

DIÆTISTEN

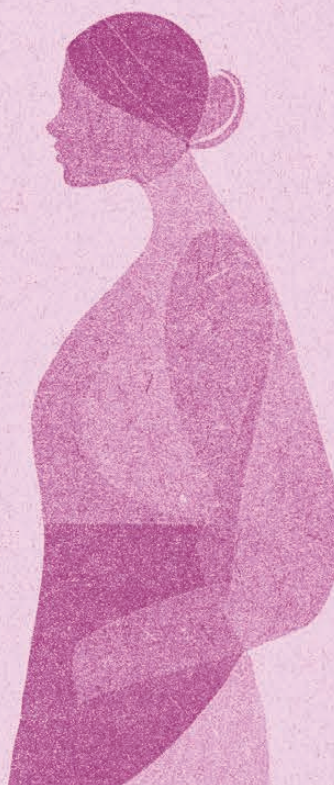
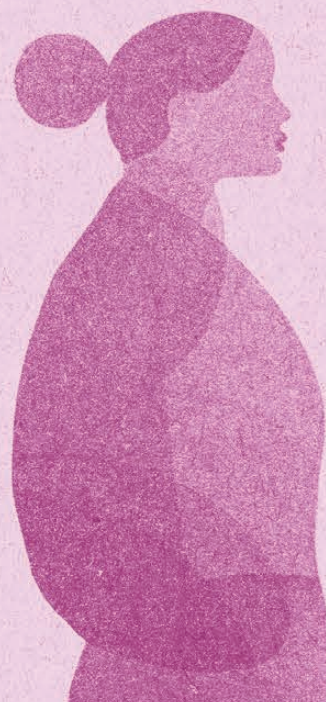
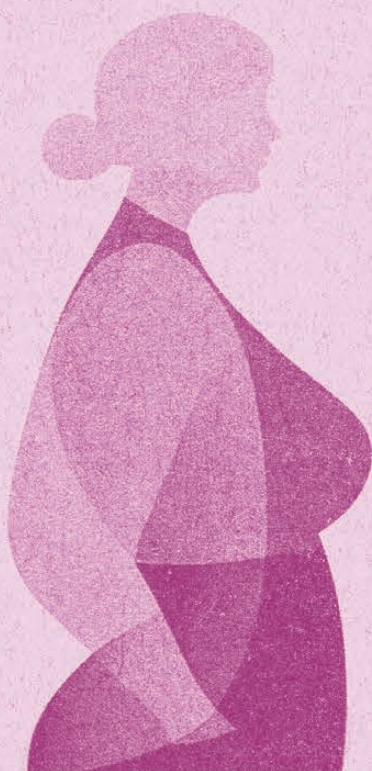
FaKDs fag- og forskningsblad

FOKUS

Kvindesygdomme

Læs også om

- Systematisk mundpleje til patienter i ernæringsrisiko
- Seksuel sundhed og svær overvægt





SÅ sker der noget!

Af Mette Theil

Året er begyndt, og selvom forandringer tager tid, ser jeg lyst og positivt på de kommende år.

Sundhedsreformen begynder at tage form, og mange af jer følger udviklingen tæt. Det ved jeg, fordi I rækker ud til FaKD samt Kost og Ernæringsforbundet. Det skal I have kæmpe tak for. Det er i dialogen med jer medlemmer, at vi kan sætte retning, udvikle og forbedre vores fag.

For jer, der arbejder med den patientrettede forebyggelse, kan der snart komme ændringer, hvor nogle opgaver flyttes fra kommuner til regioner. Samtidig forbliver den borgerrettede forebyggelse i kommunerne. Det medfører nogle bekymringer om, hvordan vi fremover skal og kan balancere ernæringsindsatserne i forhold til borgere og patienter. Jeg er meget optaget af, hvordan disse ændringer kommer til at påvirke din arbejdsdag.

Som mindre faggruppe kan man nogle gange føle sig overset selv i de store reformoverskrifter. Men tag et kig på den nye Generiske Model for kronikerpakkerne. Her er diætisten tydeligt skrevet ind - og det er ikke sket af sig selv. FaKD har sammen med Kost og Ernæringsforbundet arbejdet målrettet for, at I ikke forsvandt i brede formuleringer om kostvejledning, sundhedsaktører og ernæringsindsatser. Diætister står nu side om side med fysioterapeuter, psykologer m.fl og jeg er overbevist om, at det vil få betydning for os som diætiststand og de fremtidige henvisningsveje til diætist.

Apropos diætiststand, så var det som altid fantastisk at være samlet til FaKDs årsmøde i Ålborg i januar. Det var nogle flotte rammer, stærke oplæg og inspirerende udstillere. Og hvor var det fantastisk at se flere diætister indtage scenen med ph.d.-kasketten på! Husk at årsmødet er for JER, og vi tager gerne imod både ris og ros, så vi kan blive ved med at skabe relevante og meningsfulde årsmøder. Vi har brug for hinanden - både fordi vi er en mindre faggruppe og fordi vores fag er så vigtigt.

Kvinde-sygdomme

Kvindesygdomme har fået markant øget opmærksomhed de seneste år. Det afspejler sig også i en stigende efterspørgsel på kvalificerede kostråd og diætbehandling fra patienter, borgere og klienter, der enten diagnosticeres med en kvindesygdom – eller som oplever betydelige gener i forbindelse med overgangsalderen.

Kvindesygdomme dækker over sygdomme og helbredstilstande, der primært eller udelukkende rammer kvinder, særligt dem der involverer kønsorganer, hormoner og det reproduktive system. Det gælder blandt andet PCOS, endometriose, underlivsbetændelse, muskelknerder, cyster samt kræft i livmoder, livmoderhals og æggestokke. Hertil kommer overgangsalderen, som for nogle kvinder er så belastende, at den må betragtes og håndteres som en sygdom.

I dette nummer sætter vi fokus på kvindesygdomme set fra et ernæringsfagligt perspektiv. Vi når ikke hele vejen rundt, men giver et indblik i den viden, der aktuelt findes og udvikles om endometriose, PCOS og overgangsalder. Vi håber det vækker jeres nysgerrighed og lyst til selv at dykke dybere ned i kvindesygdommens univers – for efterspørgslen på ernæringsfaglig viden og behandling af disse sygdomme og tilstande er næppe faldende.

/ Trine Klindt

Udgiver

Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD)
i Kost og Ernæringsforbundet
E-mail: post@diaetist.dk
www.kost.dk/fakd
ISSN 1395-1169

Nr. 200 udkommer 17. april 2026

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

Sofie Kirkeløkke Svane,
sofie.svane@hotmail.com

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

Sekretariatsadresse

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

FaKD 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, skal du kontakte Kost og Ernæringsforbundets sekretariat på tlf. 3163 6600.

KOST **OG**
ERNÆRINGS
FORBUNDET
SUNDHED ER EN RET

Indhold

Artikler

Systematisk mundpleje – et overset redskab mod ernæringsrisiko	4
Seksuel sundhed og svær overvægt	8

Diætister der forsker

13

Fokus

Endometriose og diagnoseforsinkelser – hvad sker der i tiden inden diagnosen stilles?	14
Diætbehandling ved endometriose	18
Næringsstofindtag fra kost og kosttilskud blandt præmenopausale kvinder	20
Ketonstoffer og deres potentielle gavnlige effekt for kvinder med PCOS	25
Overgangsalderen - med fokus på vægt, fedtfordeling og fedtstoffer i blodet	29

Bachelor

Digital sundhedsvejledning - fremtidens sundhedsvejledning?	33
---	----

Min diætistdag

38

Kalender

39

Systematisk mundpleje – et overset redskab mod ernæringsrisiko

Orale gener er hyppigt forekommende faktorer, som nedsætter kostindtaget hos patienter i ernæringsrisiko. Imidlertid er der ikke meget fokus på oral sundhed i behandlingen af patienter i ernæringsrisiko. Tidlig identifikation af dårlig mundsundhed hos indlagte patienter kan derfor medvirke til at forebygge ernæringsrisiko og komplikationer samt sikre optimal ernæringsbehandling under indlæggelse. Dette kvalitetsudviklingsprojekt peger i retning af, at fokus på mundpleje, og gerne en tandplejer til de mere komplekse problemstillinger, bør prioriteres.

Af: Tanno Cornè Peters, læge¹, Sabina Lund Mikkelsen, forsker og implementeringskonsulent¹ og Mette Holst^{1,2}, forskningsleder, professor.

¹Center for Ernæring og Tarmsvigt, Aalborg Universitetshospital og ²Klinisk Institut, Aalborg Universitet.

Kontakt: mette.holst@rn.dk

Baggrund

Dårlig mundsundhed er associeret med ernæringsrisiko hos ældre og multimorbide patienter. Et studie fandt, at patienter med dårlig mundsundhed havde øget risiko for underernæring. Derudover fandt studiet, at specifikke orale problemer som mundtørhed, tygge- og synkebesvær samt ændringer, fx svamp eller tørre skorper på slimhinder og tunge forekom blandt patienter i ernæringsrisiko (1).

Et andet studie fandt, at patienter henvist til et ernæringsteam mhp. ernæringsbehandling ofte havde behov for mundplejeintervention, og at dårlig mundsundhed var associeret med øget behov for sondeernæring eller kost med modificeret konsistens (2). Et tredje studie introducerede begrebet "oral frailty" som en sammensat indikator for oralt funktionstab og ernæringsrisiko. Studiet fandt, at Revised Oral Assessment Guide (ROAG), som var det anvendte redskab til vurdering af mundsundhed, kunne anvendes som screeningsværktøj til at identificere patienter med behov for ernæringsstøtte, da deltagere, som screenede positivt ved ROAG, også var i ernæringsrisiko (3).

Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale vejledning "Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og

patienter i ernæringsrisiko", bør alle patienter i ernæringsrisiko undersøges for kostbegrænsende faktorer (Nutrition Impact Symptoms (NIS) (4). NIS-skemaet, der findes i vejledningens bilag XI, inkluderer blandt andet spørgsmål om mundtørhed, sår eller smerter i mund og svælg, smagsforandringer og problemer med tænder, som relaterer sig til mundhulen (4). Der er imidlertid dansk evidens for, at sygeplejersker har svært ved at få gennemført mundpleje på patienter på hospital, og at man med fordel kan implementere en tandplejer til at hjælpe med den komplekse mundpleje på hospital (5). På nuværende tidspunkt er der ingen retningslinjer eller vejledninger, der beskriver, hvordan en tandplejer bør implementeres og anvendes på hospitaler. Formålet med dette studie var at undersøge sammenhængen mellem mundsundhed, vurderet ved hjælp af ROAG, og ernæringsrisiko hos indlagte patienter. Derudover var formålet at identificere de specifikke ROAG-parametre, der oftest ses påvirket hos patienter med ernæringsrisiko, med det formål at udpege de patienter, der havde særligt behov for en intervention af en tandplejer.

Metode

Studiet er et prospektivt kvalitetsudviklingsprojekt blandt patienter henvist til tandplejer på medicinske og kirurgiske sengeafsnit på Aalborg Universitetshospital i perioden 1. februar til 9. maj 2024. Tandplejeren var ansat på midler fra hospitalets patientsikkerhedspulje. Patienterne blev inkluderet gennem henvisninger fra hospitalspersonale, hvis de vurderede, at patienterne havde orale problemstillinger og dermed behov for tilsyn af en tandplejer. Henvisning kunne finde sted på ethvert tidspunkt under indlæggelsen. Patienter der kunne henvises og som indgik i dette projekt var ≥ 18 år og kunne



henvises fra 22 somatiske hospitalsafdelinger der ikke inkluderede børne- eller intensivafdelinger. Patienter, der modtog palliativ pleje på forventning om nærtstående død på eller før tandplejers vurderingsdag, kunne ikke inkluderes i studiet. Disse patienter modtog dog fortsat lindrende og fugtende mundpleje med fokus på at minimere ubehag, men blev ekskluderet fra de statistiske analyser.

Patienternes mundstatus blev vurderet af tandplejeren ved hjælp af ROAG, og deres ernæringsstatus blev vurderet med Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) af plejepersonale eller diætist (6,7). ROAG er et struktureret og anerkendt screeningsværktøj, der anvendes til systematisk vurdering af mundhulens tilstand. Værktøjet vurderer ni parametre: læber, slimhinde, tunge, tandkød, tænder, protese, spyt, stemme og synkefunktion. Hver parameter scores fra 1 (normal) til 3 (svært nedsat), hvilket giver et samlet billede af patientens orale tilstand og potentielle behov for intervention (8). Den mindst påvirkede ROAG-score kan være 8, da der ikke gives point for tandprotese, hvis man ikke har en sådan, og ROAG-score for den dårligste orale status er 27.

ROAG-scoren blev efterfølgende dikotomiseret i to grupper baseret på den gennemsnitlige ROAG-score (ROAG < 12 vs. ROAG ≥ 12), som angivet i tidligere studier (6).

Resultater

I alt blev 115 patienter inkluderet i studiet, hvoraf 60 % var mænd med en medianalder på 73 år. Median BMI var 24,3 kg/m² og 47,3 % af patienterne havde et BMI over 25 kg/m².

Blandt de patienter, hvor rygestatus fremgik af journalen, var 75,7 % enten rygere eller tidligere rygere. For patienter med et oplyst alkoholforbrug havde 14,1 % et indtag, der oversteg Sundhedsstyrelsens anbefalinger (9). Blandt de inkluderede patienter var 74 % henvist fra afdelinger med allokert/afsnits-diætist.

Patienterne var indlagt af forskellige medicinske og kirurgiske årsager, hyppigst grundet infektion (26,1%). Alle 22 afdelinger havde henvist patienter. Afdelinger der henviste flest patienter var "Stroke", "Lungemedicinsk" og "Mave-tarm-medicinsk". Over halvdelen (51,3 %) af patienterne havde tre eller flere komorbiditeter. På det tidspunkt, hvor tandplejeren foretog vurderingen af patienternes mundsundhed,

Tabel 1: Mundsundhed blandt de inkluderede patienter ved henvisning til tandplejer.

Mundsundhed	Gennemsnit ± SD
ROAG	11,9 ± 2,5
ROAG-parameter*	
Tunge (furer, belægninger, hævelse, sår)**	1,9 ± 0,5
Tænder (rådne eller ødelagte tænder/rødder, smerter)	1,8 ± 0,7
Proteser (ødelagte område eller mgl. tænder, passer ikke i munden/sidder ikke fast)	1,6 ± 0,6
Spyt (mundtørhed)	1,5 ± 0,6
Slimhinder (sprukne, tørre eller svamp)	1,5 ± 0,6
Læber (tørhed, hævelser, smerter, sår)	1,2 ± 0,4
Stemme (våd tale, svag eller ingen tale)	1,2 ± 0,5
Tandkød (hævelse, plak, paradentose)	1,4 ± 0,6
Synke (grader af synkebesvær, neurologisk eller svag muskulatur)	1,3 ± 0,6

* ROAG-parametrene kan scores fra 1-3. Med undtagelse af Protoser, som også kan scores 0, hvis der ikke er proteser.

** Eksempler på problemer i parentes efter hver parameter.

modtog 64,4 % af patienterne antibiotisk behandling og havde altså en aktiv infektion. I alt var 89,6 % af de inkluderede patienter i ernæringsrisiko. En oversigt over de inkluderedes mundsundhedsudfordringer, der også indikerer NIS-udfordringer, kan ses i Tabel 1.

Der blev påvist en signifikant sammenhæng mellem ernæringsrisiko og enkelte ROAG-parametre herunder "Tænder" (rådne eller ødelagte tænder/rødder, smerter) ($p=0,012$) og "Spyt" (mundtørhed) ($p=0,032$). Derudover havde patienter der var tidligere eller nuværende rygere dårligere mundsundhed ($ROAG \geq 12$) ($p=0,048$). Dårligere mundsundhed sås også hos dem der havde tre eller flere komorbiditeter ($p=0,024$).

Diskussion

Denne undersøgelse baseret på 115 patienter påviste en høj prævalens af patienter i ernæringsrisiko (89,6 %). Det var dog ikke muligt at påvise statistisk sammenhæng i dette studie, hvilket sandsynligvis skyldes en overrepræsentation af patienter med dårlig mundsundhed som følge af den valgte inklusionsmetode.

En høj andel af patienterne (74 %) blev inkluderet via en afdeling med allokert diætist. Dette styrker indirekte hypotesen om, at mundsundhedsproblemer ofte forekommer sammen med ernæringsrisiko, som set i studier på geriatriske patienter (1,10).

