling.

Osteoporose en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved lav knoglemasse og dermed forringelse af knoglevævets styrke. Dette medfører øget risiko for lavenergi-brud, altså knoglebrud, der opstår spontant eller i forbindelse med mindre traumer. De osteoporotiske brud ses typisk ved håndled, overarm eller hofte, og som sammenfald i en eller flere ryghvirvler.

De nævnte brud er i sig selv et tegn på osteoporose, vi som diætister bør reagere på, hvis vi får kendskab til dem hos en patient. Derudover er det vigtigt at nævne, at overgangsalder hos kvinder samt suboptimal udvikling af knoglemasse, fx grundet mangel på D-vitamin eller kalk, kan være tegn på primær osteoporose.

I min egen klinik møder jeg især mange kvinder i overgangsalderen, som opsøger mig i forbindelse med uønsket vægtøgning. Her har jeg alletiders mulighed for at italesætte den øgede risiko for osteoporose og for at informere om et sufficent indtag af kalk og D-vitamin.

Osteoporose kan også være sekundært til andre sygdomme og ses efter medicinsk behandling af visse sygdomme eller som følge af sygdomme, der påvirker knoglemetabolismen. Det gælder eksempelvis malabsorption, cøliaki samt anoreksi og bulimi, hvilke også ses hos nogle af de patienter, vi diætister er i kontakt med.

Det kan være afgørende, at vi foretager en risikovurdering. Gør vi det, kan vi gøre en forskel for den enkelte patient, men også for samfundet, der bruger milliarder af skatte kroner på behandling af svære osteoporotiske brud.

En risikovurdering i forhold til osteoporose og generel indledende udredning bør blandt andet indeholde:

- Får personen tilstrækkeligt med kalk og D-vitamin?
- Er der længerevarende behandling med binyrebarkhormon?
- Er personen undervægtig?
- Har personen fx et stort alkoholforbrug?
- Er kvinden i overgangsalderen?

Disse er blot nogle af de risici, vi bør tage højde for i en risikovurdering for osteoporose. Hele listen kan ses på Osteoporoseforeningens fagportal og kampagnehjemmesiden, hvor der kan hentes gratis informationsmateriale.

Opsporing hos diætisten

Ovenstående oprensning af risikofaktorer er i mine øjne mere end rigeligt til, at jeg som diætist føler mig kaldet til at hjælpe disse patienter.

Som diætister skal vi blive bedre til at se os som en del af opsporings- og konferere med den ansvarlige læge, da vi jo ikke selv kan stille diagnosen.

Med over 10.000 vejledninger i løbet af de sidste 15 år er jeg stødt på patienter, der på forskellig vis har fortalt eller vist, at de har været i risikozonen for osteoporose.

Jeg forestiller mig, at mange andre diætister har samme oplevelse, og jeg vil opfordre til, at vi i vores vejledning af patienten tager højde for de åbenlyse risikofaktorer, der er for osteoporose. Og når de optræder, kan vi opfordre patienten til at bede om en undersøgelse for osteoporose hos egen læge. Tidlig opsporing af osteoporose kan nemlig være med til at forebygge brud gennem korrekt behandling samt knoglesund kost, motion og livsstil generelt.

Kost som kur

En del danskere tror desværre, at en pille alene kan kurere sygdom. Sådan hænger verden jo sjældent sammen – heller ikke på osteoporoseområdet.

Når en patient kommer i behandling for osteoporose, kan man gennem den rette kost samt sufficient indhold af kalk og D-vitamin være med til at skabe endnu bedre behandlingsresultater for patienten.

Det er særligt her, at kalk og D-vitamin bliver vigtige at tage højde for i forhold til patientens øvrige forhold.

Derudover vil et sufficient indtag af kalorier også være vigtigt for en stor del af patienterne i denne gruppe.

Er han eller hun eksempelvis småtspisende, kan det være relevant at undersøge, om patienten får dækket sit behov for vitaminer og mineraler, og om kosten kan optimeres. Hvis ikke, kan der anbefales relevante kosttilskud såsom en kalktablet. Har patienten mørk hud, kan vedkommende have sværere ved at danne D-vitamin selv, og her kan det være nødvendigt at supplere med tilskud. Vejleder vi en af de i stigende antal personer, der spiser vegetarisk eller vegansk, kan det være nødvendigt at tydeliggøre, hvordan patienten kan sikre sig at få nok kalk og D-vitamin til at passe på knoglerne.

Som diætist ved jeg, at der kan være mange anbefalinger og vejledninger at navigere i, særligt hvis man bevæger sig ud i et nyt speciale. For hvordan er det nu lige med anbefalingerne for kalk og D-vitamin hos unge, ældre og personer i risiko for osteoporose? Og hvordan spiller de sammen med de eventuelle andre diagnoser eller restriktioner, patienten lever med? Det kan vi som diætister hjælpe patienterne med at navigere i.

Hvis du er nysgerrig på at vide mere om osteoporose og dine muligheder for at hjælpe patientgruppen, så kig ind på Osteoporoseforeningens kampagneside www.osteoporoseviden.dk, hvor du bl.a. kan teste din viden om sygdommen. Vil du opfriske din faglighed med nyeste viden om osteoporose, er det også dette link, du skal anvende for at melde dig til en af de otte gratis konferencedage, som afholdes i efteråret 2021 og foråret 2022.

Lad os som faggruppe hjælpe flere til et knoglesundt liv.