Analysen af ROAG-parametrene viste, at orale problemer scoret ved "tunge" og "tænder" havde de højeste gennemsnitlige scores. Disse fund indikerer, at en systematisk vurdering af disse områder i mundhulen kan være særligt relevante i forbindelse med indlæggelse og muligvis også ved screening for ernæringsrisiko.

Imidlertid finder andre studier flere udfald, som fx synkebesvær, der øger ernæringsrisiko. Derfor anser vi ikke observationer af udfald på "Tunge" og "Tænder" som kategorier, der alene kan udgøre en sammenhæng med ernæringsrisiko (1,10). Desuden fandt dette studie også, at tidligere og nuværende rygere samt patienter med tre eller flere komorbiditeter havde øget risiko for dårligere mundsundhed ($ROAG \geq 12$), hvilket et andet studie ligeledes har fundet (6). Dette understreger vigtigheden af en målrettet undersøgelse af mundsundheden hos rygere og tidligere rygere, da de i højere grad synes at have orale problemer, der kræver intervention.

Desuden fandt studiet, at der var sammenhænge mellem ROAG-parametrene "tænder" og "spyt" og ernæringsrisiko. Disse parametre er relateret til NIS'erne mundtørhed og tandproblemer, hvilket fremhæver deres kliniske relevans (5). Positive svar på spørgsmål om mundtørhed og tandproblemer burde derfor udløse en henvisning til en tandplejer med henblik på mundsundhedsinterventioner, idet disse interventioner potentielt kan forbedre ernæringstilstanden indirekte. Tandplejere findes dog desværre langt fra som henvisningsmulighed på alle hospitaler i Danmark.

Denne undersøgelse anvendte et tværsnitsdesign, hvilket muliggjorde en hurtig indsamling af data fra en relativt stor stikprøve. Patienterne var alle henvist grundet orale problemstillinger, og designet begrænser muligheden for at etablere kausale sammenhænge mellem mundsundhed og ernæringstilstand, ligesom henvisning på forskellige tidspunkter efter behov, også er en begrænsende faktor. Fremtidige studier bør overveje at undersøge udviklingen over tid og potentielle kausale mekanismer, som også gjort hos Chew et al. 2023 (1).

Konklusion og perspektivering

Studiet inkluderede 115 patienter, hvoraf 89,6 % var i ernæringsrisiko. Tidlig og målrettet mundpleje kan have stor betydning for ernæringstilstanden, og selvom vi ikke kunne påvise sikre sammenhænge i dette studie, er der ingen tvivl om behovet for øget fokus på mundsundhed i hospitalsregi. Implementering af systematiske mundplejeprogrammer og oplæring af plejepersonale i at identificere og håndtere orale problematikker bør prioriteres. En sådan indsats kan potentielt bidrage til at forebygge ernæringsproblemer, samt reducere indlæggelsestid og dødelighed.

Referencer

1. Chew J, Chia JQ et al. Association of Oral Health with Frailty, Malnutrition Risk and Functional Decline in Hospitalized Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Journal of Frailty and Aging*, 2023;12:277–83.
2. Furuya J, Suzuki H et al. Oral health status and its association with nutritional support in malnourished patients hospitalised in acute care. *Gerodontology*, 2022;39:282–90.
3. Shiraishi A, Wakabayashi H, Yoshimura Y. Oral Management in Rehabilitation Medicine: Oral Frailty, Oral Sarcopenia, and Hospital-Associated Oral Problems. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2020;24:1094–9.
4. Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. 2022. <https://www.sst.dk/udgivelser/2022/vejledning-om-underernaering> (tilgået d. 19/1, 2026).
5. Nielsen, C, Rasmussen, L. L et al. Solutions to Enhance Oral Care Among Hospitalised Patients: A Participatory Design Process Developed Jointly by Patients and Healthcare Professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2025;39(4):e7016.
6. Kragh Ekstam A, Andersson P. Oral Health Status Using the Revised Oral Assessment Guide and Mortality in Older Orthopaedic Patients: A Cross-Sectional Study. *Clin Interv Aging*, 2023;18:1103–13.
7. Kondrup J, Ramussen HH et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 2003;22:321–36.
8. Noguchi S, Yatera K et al. Using oral health assessment to predict aspiration pneumonia in older adults. *Gerodontology*, 2018;35:110–6.
9. Anbefalinger om alkohol | Borger | Sundhedsstyrelsen n.d. <https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/alkohol/anbefalinger-om-alkohol> (tilgået d. 29/1, 2026)
10. Lindmark U, Jansson H et al. Oral health matters for the nutritional status of older persons—A population-based study. *J Clin Nurs*, 2018;27:1143–52.

En stor tak til alle involverede i projektet

Rikke Schioldan Olsen, tandplejer; Lotte Boa Skadhauge, udviklingskoordinator; Anita Tracey, kvalitetskonsulent; Randi Tobberup, ledende klinisk diætist og alle diætister, læger og sygeplejersker fra Aalborg Universitetshospital, der henviste patienter til projektet.

ANNONCE

Får danskerne fibre nok via kosten?

Husk



til dem der har brug for at supplere kosten med fibre.

Brug for sparring?

Kontakt vores produkt-specialister Rikke Sloth og Jette Uhre på info@husk.dk.

Prøv vores fiberberegner



Psyllium frøskaller bidrager til en normal fordøjelse og tarmfunktion samt bidrager til tarmregelmæssighed og til at blødgøre afføring.

HUSK
PSYLLIUM · MAVEBALANCE

Seksuel sundhed og svær overvægt

Fænomenologisk undersøgelse af kvinder med svær overvægt og deres oplevelse af samtalen om seksuel sundhed og sundhedsfagliges kompetencer

Af: Trine Klindt, klinisk diætist, cand.scient.san., redaktør for *Diætisten* og projektleder i *Kost og Ernæringsforbundet*.

Kontakt: trineklindt@gmail.com

Artiklen bygger på et kandidatspeciale fra den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Syddansk Universitet, 2025.

Seksuel sundhed er vigtig! Således mener 88 % af mænd og 73 % af kvinder i Danmark, at det er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (1). Meget tyder dog på, at problemer med seksualiteten er svær at tale om for både patienten og den sundhedsfaglige - og samtalen bliver tilsyneladende mere kompleks, når patienten samtidig har svær overvægt (2).

Undersøgelsen, som ligger til grund for denne artikel, fokuserer kun på kvinder for at indskrænke målgruppen, og fordi der er forskel på både typen og prævalensen af seksuelle problemstillinger for de forskellige køn (1).

Baggrund

Selvom seksualitet har stor betydning for danskernes oplevelse af egen sundhed og trivsel, oplever næsten en fjerdedel af voksne danskere at have en grad af seksuel dysfunktion. Prævalensen stiger bl.a. med stigende BMI, dog med en tendens til, at et meget lavt BMI (< 18,5) giver næsten samme billede som højt BMI (> 30) (1). Seksuel dysfunktion kan lede til både fysisk, psykisk og social mistrivsel, og omvendt kan almene sundhedsbelastninger som f.eks. svær overvægt resultere i problemer af seksuel og relationel karakter (3–8). Sammenhængen ser ud til at være kompleks på den måde, at seksuel dysfunktion er forbundet til negativ kropsofattelse og dårligt selvværd, som ses hyppigere hos kvinder med højt BMI ift. kvinder med et BMI i normalområdet (6,8–13). Opsporing og evt. behandling af seksuel dysfunktion hos kvinder med svær overvægt kan yderligere blive problematisk, fordi både seksualitet og svær overvægt er tabuiserede emner i mødet med sundhedsvæsenet (14–17). Med udgangspunkt i de beskrevne problemstillinger fandt jeg det derfor relevant undersøge: *Hvordan kvinder med svær overvægt oplever, erfarer og forholder sig til samtalen om seksuel sundhed i mødet med sundhedsvæsenet, og hvilke tanker gør de sig om den sundhedsfagliges kompetencer i den sammenhæng?*

Metode

Indledningsvist har jeg foretaget en litteratursøgning, som både omfattede en simpel Googlesøgning og en bloksøgning i PubMed og PsycINFO. Efterfølgende foretog jeg en citationssøgning på udvalgte studier.



Undersøgelsesspørgsmålet blev formuleret på baggrund af litteratursøgningen. Herefter lavede jeg en kvalitativ undersøgelse, hvor empirien bestod af seks semistrukturerede enkeltinterviews, som efterfølgende blev analyseret med udgangspunkt i en deskriptiv fænomenologiske analysemodel (18).

Det teoretiske ståsted er fænomenologisk, med særlig inspiration fra Merleau-Pontys kropsfænomenologi, som bl.a. indebærer en forståelse af, at virkeligheden opleves og erfares gennem kroppen (19).

Resultater

De seks interviews blev alle inkluderet i analysen. Deltagerne var kvinder mellem 37 og 51 år og bosat i forskellige egne af Danmark. Tre var i et fast parforhold, og tre var singler, hvoraf én var homoseksuel. Fem ud af de seks interviews blev foretaget over den digitale platform Teams, og alle interviews blev transskriberet manuelt umiddelbart efter, de var foretaget.

Efter en deskriptiv fænomenologisk analyse af hvert interview blev der skabt en generel beskrivelse af de undersøgte fænomener på tværs af alle seks interviews. Ud over de to fænomener, som fremgår af problemformuleringen: Samtalen om seksuel sundhed og den sundhedsfagliges kompetencer, fremkom yderligere to fænomener: eget kropsbillede og perspektiver på svær overvægt, sundhed og seksualitet, som gik igen på tværs af alle seks individuelle analyser.

Overordnet fandt jeg i analysen beskrivelser af, hvordan deltagernes eget kropsbillede som voksne i høj grad er påvirket af, hvordan deres krop er blevet omtalt og opfattet af nærmeste familie, venner og sundhedspersoner, da de var børn. Det fokus, der i barndommen var på, at deres krop var forkert, har medført en flovhed over egen fysisk fremtoning, som har påvirket deltagernes væren-i-verden igennem hele livet. To af deltagerne udtrykker det bl.a. således:

"...altså da jeg gik i skole, der har sundhedsplejersken altid holdt øje med og sagt, at jeg lå lige på grænsen og jeg skulle passe på og... så jo, egentlig har jeg hørt det hele min barndom". (...) "... altså jeg synes, der var et for stort fokus på det, fordi hvis jeg ser billeder og sådan noget, så tænker jeg; altså jeg ser faktisk helt normal ud." (Kvinde, 43 år)

"Så det var bare ikke særlig rart. Så før jeg egentlig overhovedet, sådan havde dannet mig – hvad skal vi sige – et indtryk af, hvordan min krop den var og sådan noget, så var der jo allerede nogen, der havde defineret det for mig og det var forkert." (Kvinde, 41 år)

Analysen viste desuden, at samtalen om seksuel sundhed med en sundhedsfaglig generelt er svær. Skal kvinderne i undersøgelsen investere i samtalen om seksuel sundhed i mødet med sundhedsvæsnets, er det vigtigt for dem, at samtalen handler om netop dette emne og ikke deres overvægt.

Det er samtidig vigtigt, at der først er skabt en god og tryk relation, og den sundhedsfaglige selv er komfortabel med at tale om patientens seksualitet. Derudover er der enighed om, at uanset hvilken sundhedsfaglighed der skal varetage samtalen om seksuel sundhed og den eventuelle behandling af seksuel dysfunktion, bør vedkommende have en eller anden form for specialuddannelse indenfor sexologi og gerne også en stor viden om livet med svær overvægt. Eller som én af deltagerne udtrykker:

"(...) hvis man alligevel IKKE tænker, at den der sidder overfor, rent faktisk ved nok, eller er specialiseret nok, men måske kan gi' dig nogle råd, som i bund og grund mange kunne google sig til, så, så tror jeg mig, og mange andre, ville tænke, det var ikke det værd – det har vi ikke lyst til." (Kvinde, 38 år)

Nogle af de mest gennemgående beskrivelser i analysen handler om mødet med sundhedsvæsnets, når man har svær overvægt. Deltagerne har utallige oplevelser af, hvordan deres kropsvægt virker altoverskyggende ift. stort set alle andre tilstande eller sygdomme, som ellers var årsagen til deres henvendelse. Overvægten beskrives som en mur eller en barriere, den sundhedsfaglige har meget svært ved at se igennem eller uden om, medmindre de er specialister inden for et behandlingsområde. Ellers bliver overvægten ofte italesat som årsagen til tilstanden eller sygdommen og væggtab som eneste løsning – også i en sådan grad, at nogle af deltagerne har oplevet, at andre og måske mere alvorlige symptomer ikke opdages. En beskriver oplevelsen med sundhedsvæsnets sådan:

"(...) for mig er det naturligt, fordi jeg har levet med overvægt så mange år, at sundhedssystemet er der ikke på samme måde for at hjælpe mig – medmindre emnet drejer sig om overvægten og hvordan kommer vi den til livs." (Kvinde, 38 år)

Ift. seksualiteten hos kvinder med svær overvægt har de fleste af deltagerne i denne undersøgelse erfaret, at deres overvægt er tæt forbundet med et lavt selvværd og en negativ kropsopfattelse, som også påvirker deres seksuelle sundhed negativt. Disse fund korrelerer med litteraturen om emnet. Det ser ud til, at både ydre og indre stigmatisering har indflydelse på mekanismen. En af deltagerne beskriver sin indre stigmatisering sådan:

"(...) der er da ikke nogen, der har lyst til at kigge på sådan en som mig eller røre ved sådan en som mig - og når man går med de tanker dag efter dag, så bliver det også noget du tror på, og så kommer du til at handle efter det. Og det, der er det værste ved det hele ik' - så trækker du dig rigtig meget fra folk, og har ikke lyst til, at der er nogen form for berøring, og så er det jo først der, det går helt galt." (Kvinde, 41 år)

Et par af deltagerne har dog, med hjælp fra andre, arbejdet så meget med sig selv (psykisk), at i hvert fald den indre stigmatisering er reduceret væsentligt, hvilket også har påvirket

deres seksuelle sundhed i en positiv retning. En af de deltagere, som har oplevet denne udvikling, forklarer det sådan:

"Jeg tror, det handler bare om at møde det rigtige menneske, som bare ser én for den man er. Som ikke ser kiloene, men ser det, der er inde bag ved." (Kvinde, 42 år)

Diskussion

Ifølge kropsfænomenologien er kroppen noget vi er, ikke noget vi har, og kroppen er derfor, på en intim måde, forbundet med vores oplevelser af verden (19). Det er gennemgående, at deltagerne i denne undersøgelse generelt har en oplevelse af, at både mennesker i deres nære omgangskreds og samfundet altid har haft en kraftig mening om deres krop – nemlig at den er forkert. Nogle af deltagerne har senere i livet bevidst arbejdet på at være kropsligt til stede i verden på en anden måde. I alle tilfælde har det været initieret af, at en anden har set på dem på en ny måde og i både handlinger og ord udtrykt accept og måske ligefrem værdsættelse af deltagerens krop, præcis som den er. Dette stemmer godt overens med resultaterne af en litteraturgennemgang af Tracy L. Tylka et al., der har kigget på både kvalitativ og kvantitativ forskning i, hvad et positivt kropsbillede er, og hvad der påvirker det. Her fremgår det, at et positivt kropsbillede bl.a. er forbundet med oplevelsen af, at andre accepterer ens krop, som den er (20).

Samtalen om seksuel sundhed

Deltagerne i undersøgelsen har generelt erfaret, at samtalen om seksuel sundhed er en svær og grænseoverskridende samtale - både for dem selv og den sundhedsfaglige. Det stemmer godt overens med litteraturen, der bl.a. konkluderer, at sundhedsfagliges samtale om seksuel sundhed med patienter ofte er præget af tovejs-tabu, som resulterer i, at hverken patienten eller den sundhedsfaglige tager hul på emnet (2). Resultater af et amerikansk scoping review af 33 studier (21 kvantitative, 10 kvalitative og 2 mixed methods) viste, at der er en åbenlys informationskløft mellem patienters behov og de sundhedsprofessionelles opfattelser og evner i forbindelse med samtalen om seksuel sundhed. Overordnet var der blandt patienter en opfattelse af, at det er den sundhedsprofessionelle, der skal tage initiativ til samtalen om seksuel sundhed i løbet af en konsultation. På den anden side ønskede de sundhedsprofessionelle kun samtalen, hvis patienterne selv bragte emnet op, og syntes desuden ikke, at de havde den fornødne ekspertise og følte sig bl.a. derfor ikke komfortable med samtalen. (21).