På Osteoporoseforeningens kampagneside www.osteoporoseviden.dk kan du tilmelde dig en af otte konferencer og få nyeste viden om osteoporose

14. september 2021 kl. 15.30-19.30 – Frederiksberg
Scandic Copenhagen,
Vester Søgade 6,
1601 København

30. september 2021 kl. 12.00-16.00 – Odense
Scandic Odense
Hvidkærvej 25
5250 Odense

7. oktober 2021 kl. 12.00-16.00 – Viborg
BDO Lounge
Tingvej 7, 2. sal
8800 Viborg

4. november 2021 kl. 15.30-19.30 – Aarhus
Scandic Aarhus City
Østergade 10
8000 Aarhus

20. april 2022 kl. 12.00-16.00 – København
Scandic Eremitage
Klampenborgvej 230
2800 Lyngby

3. maj 2022 kl. 15.30-19.30 – Næstved
Hotel Kirstine
Købmagergade 20
4700 Næstved

19. maj 2022 kl. 12.00-16.00 – Kolding
Scandic Kolding
Kokholm 2
6000 Kolding

23. maj 2022 kl. 15.30-19.30 – Aalborg
Scandic Aalborg Øst
Hadsundvej 200
9220 Aalborg Ø

Ernæring og dysfagi under indlæggelse

Af Camilla Balle Bech, klinisk diætist, Herlev og Gentofte Hospital, camilla.balle.bech@regionh.dk

Resumé

Dysfagi er associeret med underernæring, hvortil årsagerne kan være mange. I denne bacheloropgave er undersøgt energi- og proteinindtaget hos indlagte patienter med dysfagi, samt om en sensorisk optimering af den modificerede kost serveret under indlæggelse øger indtaget. Yderligere er undersøgt, hvilke barrierer patienter med dysfagi oplever for at opnå sufficient ernæring, herunder hvordan den kliniske diætist i sit arbejde kan bidrage til at hindre disse.

Baggrund

Synkebesvær benævnes fagligt dysfagi, og prævalensen er høj på hospitalernes geriatriske og neurologiske afdelinger, hvor estimeret 50% af patienterne viser tegn på dysfagi (1–3). Dysfagi er et syndrom, som er associeret med underernæring, nedsat livskvalitet og øget risiko for aspirationspneumoni og mortalitet (4). Indlagte patienter med dysfagi er udfordret af nedsat appetit og modificeret kost og drikke, som øger risikoen for udvikling af underernæring (3,5,6).

På Herlev Gentofte Hospital er undersøgt i hvilket omfang, patienter med dysfagi opnår deres estimeret energi- og proteinbehov, og om en sensorisk optimering af den modificerede kost kan øge energi- og proteinindtaget.

Metode

Undersøgelsen var et interventionsstudie med en historisk kontrolgruppe. Eksklusionskriterier fremgår i tabel 1.

Patienterne var inddelt i to grupper, som enten fik tilbudt hospitalets modificerede kost henholdsvis før og efter en sensorisk optimering. Den sensoriske optimering omfattede forskellige elementer, herunder at den modificerede kost efter optimering efterlevede

”Anbefalinger for den danske institutionskost” (7). Herudover var den modificerede kost gået fra at være færdigkøbte timbaler til hjemmelavede økologiske kolde og varme retter produceret i hospitalets diætkøkken, hvilket betød et større fokus på det æstetiske måltid.

Data blev indsamlet ved et døgn kostregistrering, og dækningsgraden af energi og proteinbehov blev beregnet. Energibehovet var estimeret med Harris-Benedicts model tillagt en PAL-faktor på 1,3. Proteinbehovet blev herefter fastsat til 18 E%.

Tabel 1 - Eksklusionskriterier

- Minus oralt indtag
- Supplerende sonde- eller parenteral ernæring
- Fødevareallergi
- Ikke i stand til at give samtykke
- Terminal pleje

Efter endt dataindsamling og i forlængelse af ovenstående blev gennem feltarbejde på neurologisk afdeling skabt et indblik i barrierer, som kunne være medvirkende til, at patienter med dysfagi ikke opnåede sufficient ernæring. Feltarbejdet bestod af, at jeg som forskningssemesterstuderende var til stede, hjalp og talte med de indlagte dysfagi-patienter under deres tre hovedmåltider og mellemmåltiderne om formiddagen og eftermiddagen i tre uger. Dette feltarbejde blev understøttet af systematisk litteratursøgning, hvor fire artikler var inkluderet (8–11). Disse skulle bidrage til at klarlægge barrierer for at opnå sufficient ernæring, samt hvordan disse bedst kunne hindres.

Resultater og konklusion

Der blev inkluderet 43 patienter fra neurologisk og geriatrisk afdeling, som var vurderet af ergoterapeut til at indtage gratin eller cremet konsistens, tabel 2.

Tabel 2 Deltagerkarakteristik	Kontrolgruppe (n=18)	Interventionsgruppe (n=25)	p-værdi
Køn, n	Mænd: 10	Mænd: 13	
Alder, mean ±SD (kg)	82,7 ±8,9	81,0 ±8,6	
Afdeling, n	Medicinsk: 10 Neurologisk: 8	Medicinsk: 5 Neurologisk: 20	
Konsistens	Gratin: 17 Cremet: 1	Gratin: 14 Cremet: 11	
Vægt, mean ±SD (kg)	62,9 ±11,5	77,5 ±20,4	0,005*
BMI, mean ±SD (kg/m ²)	21,4 ±3,5	26,6 ±7,0	0,003*
Energibehov, mean ±SD (kJ)	6701 ±1123,5	7624 ±1425,6	0,023*
Proteinbehov, mean ±SD (g)	75 ±11,8	93 ±15,1	0,021*
Indlæggelsestid, mean (dage)	11	14	0,846

*signifikant (p < 0,05)

En sensorisk optimering af den modificerede kost på Herlev og Gentofte Hospital medvirkede til et signifikant større energi- og proteinindtag blandt indlagte patienter med dysfagi. Der sås en forbedret non-signifikant dækningsgrad på både energi og protein, se tabel 3. Feltarbejdet og de fire inkluderede artikler viste, at patienter med dysfagi oplevede psykosociale, fysiologiske og strukturelle barrierer for at opnå et sufficient indtag oralt og havde et stort behov for en individualiseret tilgang til mad og måltider.

Den kliniske diætist kunne være en vigtig medspiller for at opnå et sufficient energi- og proteinindtag for patienter med dysfagi, hvor de bør mødes med en personcentreret tilgang for at imødekomme individuelle barrierer.

Perspektivering

På trods af ovenstående resultater, hvor en sensorisk optimering af den modificerede kost på Herlev og Gentofte Hospital medførte et signifikant højere indtag af energi- og proteinindtag, var det fortsat under halvdelen af patienterne med dysfagi, som opnåede sufficient energi- og proteinindtagelse, se tabel 3. Disse resultater understøtter en udbredt problematik på de danske hospitaler, hvor et ernæringsaudit på Herlev Hospital viste, at <25% af patienter i ernæringsrisiko fik dækket energi- og proteinbehovet (12).

Den kliniske diætist er en vigtig medspiller i at sikre sufficient ernæ-

ring til indlagte patienter, uafhængigt om patienterne har dysfagi eller ej. ESPEN guidelines anbefaler, at patienter får individuel ernæringsbehandling for at imødekomme individuelle behov (5). Et schweizisk studie har vist, at tilknytning til klinisk diætist under indlæggelse øger indtaget af energi og protein, samt medvirker til færre komplikationer og lavere mortalitet (13). Ligeledes blev der ved ernæringsaudit på Herlev Hospital fundet, at patienter med kontakt med klinisk diætist signifikant oftere fik dækket deres energi- og proteinbehov (12).

Det bør derfor anbefales, at en ernæringsfaglig person, som fx en klinisk diætist, tilknyttes patienter i ernæringsrisiko, herunder også indlagte patienter med dysfagi for på den måde at kunne møde patienterne med en individualiseret tilgang i stræben efter at opnå sufficient ernæring.

Der skal lyde en stor tak til Enheden for Diætetik og Klinisk Ernæringsforskning på Herlev Gentofte Hospital, herunder Tina Munk, Tanja Bak Østergaard og Anne Wilkens Knudsen for muligheden for at afvikle et forskningssemester, samt skrive min bacheloropgave i jeres enhed.

Hvis man som læser har spørgsmål eller ønsker uddybning på ovenstående bachelorartikel, er man altid velkommen til at kontakte mig per mail.

Tabel 3 - Resultater	Kontrolgruppe (n=18)	Interventionsgruppe (n=25)	p-værdi
Energi, mean ±SD (kJ)	4590 ±2471	6146 ±2406	0,020*
Energi, dækningsgrad mean (%)	33	52	0,224
Protein, mean ±SD (g)	38 ±22,1	57 ±23,8	0,013*
Protein, dækningsgrad mean (%)	28	40	0,407

*signifikant (p <0,05)

Referencer

1. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, m.fl. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr.* 2015;34:436–42.
2. Melgaard D, Rodrigo-Domingo M, Mørch M. The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Geriatric Patients. *Geriatrics.* 2018;3:15.
3. Niemeier H, Jensen JB, Josephsen LB. Rammeplan for Diætbehandling af voksne med øvre dysfagi. *FaKD* 2017.
4. Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia – An updated clinical guideline. *Clin Nutr.* 2018;37:1980–91.
5. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, m.fl. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019;38:10–47.
6. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, m.fl. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr.* 2018;37:354–96.
7. Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevarestitutet, Fødevarestyrelsen. Anbefalinger for den danske institutionskost. 2015.
8. Shune SE, Linville D. Understanding the dining experience of individuals with dysphagia living in care facilities : A grounded theory analysis. *Int J Nurs Stud.* 2019;92:144–53.
9. Moloney J, Walshe M. I had no idea what a complicated business eating is...": a qualitative study of the impact of dysphagia during stroke recovery. *Disabil Rehabil.* 2018;40:1524-1531.
10. Ullrich S, Crichton J. Older people with dysphagia: transitioning to texture-modified food. 2015;24.
11. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Hannig AW, Ortega P. Social and Psychological Burden of Dysphagia : Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia* 2002;17:139-46.
12. Beck AM, Knudsen AW, Østergaard TB, Rasmussen HH, Munk T. Poor performance in nutrition risk screening may have serious consequences for hospitalized patients. *Clin Nutr ESPEN* 2021.
13. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, m.fl. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet.* 2019;393:2312–21.

Hvilken effekt har vægtneutrale interventioner på kardiometaboliske risikofaktorer hos voksne med overvægt?

Af Stine Waldbjørn Damsgaard, PBA Ernæring og Sundhed (stine.damsgaard@gmail.com); Caroline Lind Johansson, PBA Ernæring og Sundhed (caroline_lind_johansson@live.dk) og Mie Brysting Sørensen, PBA Ernæring og Sundhed (mie.sorensen@hotmail.com)

Baggrund

På verdensplan er andelen af overvægtige kraftigt stigende [1]. Det gælder også i Danmark, hvor 51 % af befolkningen er overvægtig (BMI \geq 25 kg/m²), mens hver sjette er svært overvægtig (BMI \geq 30 kg/m²) [2]. Overvægt, og især svær overvægt, er forbundet med en øget risiko for at udvikle forskellige sygdomme såsom hjertekarsygdom, type 2-diabetes, flere former for kræft samt psykiske problemer [3]. Traditionelt har sundhedsfremmende tiltag i høj grad haft fokus på den enkeltes vægt/BMI, og målet har været at opnå en negativ energibalance og dermed et vægttab - dog udelukkende hos personer der oplever risikofaktorer, som er forbundet med overvægt [4].