Blandt deltagerne i nærværende undersøgelse er der desværre også en frygt for, at samtalen kommer til at handle om overvægt, og det udgør en stor barriere ift., at deltagerne har lyst til at tale om deres seksuelle sundhed med en sundhedsfaglig person.

Den sundhedsfagliges kompetencer

Deltagerne gav dog klart udtryk for, at de gerne vil samtalen om deres seksuelle sundhed, hvis de kan være sikre på, at den sundhedsprofessionelle har specialistkompetencer indenfor området eller kan henvise til én, der har. Dette bunder i et ønske om, at samtalen kommer til at omhandle de(t) aktuelle problem(er) – og ikke deres vægt.

Ønsket om specialistkompetencer relaterer sig således til, at deltagerne har svær overvægt, da de gentagne gange har erfaret, at generalister i sundhedsvæsnet har svært ved at se ud over overvægten og blot forholde sig det problem, den lidelse eller sygdom, der er årsagen til henvendelsen. Det er ikke kun ift. seksuel sundhed, men ift. alle problemstillinger og sygdomme, som kan være årsag til henvendelsen. Denne problemstilling handler overordnet om vægtstigmatisering, som er en betegnelse for negative stereotyper rettet mod personer, der adskiller sig fra de dominerende normer for kropsvægt (14).

Konklusion

Et gennemgående fund er, at voksne kvinder med svær overvægt generelt gerne vil have en samtale om deres seksuelle sundhed i mødet med sundhedsvæsnet, hvis den igangsættes i en relevant sammenhæng, og først når der er skabt en tryk relation. Samtidig opleves samtalen som svær for målgruppen, da den kombinerer to tabubelagte og sårbare emner: seksualitet og svær overvægt. Deltagerne understreger dog, at samtalen om seksuel sundhed, netop bør handle om seksualitet – ikke om overvægten.

Kompetencekravene til den sundhedsfaglige handler både om faglig viden og personlige egenskaber såsom empati og en god situationsfornemmelse. Specialiseret viden inden for sexologi samt indsigt i livet med svær overvægt er samtidig en forudsætning for, at samtalen kan blive både meningsfuld og konstruktiv.

Undersøgelsen fandt desuden, at kvindernes oplevelse af deres krop i høj grad er formet af oplevelser i barndommen og den måde, de er blevet omtalt og set på i sociale sammenhænge igennem hele livet. De har siden barndommen oplevet deres krop som "forkert", hvilket har præget både selvværd og eget kropsbillede negativt, og oplevelsen af at være en "forkert" krop er en grundlæggende del af deres seksuelle identitet. Sammenhængen mellem svær overvægt og seksuel dysfunktion kan derfor ikke alene forklares fysisk, men er i høj grad medieret af lavt selvværd og et negativt kropsbillede. Dette understøttes af den inddragede litteratur, hvor netop kropsopfattelse og selvværd fremstår som stærkere prædiktorer for seksuel sundhed end BMI.

Perspektivering

Set i lyset af undersøgelsens og litteratursøgningens resultater synes det relevant, at seksuel sundhed i højere grad integreres som et naturligt og obligatorisk element i mødet med patienter generelt. Dette gælder særligt for grupper, der er i øget risiko for seksuel mistrivsel og dysfunktion, herunder kvinder med svær overvægt.

Det er dog centralt at sundhedsvæsnets har de rette kompetencer til rådighed. Det vil dels kræve efteruddannelse af eksisterende sundhedspersonale, så de bliver bedre klædt på til at indlede samtalen om seksuel sundhed og opspore seksuel dysfunktion. Dels en mere specialiseret indsats i form af ansættelse af sundhedsfaglige med specialistviden om sexologi til vejledning og behandling ved seksuel dysfunktion. En kombination kan være oplagt, hvor generel viden sikres bredt, mens mere komplekse problemstillinger håndteres af specialister (2). Kompetencekravene kan yderligere skærpes, når det gælder opsporing og behandling af seksuel dysfunktion hos mennesker med overvægt, da der her er nogle særlige problemstillinger pga. netop overvægten (2,12).

Yderligere perspektiver ift. kompetencekrav kunne være at inkludere en ny faggruppe i sundhedsvæsnets, nemlig sexologer, ligesom vi har fysioterapeuter, diætister, ergoterapeuter

mv., som kan varetage opsporing og behandling af andre livsstilsrelaterede risikofaktorer og sygdomme, som fx svær overvægt, underernæring, nedsat funktionsniveau og følgetilstande relateret til inaktivitet.



Referencer

1. Frisch M, Moseholm E et al. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet; 2019. Available from: www.projektsexus.dk (tilgået d. 22/1, 2026).
2. Jensen RH, Ajkunic E, Schrøder K. Danskere med svær overvægt har ondt i seksualiteten. *Månedsskrift for almen praksis*. 2020;794–801.
3. Aba YA, Avci D et al. Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Obesity and Associated Factors. *Sex Disabil*. 2021;39(3):543–54.
4. Bialorudzki M, Mazur J et al. Body weight and assessment of sexual life – a cross-sectional study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2024;31(2):212–8.
5. Fuchs[®] A, Dulcka A, Drosdzol-Cop A. Is weight just a number? Relationship between overweight, obesity and domains of sexual functioning among young women. *Ginekol Pol*. 2020;91(10):595–9.
6. Husain FS, Lulla D et al. Association between body mass index, body image and self-esteem with sexual function: A survey of young women in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2023;52(4):190–8.
7. Silva GMD Da, Lima SMRR et al. Evaluation of Obesity Influence in the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2019;41(11):660–7.
8. Taskin Yilmaz F, Karakoc Kumsar A et al. The effect of body image on sexual quality of life in obese married women. *Health Care Women Int*. 2019;40(4):479–92.
9. Carrilho PJF, Vivacqua CA et al. Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2015;37(12):552–8.
10. Di Nardo M, Conti C et al. What is the “weight” of body mass index on sexual functioning in women? A mediation model. *Eating and Weight Disorders*. 2021;26(6):1801–11.
11. Köse Z, Hodgson J, Cunningham K. Sexual Health of Women with Obesity: A Review of the Literature. *J Fem Fam Ther*. 2020;32:97–114.
12. Kragelund T. Overvægt og seksualitet. Aalborg Universitet; 2017. Available from: <https://projekter.aau.dk/> (tilgået d. 22/1, 2026).
13. Türkben Polat H, Kaplan Serin E. Self-esteem and sexual quality of life among obese women. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(3):1083–7.
14. Tolstrup J, Andreassen P et al. Vægtstigmatisering - Forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer. 2024. Available from: <https://vidensraad.dk/rapport/vaegtstigmatisering> (tilgået d. 9/2, 2026).
15. Sommer C. Husk patienternes seksualitet | dsr.dk. 2020. Available from: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/fag-forskning-argang-2020-nr-1/husk-patienternes-seksualitet/> (tilgået d. 22/1, 2026).
16. Sommer C. Bryd tabuet med den hverdagssexologiske samtale | dsr.dk. Fag & Forskning. 2020;1:32–7. Available from: <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/fag-forskning-argang-2020-nr-1/bryd-tabuet-med-den-hverdagssexologis> (tilgået d. 22/1, 2026).
17. Sex & Samfund. Husk seksualiteten. Seksuel sundhed og trivsel for ældre og borgere med handicap og funktionsnedsættelser. 2024. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sexogsamfund.dk/files/media/document/Husk%20seksualiteten%2C%20digital.pdf> (tilgået d. 22/1, 2026).
18. Giorgi A. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. In: Giorgi A, editor. *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University Press; 1985. p. 8–22.
19. Thøgersen U. Krop og faenomenologi En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi. 1st ed. Vol. 1. Academica; 2006.
20. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. 2015;14:118–29.
21. Zhang X, Sherman L, Foster M. Patients' and providers' perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2020;103:2205–13.

NUTRISON PROTEIN PLUS ENERGY MULTI FIBRE

Kender du protein- og fibrekilderne i den sondeernæring du anbefaler?



Nutrison består af 4 proteinkilder: to mælkeproteiner, valle og kasein, og to vegetabiliske proteiner, soja- og ærteprotein. Med høj protein-kvalitet (PDCAAS score >1).



MF6 er Nutricias unikke fiberblanding, som består af 6 typer kostfibre: tre opløselige og tre uopløselige. Kostfiberblandingen afspejler den fibersammensætning, man ellers ville få via en almindelig, sund og varieret kost.



Scan QR-koden og læs mere om vores brede portefølje af Nutrison

Komplet på mikronæringsstoffer ved 1000 ml

Højt energiindhold
1.5 kcal/ml

Højt proteinindhold
20 E%

Kostfibre
1.5 g/100 ml

Lav laktose
og glutenfri

Diætister der forsker

Af: *Sofie Wendelboe, klinisk diætist, cand.scient.san. og stud.ph.d.*

Kontakt: asjg@regionsjaelland.dk

Det korte CV

Jeg er uddannet klinisk diætist i 2007 og har lige siden arbejdet med mennesker med nyresygdom. Jeg har altid været nysgerrig og haft lyst til at lære mere. Jeg har taget et par moduler på den sundhedsfaglige diplomuddannelse og regionens projektlederuddannelse, og i 2022 færdiggjorde jeg den sundhedsfaglige kandidatuddannelse på Københavns Universitet.

Min nuværende stilling er en 30 timers stilling som ph.d.-studerende i Medicinsk Afdeling på Sjællands Universitetshospital (SUH) Roskilde. Samtidig er jeg tilknyttet Nyreforeningens diætrådgivning og et projekt om seksuel sundhed. Jeg har orlov fra min diætiststilling i Enhed for Klinisk Ernæring/SUH Køge.

Den private Sofie

Jeg er 45 år, alenemor til tre, bor på Falster og har valgt en deltids-ph.d., fordi det giver mig mulighed for at være en nærværende mor, og samtidig lave andre sjove ting ved siden af mit ph.d.-studie - fx undervisning.

Jeg er blevet virkelig god til at holde fri i weekender og ferier. Når jeg skal slappe af, spiller jeg klaver og læser skønlitteratur. Jeg forsøger også at løbe en tur om morgenen, fordi det giver energi og overskud.

Hov, skal jeg være forsker?

Jeg kom lidt baglæns ind i forskning, fordi jeg sammen med en kollega ansøgte om puljemidler fra Sundhedsstyrelsen og pludselig havde fået bevilget

1,3 mio. Da jeg samme år fik reduceret min diætiststilling til 20 timer, gav det pludselig mening at tage en kandidatuddannelse. Kombinationen gav mig blod på tanden i forhold til at udforske en karriere med udvikling og forskning.

Ved at få mere viden og ved at projekter bliver reelle forskningsprojekter, kan jeg gøre en endnu større forskel for mine patienter end i min kliniske hverdag. Derfor var det en naturlig fortsættelse at tage en forskeruddannelse. For mig handler det at været ph.d.-studerende om faglig udvikling og om at blive en dygtig forsker.

Jeg har altid haft tusind idéer til projekter, som kan gøre det bedre for mine patienter. Det er alle idéerne, kombineret med ønsket om at gøre en forskel, som fik mig til at forfølge denne vej. At det også er et fleksibelt arbejdsliv, både i form af tid og opgaver, er bare en bonus.

Et bedre liv med nyresygdom

Alt hvad jeg laver handler om mennesker med nyresygdom. Mine projekter handler selvfølgelig mest om ernæring, men også om livskvalitet, fysisk formåen, sarkopeni og seksuel sundhed. Mit ph.d.-projekt handler om oplevelsen af at kombinere kostanbefalinger ved nedsat nyrefunktion, diabetes og hjertesygdom, og om det har en betydning at have adgang til diætist i forbindelse med dialysebehandling. Min hypotese er, at det kan hjælpe patienterne til bedre adherence og en oplevelse af en mindre restriktiv diæt.

Fremtidsdrømme

Jeg håber, at min forskning kan bidrage til, at mennesker med nyresygdom kan leve et liv med færre restriktioner og med bedre livskvalitet.



Jeg drømmer om at fortsætte i en post-doc-stilling og gerne tæt på praksis, så jeg stadig kan være tæt på min patienter. Dem savner jeg! Det er jo dem det hele handler om.

Tips og tricks hvis du vil forske

Skriv dine gode idéer ned og sig dem højt til nogen med samme interesse eller med erfaring indenfor forskning. Gode samarbejdspartnere er vigtige, og vi bliver bedre, når vi hver især bidrager med vores særlige kompetencer.

Find nogen der kan hjælpe med alt det praktiske, f.eks. hvor projekter skal anmeldes, hvilke krav man skal være opmærksom på osv. Der er mange, der har prøvet det før, så der er ingen grund til at opfinde den dybe tallerken.

Spring ud i det – det er ikke så vanskeligt. Og det er også ret sjovt.

Læs mere om Sofie her:

Pure (Region H): Sofie Wendelboe

LinkedIn: Sofie Wendelboe

Endometriose og diagnoseforsinkelser – hvad sker der i tiden inden diagnosen stilles?

Endometriose er forbundet med lange diagnoseforsinkelser. Mange kvinder oplever symptomdebut allerede i en ung alder, men de fleste bliver først diagnosticeret, når de er i trediveerne. Hvad sker der i tiden inden kvinderne bliver diagnosticeret, og hvilke potentielle konsekvenser kan diagnoseforsinkelserne have på sundhedsvæsenets ressourcer?

Af: Anna Melgaard, ph.d., postdoc, Forskningsenhed for Epidemiologi, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Kontakt: anme@ph.au.dk

Baggrund

Endometriose er en sygdom hvor væv, der ligner livmoderslimhinden, findes uden for livmoderen. Det estimeres, at omkring 10 % af kvinder er ramt af endometriose, hvilket svarer til cirka 190 millioner kvinder på verdensplan (1). Ætiologien bag endometriose er ukendt, men den mest udbredte teori er, at noget af sygdomsårsagen skyldes retrograd menstruation. Her føres menstruationsblod tilbage i bughulen i stedet for at løbe gennem skeden og ud af kroppen (2). Symptomer på endometriose kan omfatte pelviske smerter, dysmenoré, smerter ved samleje, træthed og infertilitet (3). Diagnosen stilles typisk ved billeddiagnostik eller laparoskopi. Endometriose er en kronisk sygdom, men symptomerne behandles oftest medicinsk eller kirurgisk. Medicinsk behandling er som regel førstvalg, og kan bestå af smertestillende behandling og/eller hormonbehandling afhængigt af symptomernes karakter. Hvis den medicinske behandling ikke er tilstrækkelig, kan kirurgisk behandling være nødvendig (3).

Endometriose er forbundet med betydelige diagnoseforsinkelser. Fra symptomdebut til diagnosen stilles, kan der gå op til ti år (4,5). Årsagerne til disse forsinkelser er blandt

andet, at nogle kvinder har vanskeligt ved at differentiere symptomerne, hvilket kan medføre, at der går lang tid, før de opsøger læge (6,7). Derudover kan manglende viden om endometriose blandt læger samt et diffust symptombillede, som kan overlappes med andre sygdomme såsom irriteret tyktarm, bidrage til forsinket diagnosticering (8). Dette kan resultere i utilstrækkelig udredning, fejlagtig henvisning eller manglende henvisning til videre udredning (9,10).

Diagnoseforsinkelser ved endometriose kan have betydelige konsekvenser for både de berørte kvinder samt for sundheds- og samfundsøkonomiske ressourcer, men der mangler fortsat viden på området. Formålet med vores studier var at undersøge brugen af sundhedsvæsenet samt de diagnoser, der var relateret til kontakterne, ti år forud for diagnosetidspunktet hos kvinder med endometriose sammenlignet med kvinder uden endometriose.

Metode

Studierne blev gennemført som case-kontrol-studier baseret på data fra de Danske Nationale Register. Cases blev defineret som kvinder, der fik en hospitalsdiagnose med endometriose i studieperioden fra 1. januar 2000 til 31. december 2017. På diagnosetidspunktet (indeksdato) blev hver case aldersmatchet med fem kontroller, som var kvinder uden endometriose. Brugen af sundhedsvæsenet samt registrerede diagnoser

Endometriose i Danmark

I Danmark har ca. 1,6 % af kvinder i alderen 15-55 år hospitalsdiagnosticeret endometriose. Derudover er der kvinder, der bliver diagnosticeret ved privatpraktiserende gynækolog, som desværre ikke er registreret i de danske registre. Der har været en udvikling i antallet af diagnoser over tid, og særligt omkring år 2000 skete der en stigning i antallet. I 1997 blev den danske patientorganisation Endometriose Fællesskabet etableret, hvilket var med til at skabe opmærksomhed omkring sygdommen. Der findes to højt specialiserede centre, på hhv. Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital, som behandler endometriose samt specialiserede endometriose-klinikker fordelt på landets andre sygehuse.

blev sammenlignet mellem cases og kontroller i de ti år forud for indekset. Antallet af kontakter i det primære og sekundære sundhedsvæsen blev sammenlignet mellem cases og kontroller, herunder kontakter til privatpraktiserende læge, vagtlæge, gynækolog samt hospitalsindlæggelser, ambulante- og akutte kontakter. De årlige incidens rate ratioer (IRR) med 95 % konfidensintervaller (95 % CI) blev estimeret ved anvendelse af negativ binomial regressionsanalyse.

Diagnosekoder registreret som årsag til hospitalskontakter blev sammenlignet mellem cases og kontroller. Diagnoserne blev klassificeret i 20 kapitler i det internationale klassifikationssystem ICD-10. Odds ratioer (OR) med 95 % CI for at have en diagnose inden for de inkluderede kapitler blev estimeret ved betinget logistisk regressionsanalyse. Analyserne blev stratificeret efter tre tidsperioder: 1 år før indekset, 1–5 år før indekset og 6–10 år før indekset.

Analyserne i begge studier blev justeret for relevante kovarianter, herunder bl.a. alder (matchningsvariabel), bopælsregion og uddannelsesniveau, som potentielt kunne påvirke sammenhængen.

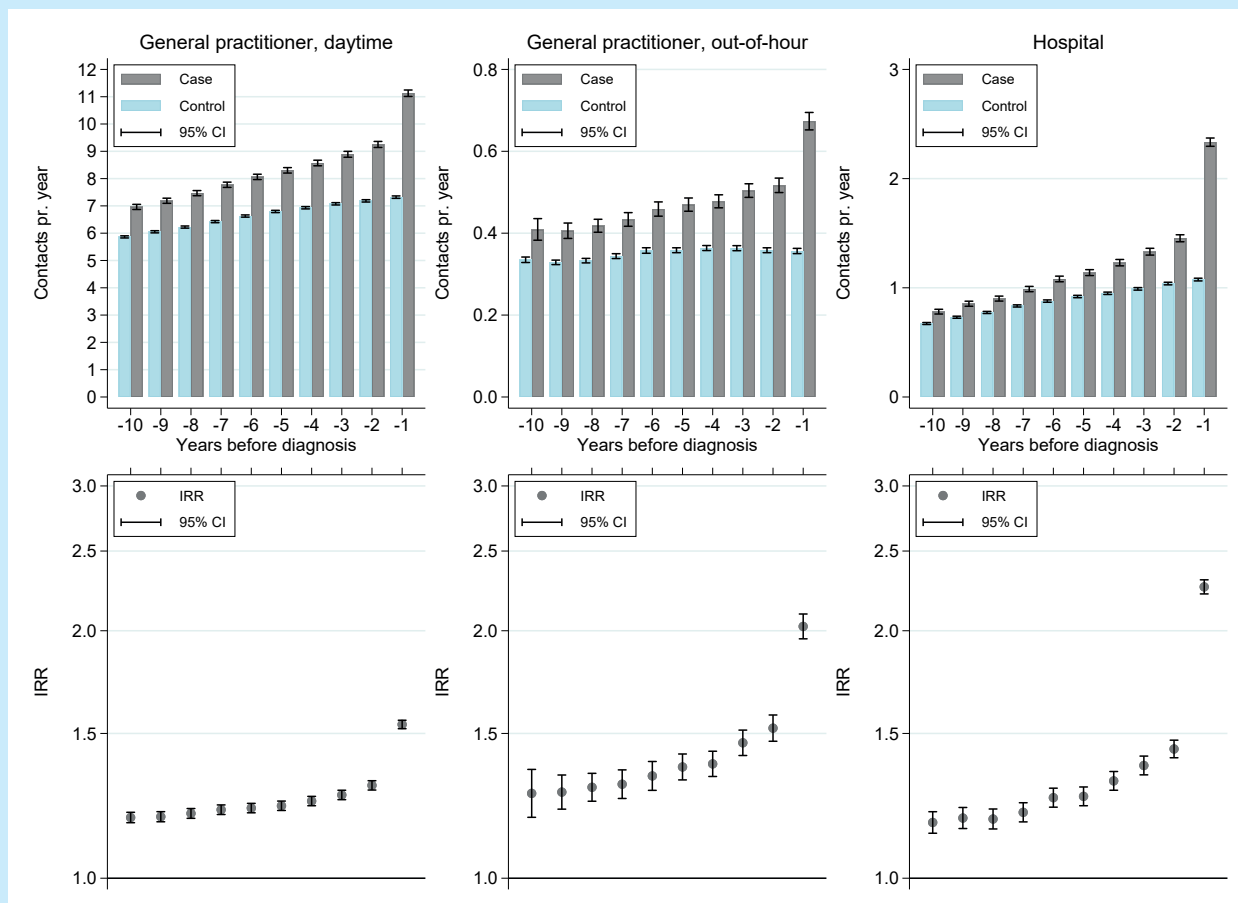
Resultater

Studiepopulationen bestod af 129.696 kvinder, hvoraf 21.616 var cases. Gennemsnitsalderen var 34,6 år (SD 8,9 år).

Første studie viste, at for samtlige af de inkluderede kontakter i primært og sekundært sundhedsvæsen, havde kvinder med endometriose flere kontakter i hele den tiårige periode. I gennemsnit havde kvinder med endometriose 26 % flere kontakter til privatpraktiserende læge (IRR 1.26 (95 % CI: 1.25;1.28)), 43 % flere kontakter til vagtlægen (IRR 1.43 (95 % CI: 1.39;1.46)), 122 % flere kontakter til gynækologen (IRR 2.22 (95 % CI: 2.05; 2.39)) og 39 % flere hospitalskontakter (IRR 1.39 (1.37; 1.41)), sammenlignet med kvinder uden endometriose (11). Allerede ti år forud for diagnosetidspunktet havde kvinder med endometriose flere kontakter i både det primære og sekundære sundhedsvæsen. Sammenhængen steg tættere på diagnosetidspunktet, særligt for mere akutte og alvorlige kontakter som vagtlægebesøg og hospitalskontakter (Figur 1).

Andet studie viste, at kvinder med endometriose havde flere registrerede hospitalsdiagnoser inden for næsten alle inkluderede diagnosekapitler i samtlige perioder (12).

Figur 1. Gennemsnitlige antal årlige kontakter og IRR (95 % CI) for kontakter til privatpraktiserende læge og vagtlæge, samt hospitalskontakter i de 10 år før indeks for cases og kontroller (11).



*IRR = incidens rate ratio, 95 % CI = 95 % konfidensintervaller. Indekset er diagnosetidspunktet for endometriose.

Den eneste undtagelse var for kapitlet relateret til graviditet, hvor kontrollerne havde flere diagnoser (Figur 2). Forskellene i antal diagnoser mellem kvinder med og uden endometriose steg i årene op mod diagnosetidspunktet. De største forskelle fandt vi i kapitler relateret til neoplasmer, fordøjelsessygdomme, sygdomme i urin- og kønsorganer samt i kapitlet for symptomer og abnorme fund.

Diskussion

Selvom forskningen på området er begrænset, understøttes vores resultater af den forskning, der er tilgængelig. Her ses det ligeledes, at kvinder med endometriose har flere sundhedskontakter inden diagnosen (8,13,14). Ud fra vores resultater kan vi ikke fastslå, om de ekstra kontakter blandt kvinder med endometriose er direkte forbundet til endometriose-symptomer, udredningsforløb, komorbiditet eller en anderledes lægesøgningsadfærd. Dog viser tidligere forskning, at sundhedskontakter for kvinder med endometriose både skyldes symptomer pga. endometriose og andre årsager. Desuden ses det, at jo længere de diagnostiske forsinkelser er trukket ud, des mere kontakt til sundhedsvæsenet og øgede sundhedsøkonomiske omkostninger (13). Vi fandt øgede kontakter indenfor flere områder af sundhedsvæsenet. Udover de kroniske symptomer, som kvinder med endometriose lider

af, kan de øgede vagtlægekontakter indikere, at kvinder med endometriose også hyppigere oplever akut opstående og alvorlige symptomer i tiden, inden de bliver diagnosticeret med endometriose.

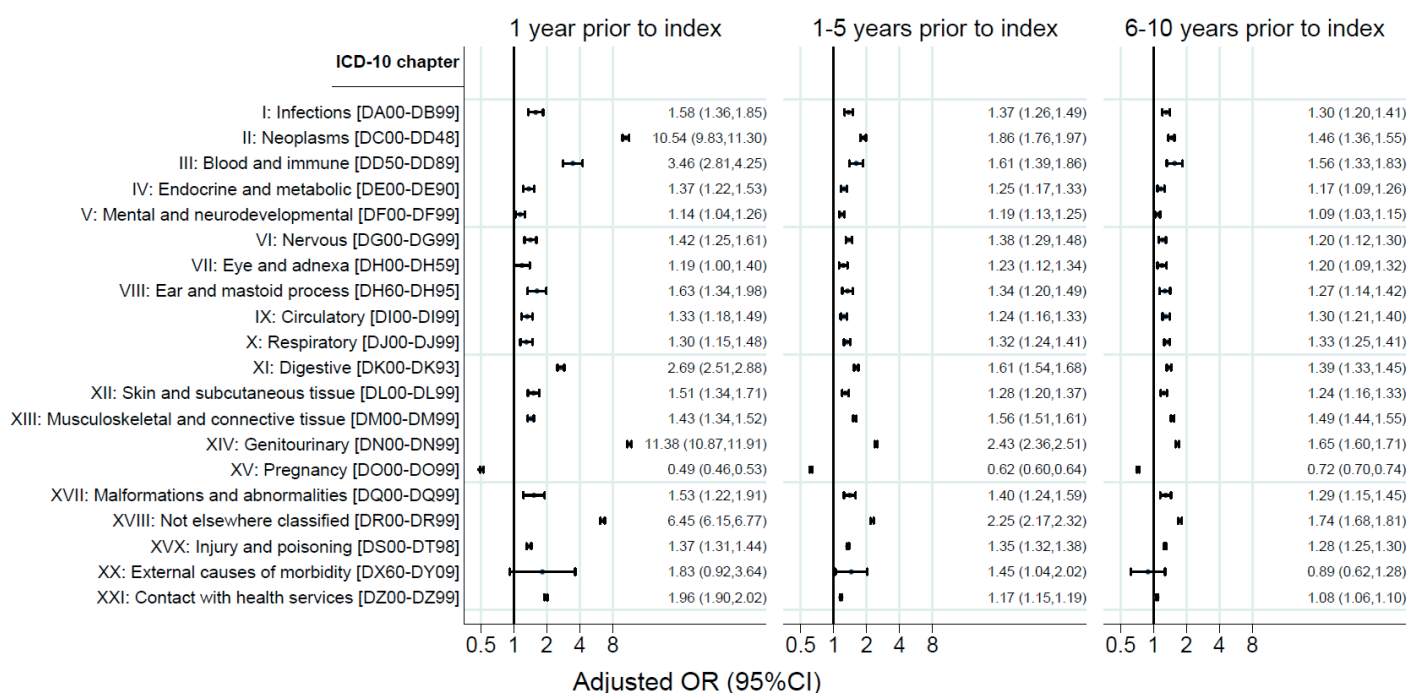
For yderligere at undersøge årsagerne til de ekstra kontakter undersøgte vi de registrerede diagnoser som årsag til kontakten. Også her fandt vi, at kvinder med endometriose havde flere diagnoser i stort set alle diagnosekapitler. Kapitlerne dækkede mange forskellige sygdomsområder, fra infektioner til urogenitale lidelser, hvilket stemmer overens med tidligere forskning, der viser, at kontakter blandt kvinder med endometriose både skyldes endometriose og andre sygdomme (13).

Derudover er der dokumenteret sammenhæng mellem endometriose og andre lidelser, herunder kardiovaskulære og autoimmune sygdomme (15,16). Igen kan det ud fra vores resultater ikke fuldstændig konkluderes, hvad forskellene skyldtes; om det var et udtryk for et langtrukken diagnoseforløb, endometriose-symptomer, fejldiagnoser, komorbiditeter eller noget andet.

Konklusion

Kvinder med hospitalsdiagnosticeret endometriose har flere kontakter til sundhedsvæsenet og flere registrerede

Figur 2. Justerede OR (95% CI) for at have en diagnose i de inkluderede ICD-10-kapitler for cases relativt til kontroller i de 10 år forud for indeks (12).



*IRR = incidens rate ratio, 95% CI = 95 % konfidensintervaller. Indeksdatoen er diagnosetidspunktet for endometriose.

diagnoser i stort set alle diagnosekapitler, i samtlige ti år inden endometriosediagnosen stilles, sammenlignet med kvinder uden hospitalsdiagnosticeret endometriose. Sammenhænge blev stærkere i årene op mod diagnosetidspunktet.

Selvom vi ikke kunne sige, om de ekstra kontakter og diagnoser var direkte forbundet med endometriose, kan vi stadig understrege, at kvinder med endometriose adskiller sig fra kvinder uden endometriose i den generelle befolkning på flere områder. Diagnoseforsinkelserne for endometriose er velkendte, men baseret på resultaterne fra vores studier tyder det ikke på, at det er, fordi kvinderne ikke opsøger lægehjælp.

Referencer

1. International Working Group of ESHRE, WES, Tomassetti C, Johnson NP, Petrozza J, Abrao MS, et al. An international terminology for endometriosis. Hum Reprod Open. 2021;4:295-304.
2. Yovich JL, Rowlands PK, Lingham S, Sillender M, Srinivasan S. Pathogenesis of endometriosis: Look no further than John Sampson. Reprod Biomed Online. 2020;40(1):7-11.
3. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020;382(13):1244-56.
4. Staal AH, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. Gynecol Obstet Invest. 2016;81(4):321-4.
5. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. Hum Reprod. 2012;27(12):3412-6.
6. Shadbolt NA, Parker MA, Orthia LA. Communicating endometriosis with young women to decrease diagnosis time. Health Promot J Austr. 2013;24(2):151-4.
7. Randhawa AE, Tuft-Hewett AD, Weckesser AM, Jones GL, Hewett FG. Secondary School Girls' Experiences of Menstruation and Awareness of Endometriosis: A Cross-Sectional Study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2021;34(5):643-8.
8. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. BJOG. 2008;115(11):1382-91.
9. van der Zanden M, Nap AW. Knowledge of, and treatment strategies for, endometriosis among general practitioners. Reprod Biomed Online. 2016;32(5):527-31.
10. van der Zanden M, Teunissen DAM, van der Woord IW, Braat DDM, Nelen W, Nap AW. Barriers and facilitators to the timely diagnosis of endometriosis in primary care in the Netherlands. Fam Pract. 2020;37(1):131-6.
11. Melgaard A, Vestergaard CH, Kesmodel US, Risør BW, Forman A, Zondervan K, et al. Utilization of healthcare prior to endometriosis diagnosis: a Danish case-control study. Hum Reprod. 2023;38(10):1910-7.
12. Melgaard A, Vestergaard CH, Kesmodel US, Risør BW, Forman A, Zondervan KT, et al. Exploring pre-diagnosis hospital contacts in women with endometriosis using ICD-10: a Danish case-control study. Hum Reprod. 2024;40(2):280-8.
13. Surrey E, Soliman AM, Trenz H, Blauer-Peterson C, Sluis A. Impact of Endometriosis Diagnostic Delays on Healthcare Resource Utilization and Costs. Adv Ther. 2020;37(3):1087-99.
14. Mishra GD, Gete DG, Baneshi MR, Montgomery G, Taylor J, Doust J, et al. Patterns of health service use before and after diagnosis of endometriosis: a data linkage prospective cohort study. Hum Reprod. 2025;40(4):612-22.
15. Mu F, Rich-Edwards J, Rimm EB, Spiegelman D, Missmer SA. Endometriosis and Risk of Coronary Heart Disease. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2016;9(3):257-64.
16. Shigesi N, Kvaskoff M, Kirtley S, Feng Q, Fang H, Knight JC, et al. The association between endometriosis and autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2019;25(4):486-503.