Denne metode har påvist positive resultater, idet vægttabet blev fulgt af forbedringer i en række risikofaktorer inden for det metaboliske syndrom [5]. På trods af de positive resultater har erfaringer vist, at det ofte er vanskeligt at opretholde et opnået vægttab, idet mange tager det tabte på igen, hvormed de sundhedsmæssige forbedringer går tabt [4]. Det diskuteres desuden, hvorvidt processen omkring et vægttab kan føre mere end blot et vægttab med sig; om der i processen kan opstå sideeffekter såsom overspisning, utilfredshed med egen krop, lavt selvværd og spiseforstyrrelser [6]. Dette gør, at der kan stilles spørgsmål ved, hvorvidt denne fremgangsmåde er den bedste, eller om der findes andre og mere optimale metoder til at fremme sundheden.

Som ernæringsfaglige har vi også et ansvar for at holde os opdaterede på vores faglighed. Det betyder, at vi skal forholde os kritisk både overfor nuværende fremgangsmåde og nye alternative tilgange, så vi sikrer os, at det vi praktiserer og formidler er veldokumenteret og såkaldt best practice. I debatten om forebyggelse og behandlingen af overvægt er vi stødt på den vægtneutrale tilgang, som siden den kom til Danmark i 2019 har tiltrukket sig opmærksomhed [7].

En del af interessen kan formentlig tilskrives, at de centrale elementer: intuitiv spisning, nydelsesfuld bevægelse og kropsaccept i den vægtneutrale tilgang til sundhed stemmer godt overens med den nye bølge, der i øjeblikket præger sundhedsbilledet [8]. Dette litteraturstudie har derfor til formål at undersøge effekten af vægtneutrale interventioner på kardiometaboliske risikofaktorer hos voksne personer med overvægt, herunder lipidprofil, blodtryk, plasmaglukose og antropometriske målinger som Body Mass Indeks (BMI), kropsvægt og taljemål.

Metode

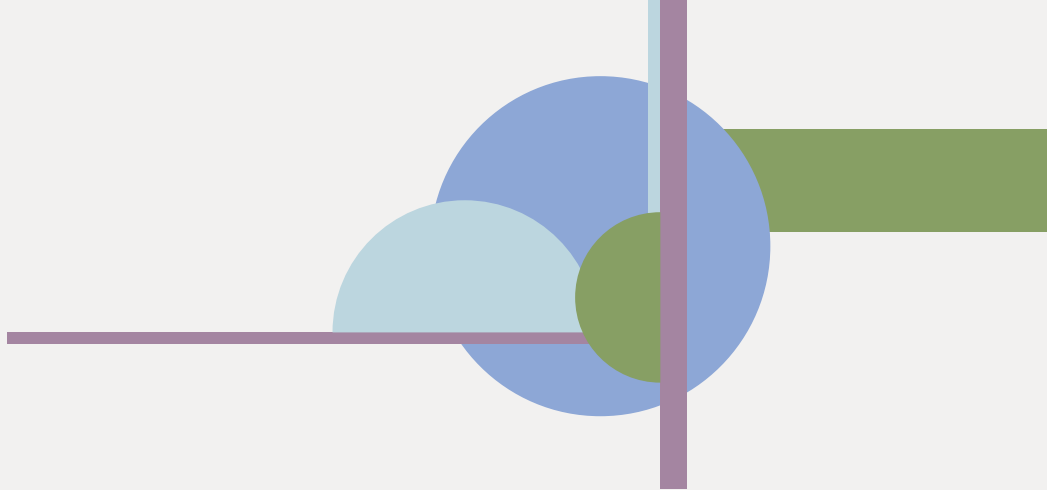
Der er udarbejdet et systematisk litteraturstudie på baggrund af en systematisk litteratursøgning, som blev foretaget i følgende databaser: PubMed, Embase, Global Health og PsycInfo. Derudover blev der gjort brug af både prospektiv og retrospektiv kædesøgning. Den endelige bloksøgning foretaget i december 2020 kan ses i tabel 1.

Tabel 1. Bloksøgning

Population		Intervention
Obes*	AND	Non-diet
OR		OR
Obesity		Nondietering
OR		OR
Overweight		Weight-neutral
		OR
		Weight-inclusive
		OR
		Health At Every Size
		OR
	HAES	
	OR	
	Intuitive eating	
	OR	
	Mindful eating	
	OR	
	Innate eating	
	OR	
	Body acceptance	
	OR	
	Body image acceptance	
	OR	
	Size acceptance	

Resultat af litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning resulterede i 2222 hits, hvilket blev sorteret ned til seks artikler på baggrund af de opsatte inklusions- og eksklusionskriterier (se tabel 2). Kædesøgningen resulterede ikke i yderligere fund. Det fulde overblik over søgningen fremgår af figur 1 (flowchart s. 36). På baggrund af litteratursøgningen blev der inkluderet seks artikler, som fordeler sig på fire studier."



Alle studier er randomiserede kontrollerede studier udført i USA, New Zealand og Brasilien. Studierne er udgivet mellem 2002 og 2018. Deltagerne var udelukkende kvinder i alderen 25 til 65 år. På tværs af studierne indgik elementerne om intuitiv spisning, nydelsesfuld bevægelse og kropssaccept i interventionen. Alle interventioner bestod af gruppeforløb med en varighed på mellem 10 uger og syv måneder. Et enkelt studie havde ingen opfølgingsperiode, mens de resterende havde en opfølgingsperiode på ét til to år. De målte outcomes varierer i artiklerne.