ANNONCE

LACTO SEVEN®

Mælkesyrebakterier til hele familien

Unik
KOMBINATION

- ✓ 7 forskellige og naturlige mælkesyrebakteriestammer
- ✓ Beskyttede mælkesyrebakterier, der når tarmen i live
- ✓ Bidrager til immunforsvarets normale funktion



Læs mere på
[Lactoseven.com](https://www.lactoseven.com/da)
/da

Lacto Seven produkterne er velegnede til hele familien.
Tableterne kan tages dagligt eller over en periode.

Diætbehandling ved endometriose

Endometriose er langt fra en sjælden sygdom – alligevel er den stærkt underbelyst (1). Som diætist vil man med stor sandsynlighed møde patienter med endometriose, heraf mange udiagnosticerede. Mange endometriosepatienter er interesserede i kost og følger ofte strenge diæter. Samtidig er der ingen retningslinjer for den diætetiske behandling. Som diætist er det dermed relevant at kende til patofysiologi, diagnosticering og behandling af endometriose, herunder evidensen for den diætetiske behandling.

Af: Mia Lerche Schomacker, klinisk diætist og cand.scient. san. Indehaver af klinikken "Et liv i balance".

Kontakt: miaschomacker@outlook.com

Er der evidens for diætbehandling ved endometriose?

Den primære behandling af endometriose er medicinsk og kirurgisk, men diætbehandling er af flere årsager relevant som supplerende behandling. Særligt den øgede forekomst af gastrointestinale symptomer og behandling heraf har med rette fået øget fokus gennem de seneste år. Jeg oplever at mange kvinder med endometriose desuden selv søger information om diæter, hvilket desværre ofte medfører unødvendige restriktioner i forhold til kosten og nedsat livskvalitet som følge. Restriktive diæter, nedsat livskvalitet, kroniske smerter samt større forekomst af angst og depression sætter potentielt kvinder med endometriose i ernæringsrisiko (2,3). Samtidig er evidensen for størstedelen af de restriktive diæter tæt på ikke eksisterende, hvilket gør situationen endnu mere u hensigtsmæssig.

De hyppigst foreslåede diættiltag ved endometriose indebærer: glutenfri diæt, mælkefri diæt, antiinflammatorisk diæt samt restriktion af rødt kød, sukker, alkohol, koffein og sojaprodukter. Kun ganske få studier har undersøgt effekten af disse diættiltag, og de fleste er af lav kvalitet og med stor heterogenitet. Der er dermed ikke tilstrækkelig evidens for disse diættiltag (4). Som diætist vil man nok bemærke, at mange af de ovenstående tiltag ofte anbefales til alverdens sygdomme udenfor det etablerede sundhedsvæsen – i de fleste tilfælde uden reel dokumentation. Mange af tiltagene bygger på teoretiske hypoteser omkring endometriose: endometriose medfører kronisk inflammation; deraf anbefaling af antiinflammatorisk kost. Endometriose er forbundet med tilstedeværelse af østrogen; deraf anbefaling om at undgå fødevarer, der (hypotetisk) kan øge østrogenniveauet i kroppen.

Der er enkelte studier, der peger på mulige kostmæssige risikofaktorer for udvikling af endometriose. Igen er der utilstrækkeligt med studier til at sige noget med sikkerhed, og en vigtig pointe er, at det handler om *udvikling* af endometriose. Det er derfor ikke muligt at udtale sig om en eventuel effekt ved allerede opstået sygdom (5).

Diætbehandling af gastrointestinale symptomer ved endometriose

Der er dokumentation for, at kvinder med endometriose i højere grad lider af gastrointestinale symptomer end kvinder uden endometriose. Symptomerne er sammenlignelige med irritable tyktarm (IBS), og forekomsten af IBS er således fundet til at være markant højere hos kvinder med endometriose (6,7).

Selvom behandlingen af IBS også i høj grad stadig er underbelyst, er der trods alt flere studier end for diætbehandling ved endometriose. Særligt har de senere år vist et stort potentiale i "low FODMAP-diæten" som en vigtig, men ikke den eneste, del af behandlingen af IBS-symptomer (8). Andre studier, der undersøger effekten af low FODMAP-diæten til behandling af IBS-symptomer specifikt hos kvinder med endometriose, er begyndt at blive publiceret (9).

Implikationer for praksis

På nuværende tidspunkt er der begrænset dokumentation, men dog flere rationaler for at indtænke kost i behandlingen af endometriose.

Set fra et pragmatisk synspunkt bør kvinder med endometriose allerede nu tilbydes diætetisk behandling af gastrointestinale symptomer som et led i deres samlede behandling.

Her bør man have særligt fokus på cykliske, hormonelle forandringer og potentielle bivirkninger af medicin og kosttilskud, som anvendes i behandlingen ved endometriose.

Det giver endvidere mening at vurdere en eventuelt øget ernæringsmæssig risiko som følge af smerter, større blodtab, mediciner, gentagne kirurgiske indgreb samt ændret spiseadfærd ved forekomst af angst og depression.

Slutteligt er det relevant at vejlede kvinder med endometriose i den manglende evidens for diverse restriktive diæter og kosttilskud for at mindske risiko for fejlnæring samt øge livskvaliteten. Fokus kan således i stedet rettes mod mere relevante, dokumenterede tiltag indenfor både diæt, medicin, fysioterapi samt psykologisk behandling.

Referencer

1. Horne AW, Missmer SA. Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. *BMJ*. 2022;379:e070750.
2. Panariello F, Borgiani G et al. Eating Disorders and Disturbed Eating Behaviors Underlying Body Weight Differences in Patients Affected by Endometriosis: Preliminary Results from an Italian Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(3):1727.
3. Aupetit A, Grigioni S et al. Association between Endometriosis, Irritable Bowel Syndrome and Eating Disorders: ENDONUT Pilot Study. *J Clin Med*. 2022;11(19):5773.
4. Meneghetti JK, Pedrotti MT et al. Effect of Dietary Interventions on Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Reprod Sci*. 2024 Dec;31(12):3613-3623.
5. Arab A, Karimi E et al. Food groups and nutrients consumption and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutr J*. 2022;21(1):58.
6. Ek M, Roth B et al. Gastrointestinal Symptoms in Women With Endometriosis and Microscopic Colitis in Comparison to Irritable Bowel Syndrome: A Cross-Sectional Study. *Turk J Gastroenterol*. 2021;32(10):819-27.
7. Schomacker ML, Hansen KE et al. Is endometriosis associated with irritable bowel syndrome? A cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;231:65-69.
8. Black CJ, Staudacher HM, Ford AC. Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2022;71(6):1117-1126.
9. Varney JE, So D et al. Clinical Trial: Effect of a 28-Day Low FODMAP Diet on Gastrointestinal Symptoms Associated With Endometriosis (EndoFOD)-A Randomised, Controlled Crossover Feeding Study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2025;61(12):1889-903.



Næringsstofindtag fra kost og kosttilskud blandt præmenopausale kvinder

Af: Nanna Julie Borregaard Mentz, professionsbachelor i Ernæring og Sundhed med toning Sundhedsfremme og Forebyggelse og cand.scient. i Human Ernæring og Matilde Kruse Madsen, klinisk diætist og cand.scient. i Human Ernæring.

Kontakt: nanna.mentz@hotmail.com og matilde.kruse@live.dk

Kvinder har i forbindelse med overgangsalderen en øget sundhedsrisiko, som kan have betydning for både knogle- og hjerte-kar-sundhed. Men hvordan ser næringsstofindtaget egentlig ud i årene op til overgangsalderen, og i hvilken grad anvendes kosttilskud? Denne artikel er skrevet på baggrund af et specialeprojekt fra juni 2025 og præsenterer resultater fra en undersøgelse af næringsstofindtaget blandt præmenopausale kvinder som en del af KISO-studiet (se Boks 1).

Boks 1

KISO-studiet

Kvinder i Sund Overgang (KISO) er et langsigtet forskningsprojekt, der følger 200 danske kvinder før, under og efter overgangsalderen for at undersøge fysiologiske og sociologiske forandringer samt betydningen af fysisk aktivitet. Projektet skal skabe ny viden med stor relevans for både forskning og kvinders liv (1).

Baggrund

Overgangsalderen er en naturlig proces, som alle kvinder gennemgår. For mange er denne fase forbundet med fysiske og psykiske symptomer som hedeture, søvnproblemer,

humørsvingninger og ændringer i kropssammensætningen (2). Internationale undersøgelser viser, at op mod 85 % af kvinder oplever ét eller flere symptomer i forbindelse med overgangsalderen (3). Livsstil kan desuden påvirke både tidspunkt for overgangsalderen, symptomernes sværhedsgrad og risikoen for udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme (4,5).

Når kvinder nærmer sig overgangsalderen, falder niveauet af østrogen. Dette påvirker blandt andet knogleomsætningen og kredsløbet (6). Et lavere østrogenniveau øger aktiviteten af de knoglenedbrydende celler og medfører dermed tab af knoglemasse og øget risiko for osteoporose (7). Samtidig reduceres produktionen af kvælstofmonooxid (NO) i blodkarrene, som normalt virker karudvidende og beskytter mod åreforkalkning. Denne ændring øger risikoen for hjerte-kar-sygdom hos postmenopausale kvinder (6). Derfor er næringsstoffer som calcium, vitamin D, kostfibre, fedtsyrer og natrium særligt relevante i årene op til overgangsalderen (8).

Data fra Danskernes Kostvaner (2011-2013) viser, at kun omkring 10 % af danske kvinder i alderen 35-44 år når anbefalingen for vitamin D via kosten alene, mens mindre end 25 % lever op til anbefalingen for kostfibre. Mere end 90 % ligger over den anbefalede øvre grænse for natrium, og næsten alle har et indtag af mættet fedt, der overstiger anbefalingen på <10E % (9). Samtidig har Danmark et af Europas højeste forbrug af kosttilskud. Ca. 71 % af voksne kvinder i alderen 18-75 år tager ét eller flere kosttilskud med et stigende forbrug med alderen (10). Dette er relevant i relation til præmenopausale kvinder, da kosttilskud allerede i denne livsfase kan udgøre et væsentligt bidrag til den samlede næringsstofindtag og dermed påvirke, i hvilken grad de lever op til gældende næringsstofanbefalinger. Der mangler generelt viden om målgruppen, og hvilke ernæringsmæssige behov der følger

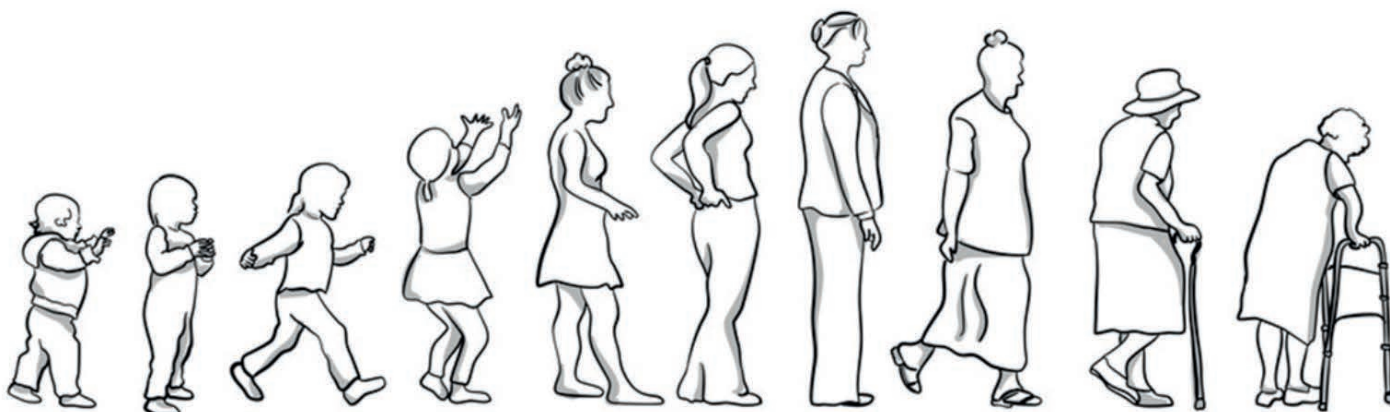


Illustration fra KISO-studiet (1)

med overgangsalderen. Vores projekt viser, at kvinderne ikke var klar over, hvordan kost og tilskud påvirker deres sundhed på længere sigt. Flere af kvinderne efterspørger viden om kost og tilskud, men det er ofte svært at navigere i de mange råd og anbefalinger. En mere tydelig og tilgængelig formidling kan derfor være med til at klæde kvinder bedre på og give dem et mere solidt grundlag for at træffe valg om kost, livsstil og eventuelle kosttilskud.

I dette studie blev præmenopausale kvinder defineret som kvinder med regelmæssige menstruationer, som endnu ikke havde indledt overgangen til overgangsalderen, og som forventedes at nærme sig menopause inden for det næste år. Formålet med studiet var at undersøge indtaget af næringsstoffer fra både kost og kosttilskud blandt præmenopausale kvinder inkluderet i KISO-studiet.

Metode

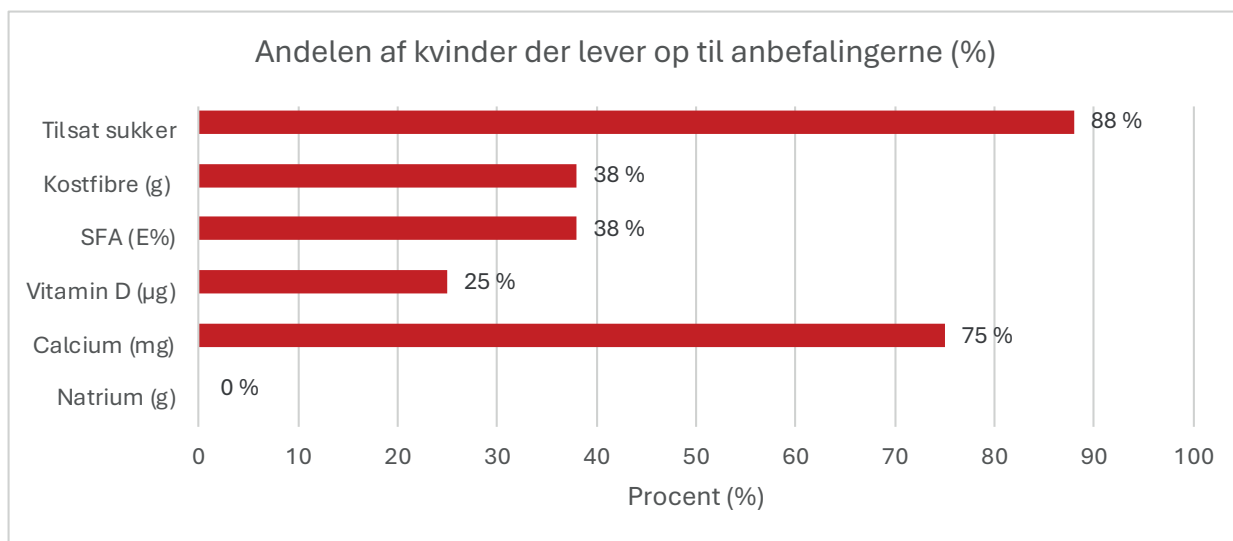
Studiet er en tværsnitsundersøgelse og inkluderede otte præmenopausale kvinder, der blev rekrutteret fra KISO-studiet. Deltagerne gennemførte en tre-dages, ikke-sammenhængende kostregistrering (mandag, onsdag, lørdag) via det webbaserede værktøj Myfood24 (11). Efter hver registreringsdag angav deltagerne eventuelt brug af kosttilskud, herunder type, dosis og mængde. Derudover udfyldte de et spørgeskema om deres motivation for at anvende eller fravælge kosttilskud, baseret på et modificeret spørgeskema udviklet af Danmarks Tekniske Universitet (12). Næringsstofindtaget blev analyseret deskriptivt, og medianværdierne blev sammenholdt med referenceværdier fra NNR: average requirement (AR), recommended intake (RI), upper level intake (UL) og chronic disease risk reduction (CDRR) (13).

Tabel 1: Næringsstofindtag fra kosten alene blandt præmenopausale kvinder i Danmark (n=289) og præmenopausale kvinder i KISO (n=8) med median (Q1-Q3) værdier.

Energi og næringsstoffer	Referenceværdier	Præmenopausale DK (35-44 år) (n=289)	Præmenopausal KISO (48-53 år) (n=8)
Energi (kJ)	9.000	8.695 (7.300-10.190)	8.685 (7880-9330)
Kulhydrat (E%)	45-60	44 (40-47)	41,6 (34,8-47,6)
Tilsat sukker (E%)	< 10	8 (5-12)	4,6 (3,8-6,0)
Kostfibre (g/d)	> 25	21 (17-25)	22,2 (18,7-26,9)
Fedt (E%)	25-40	37 (33-40)	38,2 (30,0-45,4)
MUFA (E%)	10-20	13 (12-15)	13,4 (9,3-15,8)
PUFA (E%)	5-10	5,6 (5-6,3)	6,3 (5,5-7,7)
SFA (E%)	< 10	14 (12-16)	13,0 (0,0-14,1)
Protein (E%)	10-20	15 (14-17)	16,4 (14,7-20,9)
Alkohol (E%)	Så lavt som muligt*	1,4 (0-4,2)	0,0 (0,0-2,1)
Vitamin D (µg/d)	AR: 7,5	2,7 (1,9-4)	3,2 (1,2-7,3)
Calcium (mg/d)	AR: 750	1.094 (882-1.285)	1.098 (981-1.185)
Natrium (g/d)	CDRR: 2,3	3,3 (2,8-3,9)	3,0 (2,7-3,7)

Kilde: Pedersen et al. (2015) (9), Blomhoff et al. (2023) (13).

*Den nedre grænse for alkohol er ikke fastlagt.



Figur 1: Andelen af præmenopausale kvinder (n=8), der levede op til NNR's anbefalinger for udvalgte næringsstoffer via kosten alene, angivet i procent.

Kosttilskud blev lagt til kostindtaget for at beregne det samlede næringsstofindtag.

Resultater

I alt otte præmenopausale kvinder, ud af de 13 som tilmeldte sig, blev inkluderet i projektet. Gennemsnitsalderen på de otte var 49,5 år \pm 2,4 SD, alle havde en mellemlang eller lang uddannelse, og hovedparten boede i Hovedstadsområdet.

Tabel 1 viser deltagerens energi- og næringsstofindtag. Medianindtaget var 8.685 kJ/dag. Kulhydrat udgjorde 41,6 E%. Indtaget af mættet fedt lå på 13 E%, hvilket oversteg den anbefalede øvre grænse for størstedelen af deltagerne. Medianindtaget af kostfibre var 22,2 g/dag, og flere af deltagerne lå under anbefalingen på 25 g/dag.

For mikronæringsstoffer lå medianindtaget af vitamin D på 3,2 µg/dag, hvilket lå under AR (7,5 µg/dag) for de fleste deltagere. Calciumindtaget var 1.098 mg/dag, hvor seks deltagere levede op til AR (750 mg/dag) (Tabel 1). Natriumindtaget var på 3,0 g/dag, hvilket oversteg CDRR (2,3 g/dag) for alle deltagere (Tabel 1).

Figur 1 viser andelen af deltagere, som levede op til NNR anbefalingerne. 38 % af deltagerne levede op til anbefalingen for mættet fedt. 75 % af deltagerne levede op til anbefalingen for calcium, mens kun 25 % af deltagerne opfyldte AR for vitamin D fra kosten alene. 38 % af deltagerne nåede anbefalingen for kostfibre. Alle deltagere lå over den anbefalede øvre grænse for natrium.

Fem ud af otte deltagere (62 %) tog et eller flere kosttilskud. De mest anvendte var vitamin D, omega-3, vitamin B12 og calcium. Deltagerne angav primært, at de tog tilskud for at

sikre et tilstrækkeligt næringsstofindtag (n=3) for at forebygge eller lindre et specifikt helbredsproblem (n=4), eller fordi de havde hørt eller læst, det skulle være godt (n=5).

Blandt de kvinder, som tog vitamin D, opfyldte ingen AR via kosten alene, men alle nåede det ved brug af vitamin D-supplement. Ingen overskred UL på 100 µg/d. De deltagere, der anvendte calciumtilskud, opfyldte allerede AR via kosten. Ingen nåede UL på 2.500 mg/d.

Diskussion

Studiets centrale fund var, at indtaget af vitamin D og kostfibre via kosten blandt de præmenopausale kvinder generelt lå under NNR's anbefalinger, mens indtaget af mættet fedt og natrium oversteg de anbefalede niveauer (Tabel 1). Kosttilskud, særligt vitamin D, bidrog væsentligt til at bringe deltagerne op på et tilstrækkeligt indtag.

Fundene stemmer overens med resultaterne fra Danskernes Kostvaner (2011-2013) blandt præmenopausale kvinder, som udgør den nærmeste sammenlignelige målgruppe (Tabel 1). En undtagelse var alkoholindtaget, hvor deltagerne i dette studie havde et lavere medianindtag på 0,0 E% vs. 1,4 E% i Danskernes Kostvaner (2011-2013). Dette kan skyldes datindsamlingsmetoden, da Danskernes Kostvaner foretog syv-dages-kostregistrering, hvorimod dette studie indsamlede for tre dage (mandag, onsdag og lørdag). Dermed kunne alkoholindtaget have set anderledes ud, hvis der havde været registreret for alle ugens dage.

En anden forskel blev observeret i vitamin D-indtag, hvor deltagerne i dette studie havde et lidt højere indtag (3,2 µg/d vs. 2,7 µg/d). En sandsynlig forklaring er aldersforskellen, da deltagerne i studiet er ældre end i Danskernes Kostvaner

(48-55 vs. 35-44 år), hvilket kan betyde, at de har et øget fokus på indtag af D-vitamin, da det er et relevant mikronæringsstof ift. stigende alder og udvikling af osteoporose.

Fiberindtag i begge grupper af kvinder viste sig at være ens (21 g/d vs. 22,2 g/d). Begge medianindtag ligger dog under den generelle anbefaling, hvilket indikerer et behov for øget fokus på fiberindtag.

Ligeledes viste indtaget af mættet fedt at være ens (13 E% vs. 14 E%), hvilket begge ligger over det maksimalt anbefalede. Målgruppen vil især kunne have gavn af at reducere indtaget af mættet fedt, specielt når overgangsalderen indtræffer, hvor risikoen for udvikling af hjerte-kar-sygdomme øges (14).

En væsentlig begrænsning er den lille og relativt homogene studiepopulation, hvor alle deltagere havde mellemlang eller lang uddannelse, og hovedparten boede i Hovedstadsområdet. Dette reducerer den interne variation og kan begrænse overførbareheden af resultaterne.

Studiets design kan også have været en begrænsning, da der kun har været indsamlet kostdata over en begrænset periode. Havde indsamlingen været en længere periode, kunne det have haft indflydelse på dataene, da tre-dages-kostregistrering ikke nødvendigvis fanger deltagernes habituelle kostindtag. Da kostdata var baseret på selvrapporeret kostregistrering, er der risiko for over- eller underrapportering samt målefejl. Underrapportering kan i nogen grad tjekkes ved at sammenholde rapporteret energiindtag med estimeret energibehov baseret på højde og vægt - dette blev dog ikke gjort i studiet.

En styrke ved datagrundlaget er anvendelsen af prospektiv, vejret kostregistrering via Myfood24, som regnes for en af

de mere valide metoder til registrering af faktisk indtag og reducerer risikoen for informationsbias (15).

På trods af den begrænsede stikprøvestørrelse viser fundene overensstemmelse med resultaterne fra Danskernes Kostvaner (2011-2013) for kvinder i en sammenlignelig aldersgruppe tæt på menopausen, baseret på et nationalt udsnit af den danske befolkning. Det skal dog bemærkes, at disse data er indsamlet flere år før dette studie, og at ændringer i kostmønstre kan have fundet sted over tid, hvilket kan påvirke sammenligneligheden.

Konklusion og perspektivering

Studiet viser, at præmenopausale kvinder i vores stikprøve generelt havde et energiindtag svarende til anbefalingerne, men at flere næringsstoffer lå enten under eller over anbefalingerne fra NNR. Indtaget af vitamin D og kostfibre via kosten var lavt hos størstedelen af deltagerne, mens både mættet fedt og natrium lå over anbefalede niveauer. 75 % af kvinderne opfyldte anbefalingen for calcium alene via kosten. 62 % af deltagerne anvendte kosttilskud, og særligt tilskud af vitamin D bidrog positivt til, at deltagerne nåede anbefalingen uden at overskride UL.

Resultaterne peger på, at der er behov for kostvejledning, der tager højde for de ændringer i sundhedsrisiko, kvinder møder i takt med overgangsalderen. Kombinationen af højt indtag af mættet fedt og salt samt lavt indtag af kostfibre og vitamin D øger relevansen af et øget fokus på ernæring i forbindelse med overgangsalderen, som støtter hjerte-kar-sundheden og knoglesundheden.

Referencer

1. Institut for Idræt og Ernæring. KISO Kohorten. Available from: <https://nexus.ku.dk/forskning/august-krogh-sektionen-for-human-og-molekylar-fysiologi/kiso/kiso-kohorten/> (tilgået d. 17/3, 2025).
2. Hemachandra C, Taylor S, Islam RM, Fooladi E, Davis SR. A systematic review and critical appraisal of menopause guidelines. *BMJ Sex Reprod Health.* 2024 Apr;50(2):122–38.
3. Grant M, Marbella A, Wang A. Menopausal Symptoms: Comparative Effectiveness of Therapies. 15th ed. Vol. March 2015. AHRQ Publications;
4. Noll PRES, Campos CAS, Leone C, Zangirolami-Raimundo J, Noll M, Baracat EC, et al. Dietary intake and menopausal symptoms in postmenopausal women: a systematic review. *Climacteric.* 2021 Mar 4;24(2):128–38.
5. Grisotto G, Farago JS, Taneri PE, Wehrli F, Roa-Díaz ZM, Minder B, et al. Dietary factors and onset of natural menopause: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2022;159:15–32.
6. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, Mishra GD, Pal L, Rees M, et al. Menopause. *Nat Rev Dis Primers.* 2015 Apr 23;1(1):15004.
7. Snyman L. Menopause-related osteoporosis. *South African Family Practice.* 2014 May 4;56(3):174–7.
8. Erdélyi A, Pálfi E, Túó L, Nas K, Szűcs Z, Török M, et al. The Importance of Nutrition in Menopause and Perimenopause—A Review. *Nutrients.* 2023 Dec 21;16(1):27.
9. Pedersen AN, Christensen T, Matthiessen J, Kildegaard Knudsen V, Rosenlund-Sørensen M, Billoft-Jensen A, et al. Danskernes kostvaner 2011-2013: Hovedresultater. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, Afdeling for Ernæring; 2015.
10. Knudsen VK. Danskernes forbrug af kosttilskud. DTU Fødevareinstituttet; 2014.
11. myfood24. myfood24 Nutrient Database. Available from: <https://www.myfood24.org/work-with-us/dataset/> (tilgået d. 27/11, 2024).
12. DTU Fødevareinstituttet. Interviewskemaet om kosttilskud. Den Nationale Undersøgelse af Danskernes Kost og Fysiske Aktivitet. Denmark; 2021 2024.
13. Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, Christensen JJ, Eneroth H, Erkkola M, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2023. Available from: <https://pub.norden.org/nord2023-003> (tilgået d. 26/2, 2025).
14. HHooper L, Martin N, Jimoh OF, Kirk C, Foster E, Abdelhamid AS. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;8(8):CD011737.
15. Fallaize R, Forster H, Macready AL, Walsh MC, Mathers JC, Brennan L, et al. Online Dietary Intake Estimation: Reproducibility and Validity of the Food4Me Food Frequency Questionnaire Against a 4-Day Weighed Food Record. *J Med Internet Res.* 2014 Aug 11;16(8):e190.

NYHED



Fresubin® 2 KCAL Drink

Variation er vigtig:
Nu med **Jordbærsmag!**

Du finder den gode smag
under det blå låg



Ketonstoffer og deres potentielle gavnlige effekt for kvinder med polycystisk ovarie syndrom (PCOS)

Af: Nikolaj Rittig, læge, ph.d., Steno Diabetes Center Aarhus

Kontakt: nikolaj.rittig@clin.au.dk

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) er en af de mest udbredte hormonelle forstyrrelser blandt kvinder i den fødedygtige alder (1). Tilstanden er kendetegnet ved uregelmæssige eller udeblevne menstruationer, forhøjede niveauer af mandlige kønshormoner – de såkaldte androgener – samt tilstedeværelsen af mange små, umodne follikler i æggestokkene (2,3). Disse follikler giver æggestokkene et karakteristisk cystisk udseende, hvilket har givet anledning til betegnelsen polycystisk ovariesyndrom. De mest almindelige kliniske symptomer omfatter uregelmæssig menstruation, uønsket hårvækst, akne og nedsat fertilitet. Derudover ses en udtalt sammenhæng mellem PCOS og metaboliske forstyrrelser såsom insulinresistens, tendens til vægtøgning og øget risiko for udvikling af type 2-diabetes og hjertekarsygdom (4,5). Mange kvinder med PCOS oplever også psykiske udfordringer, herunder øget forekomst af angst og depression, hvilket understreger, at PCOS er en kompleks tilstand med både hormonelle, metaboliske og psykosociale dimensioner (6).

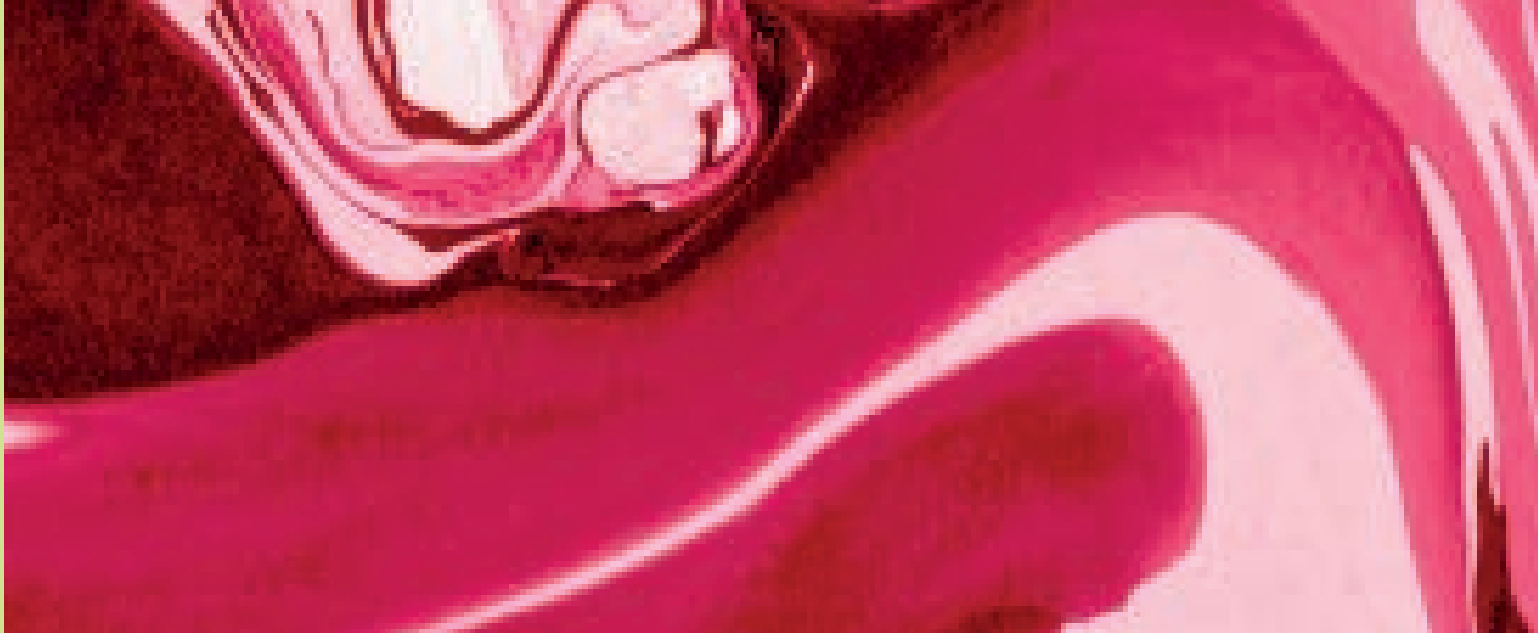
I behandlingen af kvinder med PCOS har vægttab haft en central rolle og ernæringsbehandling har været en central del af den samlede indsats (2,3). I dag anbefales det, at kvinder

med PCOS følger Fødevarestyrelsens officielle kostråd samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger om regelmæssig fysisk aktivitet. Disse retningslinjer har traditionelt haft fokus på vægttab og reduktion af insulinresistens, da disse faktorer er tæt forbundet med sygdommens metaboliske aspekter. Der mangler imidlertid forskning i, hvordan specifikke kostmønstre og næringsstoffer påvirker den hormonelle regulering – herunder produktionen af androgener, som spiller en central rolle i symptomudviklingen hos kvinder med PCOS.