Alle seks artikler inkluderer målinger på kropsvægt og fem også på BMI, mens fem måler blodtryk, tre måler på lipidprofilen, to måler deltageres taljemål og kun en enkelt måler på deltageres plasmaglukoseniveau.

Resultater

Samlet set giver resultaterne et noget blandet billede af effekten af en vægtneutral tilgang.

Der ses ingen ændringer i de antropometriske målinger hos deltagerne i de vægt-neutrale interventionsgrupper, herunder talje omkreds [9,10], vægt [9-14] og BMI [9-12,14]. Alligevel ses der signifikante reduktioner i deltageres lipidprofil, særligt ved totalcholesterol og low-density-lipoprotein (LDL), i de tre artikler, der har foretaget målinger herpå [9,11,12]. Det er dog væsentligt at pointere, at de tre artikler blot baserer sig på to studier.

Nogle studier viser signifikante reduktioner i blodtrykket, men det samlede resultat herfor er divergent [9,11-14]. Den ene artikel, der måler på fastende plasmaglukose, viser ingen ændring [9].

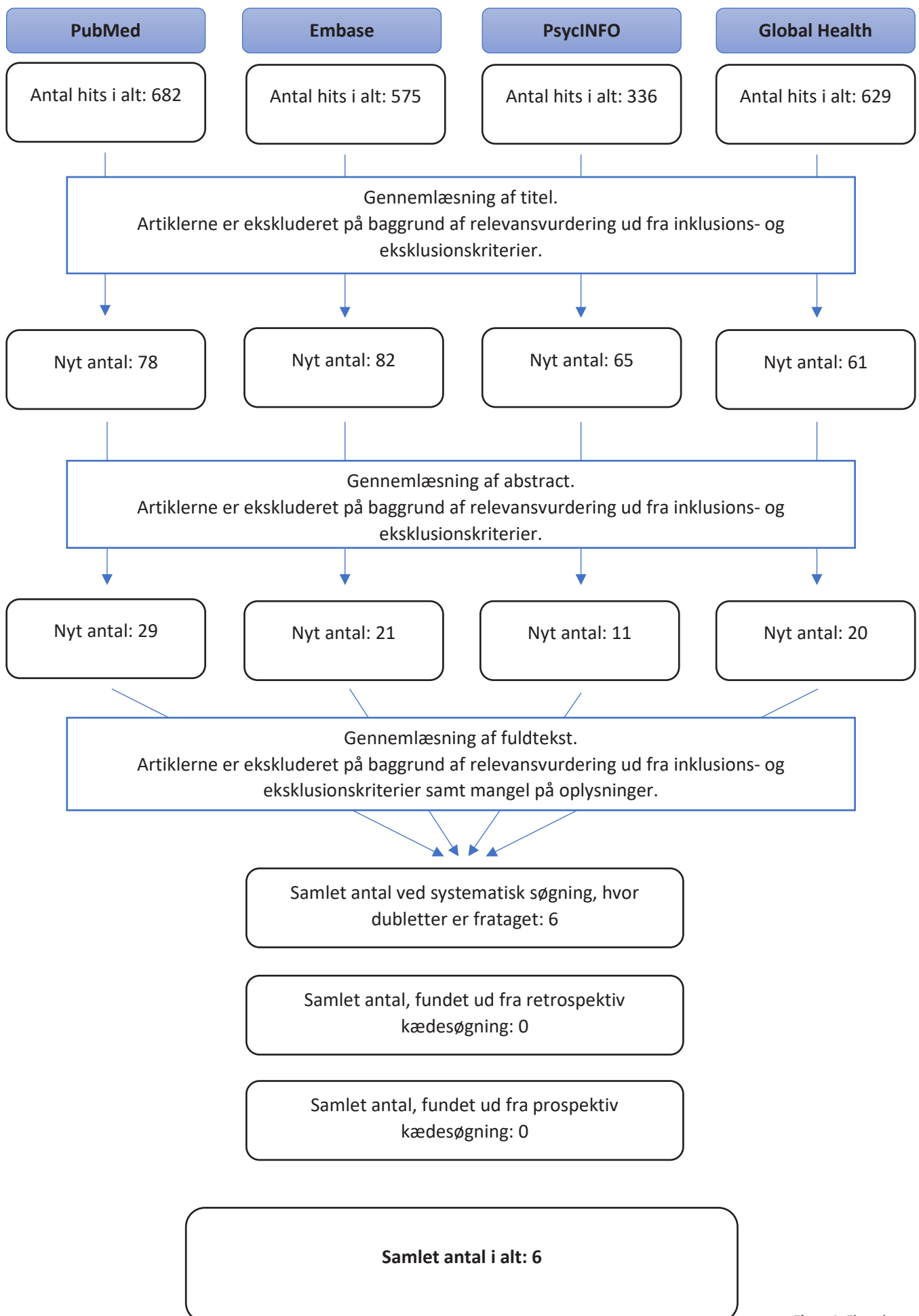
Når man kigger på litteraturstudiets resultater, er der overordnet to store begrænsninger for deres validitet. Det beskedne antal fundne artikler samt det at studierne måler på meget forskellige udfaldsmål, gør det udfordrende at konkludere noget entydigt om effekten af vægtneutrale interventioner hos voksne med overvægt. Omvendt styrker det validiteten, at alle de inkluderede artikler baserer sig på randomiserede kontrollerede studier (RCT).

En anden væsentlig begrænsning ved undersøgelsen er dens generaliserbarhed, der begrænses af, at forsøgsdeltagerne udelukkende har været kvinder i alderen 25 til 65 år og overvejende kaukasiske. Det betyder at vi eksempelvis ikke har kendskab til tilgangens effekt på andre aldersgrupper eller etniske grupper og ej heller på mænd.