Androgener er en fællesbetegnelse for en række mandlige kønshormoner, hvor testosteron og androstenedion er de mest kendte. Nyere forskning har dog vist, at også keto-testosteroner (metabolitter af testosteron) spiller en vigtig rolle i udviklingen af PCOS, og kan bidrage til sygdommens kliniske symptomer (7, 8). Det gør hormonregulering til et endnu mere komplekst, men også potentielt påvirkeligt, område for diætister, der vejleder kvinder med PCOS.

I de senere år har den ketogene diæt fået stigende opmærksomhed som et muligt redskab til at forbedre både blodsukkerkontrol og hormonbalance. Der er også indici, der tyder på, at en ketogen diæt muligvis forbedrer fertiliteten hos kvinder med PCOS (9,10). Flere mindre studier har desuden rapporteret fald i testosteronniveauer samt forbedret insulinfølsomhed





i forbindelse med ketogen kost (11-18). Det er dog vigtigt at understrege, at de eksisterende studier på området generelt er metodisk svage. De fleste undersøgelser er prospektive før- og efter-studier, der hverken er randomiserede eller blinde, hvilket øger risikoen for bias og gør det vanskeligt at adskille diætens egentlige effekter fra andre påvirkninger. Samtidig har alle studierne rapporteret et betydeligt væggtab (ofte over 10 kg), hvilket i sig selv kan forklare en stor del af de observerede forbedringer i både insulinfølsomhed og hormonbalance.

Yderligere velkontrollerede og randomiserede studier er nødvendige for at vurdere, om en ketogen diæt og muligvis ketonstoffer i sig selv har et reelt potentiale som behandlingsredskab for kvinder med PCOS. Samtidig er der behov for mekanistiske studier, der kan belyse, hvilken rolle ketonstoffer eventuelt spiller i de observerede effekter. I en anden sammenhæng har vi undersøgt raske, slanke unge mænd og fundet, at indtag af et keton-kosttilskud medførte en reduktion på omkring 20 procent i testosteronkoncentrationerne i timerne efter indtag (19). Disse observationer dannede grundlaget for vores hypotese om, at ketonstoffer muligvis kan reducere androgenkoncentrationerne hos kvinder med PCOS.

For at belyse denne hypotese anvendte vi et ketontilskud, som hurtigt og effektivt øger koncentrationen af ketonstoffer i blodet uafhængigt af fedtforbrænding og energiunderskud, som det ses ved ketogen diæt og fasteinterventioner (20). Vi udførte et randomiseret, kontrolleret klinisk overkrydsnings-studie, publiceret i *European Journal of Endocrinology*, hvor vi specifikt undersøgte effekten af et ketonstofftilskud hos kvinder med PCOS – uden væggtab eller andre kostomlægninger som forstyrrende faktor (21). I alt deltog 20 kvinder, både slanke og overvægtige, som indtog et ketonstofftilskud om aftenen før sengetid og igen om morgenen. Denne administration medførte cirka ti timers ketose, hvorefter vi målte en række hormonelle og metaboliske markører, herunder

glukoseniveau, insulinfølsomhed, testosteron, androstenedion og keto-testosteroner. Ved at anvende en ketondrik som tilskud opnås en kontrolleret ketose, hvilket gør det muligt at isolere den direkte effekt af ketonstoffet – uden indflydelse fra ændringer i kost, energibalance eller væggtab. Dermed kan man mere præcist vurdere ketonstoffernes selvstændige fysiologiske virkning på både hormon- og glukosemetabolismen.

Resultaterne viste, at ketonstofftilskuddet havde en signifikant sænkende effekt på både glukose- og androgen-niveauerne. Effekten var tydelig på tværs af vægtkategorier og forekom altså uafhængigt af væggtab. Særligt bemærkelsesværdig var den udtalte reduktion i keto-testosteroner, som i nyere forskning er blevet identificeret som vigtige biomarkører for sygdomsaktivitet ved PCOS (7, 8). Denne reduktion kan derfor have klinisk betydning for mange af de symptomer, der ofte udfordrer kvinder med PCOS, herunder uønsket hårvækst, akne og menstruationsforstyrrelser.

For diætister åbner dette nye muligheder for at tænke ernæringsinterventioner ved PCOS bredere end blot vægtregulering. Studiet indikerer, at ketonstoffer kan påvirke hormonbalancen direkte og dermed have en potentiel terapeutisk rolle, også hos kvinder, hvor væggtab ikke er målet eller nødvendigvis opnås. Det giver anledning til at overveje, hvordan koststrategier, der fremmer mild ketose – f.eks. moderat kulhydratrestriktion, tidsbegrænset spisning eller målrettet brug af ketonstofftilskud – kunne integreres som led i vejledningen af kvinder med PCOS.

Selvom resultaterne er lovende, er der fortsat behov for længerevarende studier, der kan afklare, om de observerede effekter vedvarer over tid, og om de også fører til forbedringer i fertilitet, menstruationscyklus og metaboliske risikoparametre. Det næste skridt bliver derfor at undersøge, hvordan ketonstoffer kan anvendes i kombination med mere traditionelle diætetiske tilgange i klinisk praksis.

Konklusivt tyder det på, at ketonstoffer ser ud til at kunne forbedre både glukose- og hormonbalancen hos kvinder med PCOS – og ikke mindst reducere niveauerne af androgener, især keto-testosteroner. Det giver diætister ny evidensbaseret viden omhandlende ernæringsbehandling af PCOS – hvor fokus ikke udelukkende behøver at være på væggtab, men også kan rettes mod en mere direkte regulering af hormonbalancen samt forbedring af den metaboliske og psykiske sundhed.

Referencer

1. Salari N, Nankali A, Ghanbari A, Jafarpour S, Ghasemi H, Dokaneheifard S, et al. Global prevalence of polycystic ovary syndrome in women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;310(3):1303-14.
2. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2018;33(9):1602-18.
3. Teede HJ, Tay CT, Laven J, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *Fertil Steril.* 2023;120(4):767-93.
4. Helvacı N, Yildiz BO. Polycystic ovary syndrome as a metabolic disease. *Nat Rev Endocrinol.* 2025;21(14):230-244.
5. Osibogun O, Ogunmoroti O, Michos ED. Polycystic ovary syndrome and cardiometabolic risk: Opportunities for cardiovascular disease prevention. *Trends Cardiovasc Med.* 2020;30(7):399-404.
6. Brutocao C, Zaiem F, Alsawas M, Morrow AS, Murad MH, Javed A. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2018;62(2):318-25.
7. Storbeck KH, O'Reilly MW. The clinical and biochemical significance of 11-oxygenated androgens in human health and disease. *Eur J Endocrinol.* 2023;188(4):R98-R109.
8. O'Reilly MW, Kempegowda P, Jenkinson C, Taylor AE, Quanson JL, Storbeck KH, et al. 11-Oxygenated C19 Steroids Are the Predominant Androgens in Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(3):840-8.
9. Tsushima Y, Nachawi N, Pantalone KM, Griebeler ML, Alwahaab UA. Ketogenic diet improves fertility in patients with polycystic ovary syndrome: a brief report. *Front Nutr.* 2024;11:1395977.
10. Palafox-Gomez C, Ortiz G, Madrazo I, Lopez-Bayghen E. Adding a ketogenic dietary intervention to IVF treatment in patients with polycystic ovary syndrome improves implantation and pregnancy. *Reprod Toxicol.* 2023;119:108420.
11. Khalid K, Apparow S, Mushaddik IL, Anuar A, Rizvi SAA, Habib A. Effects of Ketogenic Diet on Reproductive Hormones in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *J Endocr Soc.* 2023;7(10):bvad112.
12. Mavropoulos JC, Yancy WS, Hepburn J, Westman EC. The effects of a low-carbohydrate, ketogenic diet on the polycystic ovary syndrome: a pilot study. *Nutr Metab.* 2005;2:35.
13. Paoli A, Mancin L, Giacona MC, Bianco A, Caprio M. Effects of a ketogenic diet in overweight women with polycystic ovary syndrome. *J Transl Med.* 2020;18(1):104.
14. Cincione RI, Losavio F, Ciolli F, Valenzano A, Cibelli G, Messina G, et al. Effects of Mixed of a Ketogenic Diet in Overweight and Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(23):12490.
15. Cincione IR, Graziadio C, Marino F, Vetrani C, Losavio F, Savastano S, et al. Short-time effects of ketogenic diet or modestly hypocaloric Mediterranean diet on overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. *J Endocrinol Invest.* 2023;46(4):769-77.
16. Yang M, Bai W, Jiang B, Wang Z, Wang X, Sun Y, et al. Effects of a ketogenic diet in women with PCOS with different uric acid concentrations: a prospective cohort study. *Reprod Biomed Online.* 2022;45(2):391-400.
17. Li J, Bai WP, Jiang B, Bai LR, Gu B, Yan SX, et al. Ketogenic diet in women with polycystic ovary syndrome and liver dysfunction who are obese: A randomized, open-label, parallel-group, controlled pilot trial. *J Obstet Gynaecol Res.* 2021;47(3):1145-52.
18. Magagnini MC, Condorelli RA, Cimino L, Cannarella R, Aversa A, Calogero AE, et al. Does the Ketogenic Diet Improve the Quality of Ovarian Function in Obese Women? *Nutrients.* 2022;14(19):4147.
19. Svart M, Nielsen MM, Rittig N, Hansen M, Moller N, Gravholt CH. Oral 3-hydroxybutyrate ingestion acutely lowers circulating testosterone concentrations in healthy young males. *Scand J Med Sci Sports.* 2023;33(10):1976-83.
20. Stubbs BJ, Cox PJ, Evans RD, Santer P, Miller JJ, Faull OK, et al. On the Metabolism of Exogenous Ketones in Humans. *Front Physiol.* 2017;8:848.
21. Rittig N, Christiansen Arlien-Soborg M, Svart MV, Thomsen HH, Kirkegaard K, Greve VH, et al. Ketone supplementation acutely lowers androgen and glucose levels in women with polycystic ovary syndrome: a randomized clinical trial. *Eur J Endocrinol.* 2025;192(6):717-27.

Kender du www.ernæringsfokus.dk?

Ernæringsfokus.dk er Landbrug & Fødevarers hjemmeside til ernærings- og sundhedsprofessionelle. Hjemmesiden opdateres løbende med dokumenteret og nuanceret viden om fødevarer, ernæring og sundhed. På Ernæringsfokus.dk kan du tilmelde dig vores nyhedsbrev og modtage spændende og relevante nyheder samt informationer om events, materialer, analyser og meget mere.



Scan QR koden og læs mere her

Ernæringsfokus tilbyder:

- Månedlige nyhedsbreve med sundhedsfaglige nyheder og informationer om vores events
- Temasider om aktuelle emner som fx bæredygtig kost og højt forarbejdede fødevarer
- Gratis adgang til Måltidsberegneren samt beregnere for indtag af jern, protein og calcium
- Gratis 'Vidste du at...' samtaleark om mad og måltider til forskellige målgrupper
- Ernæringsfaglige materialer til gratis bestilling eller download, herunder 'Mad til Børn'
- Opslagsværk med artikler og faglig viden om ernæring, sundhed og fødevarer
- Viden om velsmag og nydelse, opskrifter samt gode råd om optimal tilberedning

... og meget mere...



Ernæringsteamet i Landbrug & Fødevarer



Line Munk Damsgaard
ernæringschef



Puk Maia Holm-Søndergaard
chefkonsulent



Merete Myrup
ernæringschef mejeri



Katrine Langvad
chefkonsulent



Overgangsalderen - med fokus på vægt, fedtfordeling og fedtstoffer i blodet

Af: Lotte Hvas, speciallæge i almen medicin, dr.med., forfatter til "Bogen om overgangsalderen".

Tilknyttet Forskningsenheden for Almen Praksis, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet.

Kontakt: lotte.hvas@dadlnet.dk

Vægtøgning og ændret fedtfordeling er et af de symptomer, som kan fylde meget for en kvinde i overgangsalderen. Samtidig sker der en ændring i fordelingen af fedtstoffer i blodet. Noget handler om aldersforandringer, andet handler om faldet i de kvindelige hormoner.

Kort om overgangsalderen

Overgangsalderen, eller perimenopausen, er betegnelsen for årene omkring sidste menstruation og skyldes, at æggestokkene gradvist holder op med at producere de kvindelige hormoner østrogen og progesteron. Den sidste menstruation kommer i gennemsnit omkring 50 års-alderen, men det er også normalt, hvis man er 45 eller 55 år, når den sidste blødning kommer.

De fleste kvinder vil opleve de 'klassiske symptomer' som hedeture, blødningsforstyrrelser og slimhindeproblemer, men i meget varierende grad, ligesom det er meget forskelligt, hvor længe overgangsalderen varer. Typisk kan der gå 4 - 5 år fra den første uregelmæssige menstruation, til hedeturene er klinget af.

Derudover oplever kvinder ofte en lang række andre symptomer, som kan være tegn på overgangsalder, men som også kan skyldes andre ting i livet. Ikke alt er overgangsalder - noget kan skyldes almindelig aldring eller helt andre helbredsproblemer. Overgangsalderens symptomer og håndtering gennemgås i en relativt ny artikelserie i tidsskriftet Lancet i 2024, der også kommer med forslag til, hvordan man i sundhedsvæsenet skal rådgive kvinder, når tilstanden er så

kompleks, som den er (1). Problemet med vægtøgning og efterfølgende at have svært ved at komme af med de ekstra kilo, kendes af mange kvinder. Men hvad er hvad?

Dette spørgsmål har forskerne bag et stort epidemiologisk, forløbsstudie i USA - SWANstudiet (Study of Women's Health Across the Nation) også forsøgt at svare på (2).

Vægtstigning og fedtfordeling

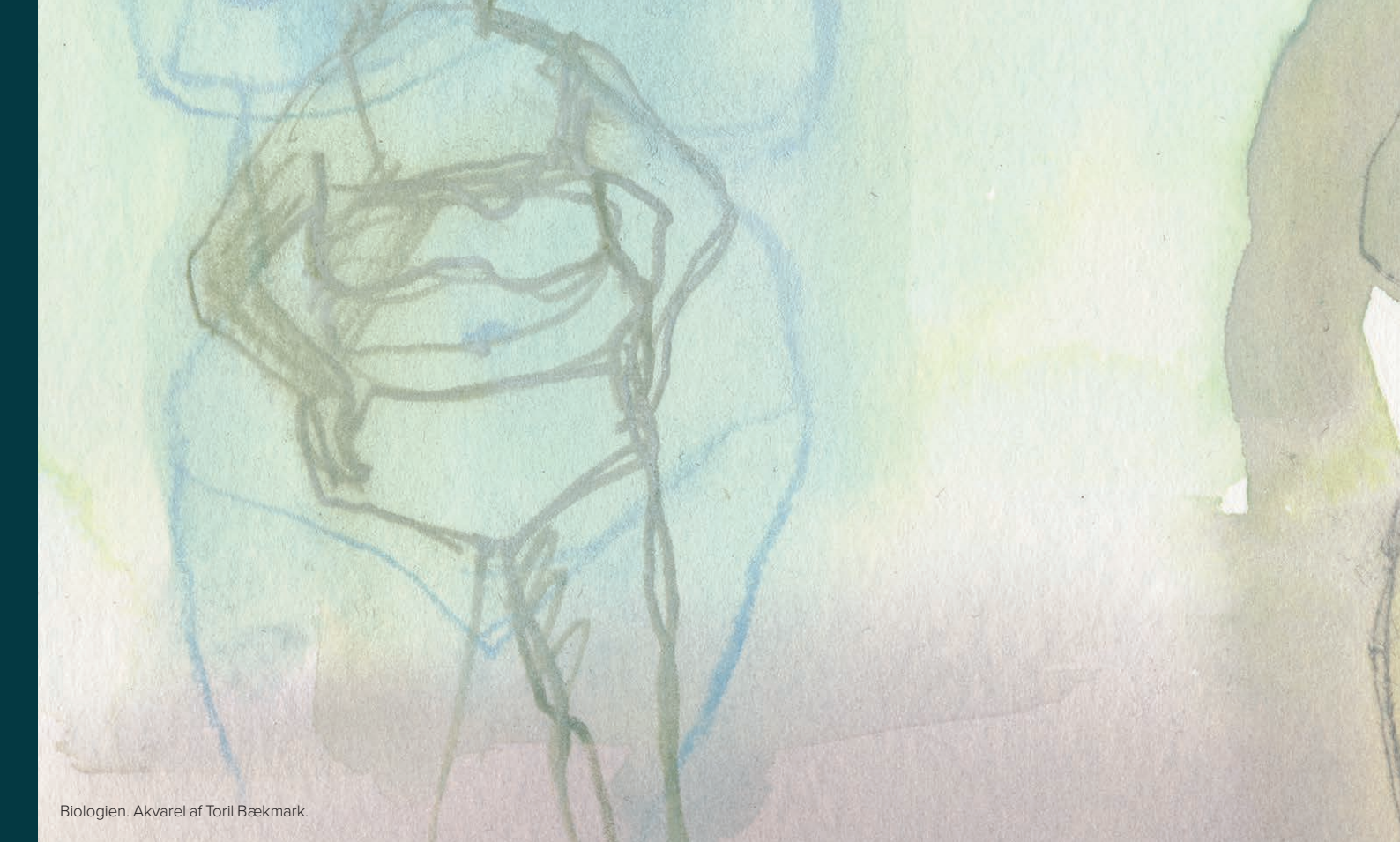
Vægtstigning er primært en aldersforandring, men ændret fedtfordeling og ændring i fedtstoffer i blodet kan godt skyldes hormonelle påvirkninger.