Samtidig kan der stilles spørgsmål ved objektiviteten i to af de medtagne artikler, som er baseret på samme studie, idet én af forfatterne også har skrevet en bog om den vægtneutrale bevægelse "Health at Every Size". Da der ikke bliver kommenteret på denne mulige interessekonflikt i artiklerne, kan det ikke udelukkes, at forfatterens egne interesser kan have haft indflydelse på studiets udførelse og resultater.

Tabel 2. Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Voksne > 18 år	Kroniske sygdomme, herunder insulinafhængig diabetes
Raske, men må gerne have risikofaktorer for metabolisk syndrom (dyslipidæmi, hypertension, forhøjet plasmaglukoseniveau, forhøjet taljemål)	Psykiske lidelser
Vægtneutrale interventioner, hvor kropssaccept, nydelsesfuld bevægelse og det at spise på baggrund af indre sult- og mæthedssignaler indgår	Gravide
Outcomes skal være vægt og/eller BMI samt minimum én af følgende: blodtryk, lipidprofil (LDL, HDL, triglycerider, totalcholesterol), plasmaglukoseniveau og/eller taljeomkreds	Interventioner med fokus på vægttab
Primær litteratur	



Figur 1. Flowchart

Konklusion

På baggrund af de divergerende resultater i de inkluderede artikler samt de væsentlige begrænsninger i validiteten af litteraturstudiets resultater, herunder manglen på studier, den store variation i studiernes outcomes og den lave generaliserbarhed, er der på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig evidens til at vurdere, om denne tilgang har en effekt på kardiometaboliske risikofaktorer, og dermed kan forebygge sygdomme associeret med overvægt. Af samme grund er det også svært at vurdere, om en vægtneutral intervention kan være et alternativ til den traditionelle og mere vægtfokuserede tilgang til det sundhedsfremmende arbejde.

Praksisrelaterede overvejelser

Selvom vi ud fra resultaterne af denne undersøgelse vurderer, at der på nuværende tidspunkt ikke er et videnskabeligt grundlag for at praktisere en vægtneutral tilgang til at fremme sundheden hos personer med overvægt, finder vi stadig resultatet af undersøgelsen brugbart.

Samlet set har arbejdet med projektet givet os indsigt i, hvad den vægtneutrale tilgang indebærer for både behandler og klient samt for evidensen bag. Det giver os et udgangspunkt og et fagligt grundlag for at kunne tage del i debatten om behandling af overvægt samt bidrage til den ved at videreformidle den viden, vi har opnået uden anden interesse end nysgerrighed og oplysning for øje. Igen er det dog vigtigt at understrege, at vores viden om tilgangen fra projektet begrænser sig til det fysiologiske aspekt af sundhed.

Da det ligger uden for vores faglige kompetencer at vurdere evidensen for effekten af en vægtneutral tilgang på de psykologiske aspekter af sundhed, vil en fuldstændig undersøgelse af tilgangen og dens eventuelle sundhedsmæssige effekter kræve en tværprofessionel indsats.

Referencer

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. [Ukendt]: World Health Organization; opdateret 9. jun. 2021 [citeret 3. jan. 2021]. Tilgængelig fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2017. København; 2018. 134 s.
3. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København; 2018. 48 s.
4. Hesselov I, Jeppesen PB. Klinisk ernæring. 5. udg. København: Munksgaard, 2011
5. Sørensen T, Pedersen BK, Sandbæk A, Overvad K. Skal overvægtige voksne tabe sig? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015. 63 s.
6. Bengtson HS. Er det blevet fedt at være fed? Aalborg Universitet; 2020. 12-23 s.
7. Ulián MD, Aburad L, da Silva Oliveira MS, Poppe A, Sabatini F, Perez I, Gualano B, Benatti FB, Pinto AJ, Roble OJ, Vessoni A, de Moraes Sato P, Unsain RF, Baeza Scagliusi F. Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. *Obes Rev.* [Internet]. 27. sep. 2018. [Citeret 9. nov. 2020];19(12):1659-66. Tilgængelig fra: <https://doi.org/10.1111/obr.12749>
8. Vægtneutral Sundhed. Hvad er vægtneutral sundhed? [Internet]. [Ukendt]: Vægtneutral Sundhed; 2021 [citeret 3. jan. 2021]. Tilgængelig fra: <http://vaegtneutral-sundhed.dk/hvad-er-vaegtneutral-sundhed/>
9. Mensinger JL, Calogero RM, Stranges S, Tylka TL. A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite.* [Internet]. 1. okt. 2016. [Citeret 17. nov. 2020];105:364-74. Tilgængelig fra <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.006>
10. Ulián MD, Pinto AJ, de Moraes Sato PB, Benatti F, Lopes de Campos-Ferraz P, Coelho D, Roble OJ, Sabatini F, Perez I, Aburad L, Vessoni A, Fernandez Unsain R, Macedo Rogero M, Toporcov TN, de Sá-Pinto AL, Gualano B, Scagliusi BF. Effects of a new intervention based on the Health at Every Size approach for the management of obesity: The "Health and Wellness in Obesity" study. *PLoS One.* [Internet]. 6. jul. 2018. [Citeret 17. nov. 2020];13(7):e0198401. Tilgængelig fra: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198401>
11. Bacon L, Keim NL, Van Loan MD, Derricote M, Gale B, Kazaks A, Stern JS. Evaluating a 'non-diet' wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *Int J Obes Relat Metab Disord.* [Internet]. 30. maj 2002. [Citeret 17. nov. 2020];26(6):854-65. Tilgængelig fra: <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802012>
12. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc.* [Internet]. 1. jun. 2005. [Citeret 17. nov. 2020];105(6):929-36. Tilgængelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.03.011>
13. Hawley G, Horwath C, Gray A, Bradshaw A, Katzer L, Joyce J, O'Brien S. Sustainability of health and lifestyle improvements following a non-dieting randomised trial in overweight women. *Prev Med.* [Internet]. Dec. 2008. [Citeret 17. nov. 2020];47(6):593-9. Tilgængelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.08.008>
14. Katzer L, Bradshaw AJ, Horwath CC, Gray AR, O'Brien S, Joyce J. Evaluation of a "Nondieting" Stress Reduction Program for Overweight Women: A Randomized Trial. *Am J Health Promot.* [Internet]. 1. mar. 2008. [Citeret 17. nov. 2020];22(4):264-74. Tilgængelig fra: <https://doi.org/10.4278/060728113R1.1>



LOUISE WEIS NIELSEN

Klinisk diætist, sundheds- og omsorgscenteret, Høje-Taastrup kommune, lousiewni@htk.dk

Jeg har siden 2010 – som kommunal ansat på ældreområdet – arbejdet med at sikre den rette ernæring til den ældre borger. De første ti år i Næstved kommune, og siden september 2020 i Høje-Taastrup kommune. Helt fra studietiden har jeg været interesseret i ældres ernæring og finder det meningsfuldt og motiverende at arbejde med ældre borgere og være med til enten at forebygge eller begrænse, at de bliver afhængige af hjælp fra hjemme- og sygeplejen.

Mine arbejdsdage er meget varierende i opgaver og tempo, hvilket jeg godt kan lide. Arbejdsopgaverne i Høje-Taastrup er jeg heldig at dele med min kollega Michelle, som er kandidat i human ernæring. Vi er optaget af at ensrette vores vejledning og dokumentation og anvender derfor FaKDs rammeplaner og ESPENs guidelines, når vi fastsætter energi- og proteinbehov ligesom vi anvender NCP-modellen, når vi vejleder borgerne og bagefter dokumenterer i vores omsorgssystem CURA. Vi dækker opgaver i hjemmeplejen, plejecentrene, udekørende rehabilitering og døgnrehabiliteringen.

8.00 Jeg møder ind på Torstorp Pleje- og Rehabiliteringscenter, hvor Michelle og jeg deler kontor. Jeg skifter til uniform og tjekker e-mails og indkomne opgaver i omsorgssystemet CURA.

9.00 Jeg kører ud til en opfølgning hos en borger, der grundet apopleksi og forsnavret spiserør har haft et utilsigtet vægttab på 11 kg. Jeg vejer borgeren på min medbragte, medicinsk godkendte vægt og konstaterer, at borgeren har taget to kg på i vægt,

Min diætistdag

siden vi sammen lagde en ernæringsplan. I mellemtiden har ergoterapeuten også været forbi for at undersøge borgeren for dysfagi, fordi jeg anbefalede det efter at have set vedkommende spise ved mit første besøg. Ergoterapeuten har anbefalet borgeren at spise langsomt og få skåret maden i mundrette bider. Borgeren er tilfreds med vægtøgningen og har mod på at fortsætte planen. Vi aftaler et nyt opfølgingsbesøg.

11.00 Jeg mødes med en sygeplejerske ude hos en borger med ALS (amyotrofisk lateral sclerose), der har mavesmerter i forbindelse med sondeindgift og i op til en time herfter. Vi skal finde en løsning på problemstillingen, så borgeren får den rette ernæring, men uden en udspilet og smerteforpinde mave til følge. Jeg foreslår produktskifte til et mere energi- og proteinrigt produkt uden tilsat fibre, og at sondeernæringen blev mere jævnt fordelt over dagen for at nedsætte volumen pr. gang. Borgeren ønsker dog ikke at have hjemmeplejen på besøg mere, end de allerede har, så vi må være kreative og sammen med respiratorisk team og hjemmeplejen finde en løsning. Det aftales at borgeren får vand i sonden, når hun alligevel respireres, hvilket sker flere gange dagligt. Derved kan der udelukkende skylles med et minimum af vand i forbindelse med sondeernæring, og væskebehovet gives således på andre tidspunkter mhp. at opnå et så lille bolus som muligt. Derudover taler vi om muligheden for at øge indløbshastigheden på pumpen. Det aftales med borgeren, at jeg bestiller den foreslåede sondeernæring, ligesom et opfølgingsbesøg aftales.

12.30 Jeg spiser frokost med Michelle, hvor vi vender vores besøg og øvrige nyheder.

13.00 Michelle og jeg har afsat tid til sammen at gennemgå anbefalinger for ældres energi- og proteinbehov i hhv. FaKDs rammeplaner, Anbefalinger for den danske institutionskost og ESPENs guidelines. Vi har et ønske om, at vi bruger samme udregningsmetoder og referencer, hvorfor vi la-

ver et fælles dokument, der er overskueligt for os begge. Dokumentet bruges også ifm. den ernæringsstrategi, vi har fået til opgave at udarbejde for Høje-Taastrup kommune.

15.00 Jeg skal ud til en borger, der pga. colon- og ovariecancer har tabt sig 11,7 kg på tre måneder. Jeg har Michelle med for at vidensdele i praksis.

Borgeren har fået anlagt stomi og er under oplæring af sygeplejen i selv at kunne tømme posen og skifte pladen. Borgeren er meget træt, men har god støtte fra sin familie, som også alle deltager i samtalen. Borgeren fortæller, at hun to gange har fået aflyst sin kemoterapi pga. dårlig almen- og ernæringstilstand, men ikke er tilbudt diætbehandling på sygehuset. Borgeren er netop ophørt med behandling for mundsvamp, men oplever fortsat madlede. Jeg nedskriver sammen med borgeren en kostplan med fokus på små energi- og proteinrige indtag hver anden time i alle vågne timer, og jeg vejleder i, hvilken ernæringsdrik borgeren anbefales at købe via sin grønne ordination. Derudover opfordres borgeren til at veje sig én gang ugentligt. De pårørende vejledes i "kost til småtspisende", da det er dem, der står for indkøb og madlavning. Inden samtalen afrundes, opsummeres de råd, jeg har anbefalet, og vi aftaler et opfølgende besøg om to uger.

I bilen på vej tilbage til kontoret taler Michelle og jeg om den måde, jeg vejledte på, og hvad Michelle fik ud af at overvære det. Vi taler også om, hvad jeg vil følge op på næste gang, jeg besøger borgeren. Generelt taler vi om, at det er skønt, at vi er to om opgaverne, og at vi har mulighed for at kigge hinanden over skulderen – for at sparre med hinanden, udvikle os fagligt, og for at kunne ensrette vores tilgang, metoder og værktøjer.

16.30 Computeren slukkes på kontoret, og jeg går i omklædningen for at skifte til mit private tøj. Dokumentationen af besøget må vente til i morgen, for jeg har normalt fri 15.30.

Kalender

Årsmøde i Selskab for Ernæringsforskning (SfE)

Dato: Fredag d. 1. oktober kl. 9.00-16.00
Sted: Landbrug og Fødevarer, Axeltorv 3, 1609 København V
Pris: 200 kr. (medlemmer), 100 kr. (stud. medlemmer) og 400 kr. (ikke medlemmer)
Tilmelding: Inden 20. september på sfe.dk

Hjerteforeningens sundhedskonference

Arrangør: Hjerteforeningen
Dato: 12. oktober kl. 09.00-13.00 (virtuel)
Tilmelding og program på hjerteforeningen.dk

HOLD DIG OGSÅ OPDATERET PÅ KOST.DK/FAKD

FaKDs årsmøde 2021

Dato: Fredag 29. oktober 2021 kl. 09.00-15.45
Sted: Mødecenter Odense, Buchwaldsgade 48, 5000 Odense C
Pris: Årsmødet er for FaKD medlemmer: 395 kr.
(Studerende: 295 kr., maks. 10 pladser)
Tilmelding: Inden 11. oktober på kost.dk/events

Den nationale ernæringsuge 2021

Dato: uge 44
Læs mere: kost.dk/ernaeringsugen-vaer-med-til-saette-ernaeringsrisiko-paa-dagsordenen samt dske.dk

DSKE Årsmøde 2022

Dato: 6. maj
Sted: Hotel Marselis, Århus
Tilmelding og program følger på dske.dk



Ny redaktør og velkendt redaktionsudvalg

Diætistens nye redaktør Trine Klindt var ved dette blads afslutning til redaktionsmøde for at planlægge kommende blade.

Her ses hun i en pause siddende mellem FaKDs formand Mette Theil og bestyrelses- og redaktionsudvalgsmedlem Christian S. Antoniussen.

Bagerst fra venstre står afgående redaktør Anne W. Ravn og det øvrige redaktionsudvalg: Anne Marie Beck, Dorte Sunke Knudsen og Jette Thomsen Fabricius.

BESTYRELSEN I FAKD

Formand

Mette Theil
E-mail: mp@diaetist.dk

Næstformand og kasserer

Trine Klindt
E-mail: tk@diaetist.dk

Ansvarlig for kommunikation og NCP

Luise Persson Kopp
E-mail: lk@diaetist.dk og
kommunikation@diaetist.dk

Ansvarlig for rammeplaner

Christian S. Antoniussen
E-mail: ca@diaetist.dk

Øvrig bestyrelse

Randi Tobberup
E-mail: rt@diaetist.dk
Anne Kahr Lysdal
E-mail: al@diaetist.dk

REDAKTIONSUDVALG

Jette Thomsen Fabricius
Christian S. Antoniussen
Dorte Sunke Knudsen
Anne Marie Beck
Anne W. Ravn

Redaktør

Trine Klindt
E-mail: tk@diaetist.dk

Diætisten i 2021

Vi vil gerne høre fra dig med dine ønsker til temaer, artikler og øvrige ideer eller dit eget bidrag til bladene i 2021.

I forbindelse med samsending med Kost og Ernæringsforbundets blade udkommer Diætistens seks numre i 2021 således:

nr. 169: 4. februar
nr. 170: 11. marts
nr. 171: 10. juni
nr. 172: 16. september
nr. 173: 21. oktober
nr. 174: 9. december
Deadline for tilsendelse af materiale er ca. syv uger før udgivelsen.



NYHED!

450
kcal*

28 g
protein*

3 g
leucin*

*pr. 200 ml

RESOURCE® ULTRA

Med fokus på forbedrede behandlingsresultater



Resource® Ultra er en koncentreret ernæringsdrik med højt protein- og energiindhold. Drikken indeholder højkvalitativt protein med stor andel valleprotein (42 % valle, 58 % kasein), som er naturligt rig på den vigtige aminosyre leucin. Resource® Ultra findes i fire gode smagsvarianter og to forskellige størrelser – 125 og 200 ml.

Resource® Ultra er en fødevarer til særlige medicinske formål og skal anvendes under lægeligt tilsyn. Til ernæringsbehandling af patienter med sygdomsrelateret underernæring eller i ernæringsmæssig risiko.

Information til sundhedsfagligt personale

Nestlé Health Science, Arne Jacobsens Allé 7, 2300 KBH S

 **Nestlé**
HealthScience