Forskergruppen bag SWANstudiet publicerede i 2019 en artikel, hvor de forsøgte at undersøge, hvilke symptomer der skyldes almindelig aldring, og hvilke der skyldes overgangsalderen. Forskerne benyttede sig af fortløbende studier, blodprøver og registrering af menstruationsophør for at komme spørgsmålet nærmere. Og deres konklusion er: Vægtøgningen kommer især med alderen, mens den ændrede fedtfordeling og den ændrede sammensætning af fedtstoffer i blodet skyldes hormonelle forandringer (2).

Rent statistisk er det svært at påvise, at overgangsalderen i sig selv giver mere end en gennemsnitlig vægtstigning på nogle kilo. Vi har en tendens til at lægge os ud hele livet, og stigende vægt eller overvægt er ikke noget, der kun gør sig gældende for kvinder.

Til gengæld medfører ændringerne i hormonerne en øgning af kolesterol i blodet, desværre også med en forskydning, så der kan komme en øgning af LDL i blodet og et fald i HDL. Den ændrede sammensætning af lipider i blodet er formentlig også forklaringen på, at risikoen for hjerte-kar-sygdomme stiger efter overgangsalderen. Hvor kvinder tidligere i livet har været beskyttet af østroget, vil risikoen i årene efter overgangsalderen øges gradvist, så den nærmer sig mændenes risiko.

Samtidig ændres selve fedtfordelingen i kroppen – også pga. den ændrede hormonelle balance i kroppen.



Biologien. Akvarel af Toril Bækmark.

Faldet i østrogen bevirker, at kroppen kan ændre sig fra en mere pæreformet fedtfordeling, til at fedtet samler sig på maven, og at ekstremiteterne bliver tyndere. Den ændrede fedtfordeling har også med andre af kroppens hormoner at gøre: binyrebarkhormon, væksthormon og insulin, som får større indflydelse, når østrogenet forsvinder.

Træning er et must

Kvinder oplever, ganske rigtigt, at det kan være op ad bakke, når man ønsker at tabe sig eller genvinde fordums kurver. En egentlig slankekur giver desværre sjældent et varigt vægttab, men til gengæld er der meget at hente ved at styrke muskulaturen samt konditionstræning. Det har gavnlige virkninger overfor både fedtstoffer i blodet og risiko for hjerte-kar-sygdomme, og giver en stærkere krop. Samtidig har motion den gevinst, at det kan reducere hedeturene, og giver større velvære (3). I det hele taget er det vigtigt at slå fast: Hvis man går i gang med en større slankekur midt i livet, så skal det kombineres med muskeltræning. Hvis man 'kun' taber sig, vil man helt sikkert også miste knogle- og muskelmasse, som er meget svært at få tilbage igen. Med hensyn til kostens sammensætning handler det, som på andre tidspunkter, om at leve 'hjertesundt'. Her udgør overgangsalderen ikke nogen undtagelse.

Overgangskvinder, aldring og identitet

I min egen forskning om overgangsalderen, har jeg i samtalerne med kvinderne lært meget om, hvor meget de kulturelle

fortællinger og opfattelser af aldring og identitet fylder for dem, noget jeg har uddybet i "Bogen om overgangsalderen" (4). Vægten spiller i høj grad ind i forhold til udseendet, hvor det måske ikke så meget er vægten i sig selv, der trykker, som den ændrede fedtfordeling, hvor de overflødige kilo sætter sig rundt om maven.

Kvindeskroppen forandrer sig i løbet af livet, ikke mindst hvis man har været gravid, og mange slutter heldigvis fred med, at bryster, mave og baller rykker længere 'sydpå'. Her handler det måske ikke så meget om vægttab, men om at understøtte kvinderne i at acceptere livets gang og de ændringer i udseendet der kommer med alderen.

Heldigvis fortæller mange kvinder om positive erfaringer med at være 'midtlivskvinde'. Det kan være med til at kompensere for de kropslige udfordringer, som alt i alt betyder, at mange kvinder kan se i ind i en god tid efter overgangsalderen, hvor de er blevet mere erfarne, vidende og i stand til at stå ved sig selv. Og så er de for øvrigt sluppet for menstruationsbind, tamponer og behovet for prævention.

Rødkløver- og sojaprodukter som symptomlindring

Denne artikel har især koncentreret sig om vægtøgning og fedtfordeling. Men mange diætister vil også opleve, at kvinder spørger til, om der er noget i kosten, der kan bidrage til at lindre symptomerne - først og fremmest hedeturene. Dette spørgsmål er behandlet i en artikel fra Rationel Farmakoterapi i 2024 (5).



I forbindelse med overgangsalderen er det især planteøstrogener (phytoøstrogener), som er interessante. Det er østrogenlignende stoffer, der blandt andet findes i soja, rødkløver og bælgplanter. For at kunne optages optimalt i kroppen skal produkterne være fermenterede, dvs. have gæret. Planteøstrogener ligner menneskets østrogener så meget, at de er i stand til at forbinde sig med kroppens østrogenreceptorer og derved fremkalde en østrogenlignende virkning.

Rødkløver- og sojaprodukter indeholder isoflavoner, som er en type planteøstrogen. Undersøgelser viser, at fermenterede produkter har en lindrende effekt på hede-/svedture, om end de næppe er så effektive som medicinsk hormonbehandling. Men for nogle kvinder er det nok, at det 'tager toppen', og mange læger anbefaler, at man kan forsøge behandling med isoflavoner, før man begynder på hormonbehandling. Der er også undersøgelser, som viser, at der er en gavnlig effekt i forhold til knoglerne. Rødkløver findes blandt andet som kapsler, te og flydende ekstrakt. Blandt sojaprodukterne er især ét kosttilskud, med den tekniske betegnelse DT56a, velundersøgt. Produkterne er generelt dyre, og der er ikke tilskud til behandlingen.

Problemet med kosttilskud er, at man ikke kender bivirkningerne på sigt. På den korte bane er der dog ikke fundet alvorlige bivirkninger hos raske kvinder. Men på grund af den hormonlignende virkning bør kvinder, der har – eller har haft – brystkræft, undgå planteøstrogener. Det er hormonlignende stoffer, og det vækker bekymring hos en del fagfolk, hvis man bare 'giver los', og anbefaler disse kosttilskud til alle.

Konklusion

En kvinde i overgangsalderen, der henvender sig hos en diætist i overgangsalderen, skal – som sædvanlig – tages alvorligt og lyttes til. Det handler om at man hverken skal sygeliggøre eller bagatellisere kvindens oplevelser.

Gennemsnitligt ses en mindre vægtstigning i overgangsalderen, men vægten stiger både hos mænd og kvinder med alderen. Til gengæld ser man en – ofte uønsket – ændring af kropsfaconen i retning af æbleform pga. forandringer i den hormonelle balance, og fedtindholdet i blodet ændrer sig i ugunstig retning mht. risiko for hjertekarsygdomme. Hvis kvinden ønsker vægttab, bør fokus - udover sunde kostvaner, især være på støtte til træning og mere bevægelse, som også kan give større muskel- og knoglestyrke, psykisk velvære og færre hedeture.

Forfatteren har ingen økonomiske interessekonflikter.

Referencer

1. Hickey, Martha et al. An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*. 2024;403(10430):947-957.
2. Khoudary SR et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Menopause. 2019;26(10):1213-1227.
3. Nilsson S et al: A 2-year follow-up to a randomized controlled trial on resistance training in postmenopausal women: vasomotor symptoms, quality of life and cardiovascular risk markers. *BMC Womens Health* 2024;24(1):511.
4. Hvas, Lotte: Bogen om Overgangsalderen. KLIM 2022.
5. Planteøstrogener. Artikel fra Rationel farmakoterapi 3, 2022. Available from: https://www.sst.dk/media/kvwpblra/rationel-farmakoterapi-3-2022_fina_web.pdf (tilgået d. 3/2, 2026).

resource®

NY EMBALLAGE MED MINDRE PLASTIK

NYHED!
**FINDES NU I
TETRA PAK®**

**Samme
gode smag
som altid**

**Besøg vores
hjemmeside og
få opskrifter, tips
og meget mere**



Resource® Protein, Ultra Fruit og Addera® Plus er skiftet til Tetra Pak® emballage.

Denne udskiftning af plastflasker til Tetra Pak® er en del af vores initiativer inden for bæredygtighed. Og for yderligere at reducere brugen af plastik har vi også erstattet plasten i transportemballagen med pap. Den rektangulære form sparer overskydende materiale, vægt og plads uden at gå på kompromis med kvalitet og indhold. Den nye emballage kan nemt og effektivt stables på paller, i transportcontainere, på butikshylden og hjemme i skabet, så der kan transporteres og opbevares flere produkter på den samme plads.

**Ernæringsdrikkene har stadig samme størrelse (200 ml)
og de samme, gode smagsvarianter som altid!**

Information til sundhedsfagligt personale

Resource® ernæringsdrikke er fødevarer til særlige medicinske formål og skal anvendes under lægelig overvågning. Beregnet til ernæringsmæssig håndtering af patienter med underernæring eller i ernæringsmæssig risiko.

www.nestlehealthscience.dk



Digital sundhedsvejledning: Fremtidens sundhedsvejledning?

En kvalitativ undersøgelse om borgeres og vejlederes oplevelse af at indgå i digitale sundhedsvejledningsforløb.

Hvordan oplever borgere og vejledere at indgå i digitale sundhedsvejledningsforløb? Artiklen præsenterer kvalitative fund om muligheder og udfordringer ved digital sundhedsvejledning med særligt fokus på relationens betydning, brugen af videokommunikation og vejlederens trivsel. Den henvender sig til ernærings- og sundhedsprofessionelle, der arbejder eller overvejer at arbejde med digitale sundhedstilbud.

Af: Freja Nørgaard Petersen, professionsbachelor i Ernæring og Sundhed og Isabell Jacobsen, professionsbachelor i Ernæring og Sundhed.

Kontakt: ijacobsen1998@gmail.com

Baggrundsafsnit

Overvægt og svær overvægt udgør en fortsat voksende udfordring for folkesundheden i Danmark (1). Svær overvægt er forbundet med en øget risiko for udvikling af blandt andet type 2-diabetes og hjertekarsygdomme (2). I takt med digitaliseringen af sundhedsvæsenet er digitale sundhedsforløb, bl.a. for borgere med overvægt og øvrige livsstilssygdomme, blevet en integreret del af flere kommuners forebyggelses- og livsstilsindsatser (3).

På trods af den stigende implementering af digitale løsninger foreligger der begrænset viden om, hvordan både borgere og sundhedsvejledere oplever at deltage i digitale vejledningsforløb. Formålet med dette projekt var derfor at belyse borgere og sundhedsvejlederes oplevelser med digitale vejledningsforløb samt at undersøge, hvilke muligheder og udfordringer der kan være forbundet med digital sundhedsvejledning.

Metoder

Projektet har et kvalitativt design og bygger på en hermeneutisk tilgang med henblik på at opnå en dybere forståelse af borgeres og sundhedsvejlederes oplevelser af digitale sundhedsvejledningsforløb.

Der blev gennemført en indledende litteratursøgning efterfulgt af en systematisk litteratursøgning i PubMed, Embase og Web of Science. Her identificerede vi 365 studier ved systematisk bloksøgning og 63 studier ved citationssøgning. På baggrund af udvalgte in- og eksklusionskriterier, blev fem studier inkluderet og kvalitetsvurderet ved hjælp af CASP (4).

Da litteraturgrundlaget var begrænset, blev der indsamlet egne data gennem semistrukturerede kvalitative interviews. Datamaterialet består af interviews med fire borgere med overvægt (tre kvinder og én mand), som deltog i et kommunalt livsstilsforløb via LIVA-appen, (se Boks 1) samt to sundhedsvejledere fra den pågældende kommune: En professionsbachelor i Ernæring og Sundhed og en fysioterapeut, begge med minimum fire års erfaring med digitale sundhedsvejledningsforløb.

Interviewene blev gennemført online via Microsoft Teams, optaget med deltagernes samtykke og efterfølgende transskriberet og analyseret. Analysen tog afsæt i temaerne fra vores interviewguide, som blev anvendt til en indledende kodning. Transskriptionerne blev derefter gennemgået med henblik på at identificere udsagn, der enten understøttede de eksisterende temaer eller pegede på nye fremtrædende temaer. De centrale betydninger blev efterfølgende kondenseret og fortolket i relation til relevant teori og eksisterende forskning.

Boks 1

Asynkron vejledning betyder, at borgere, uafhængigt af tid og sted, kan sende videoer og beskeder til vejleder, og vejleder kan ligeledes, på et senere tidspunkt, svare med en kort video eller besked.

Digital sundhedsvejledning er vejledning der foregår online, i stedet for det klassiske fysiske møde med en sundhedsfaglig.

LIVA er en digital platform udviklet til at vejlede borgere i forebyggelse eller behandling af overvægt, type-2 diabetes og hjertekarsygdom (5).

I den omtalte kommune er LIVA-forløbet et digitalt sundhedstilbud til borgere med overvægt. Forløbet indledes med en afklarende samtale, efterfulgt af en opstartssamtale som et live videomøde med den tildelte sundhedsvejleder. Her opsættes LIVA-appen, og individuelle mål fastlægges.

Forløbet varer op til ni måneder. De første tre måneder modtager borgeren ugentlig digital vejledning via korte videoer, eventuelt suppleret med tekst, hvorefter vejledningen fortsætter hver 14. dag i op til seks måneder. Borgeren har som udgangspunkt samme sundhedsvejleder gennem hele forløbet.

Resultater

På baggrund af de kvalitative interviews, har vi identificeret fire centrale temaer omhandlende borgeres og vejlederes oplevelse af at indgå i digitale sundhedsvejledningsforløb. De vil kort blive beskrevet i det følgende.

1. Relationens betydning for digital sundhedsvejledning

Vi ser, at det første møde mellem borger og vejleder i et digitalt sundhedsvejledningsforløb kan have stor betydning for relationsdannelsen, og at etablering af en personlig relation er betydningsfuld for oplevelsen af det videre forløb.



2. Motivation som element i digital sundhedsvejledning

Vi ser, at et velfungerende samarbejde og løbende kontakt kan virke motiverende for vejlederen, ligesom borgerne motiveres af støtte, realistiske målsætninger og fokus på små fremskridt i processen.

3. Vejleders rolle

Vores data tyder på, at vejlederrollen er under udvikling, grundet digitaliseringen. De skal lære at navigere i mange korte vejledninger, og flere forløb med borgere, hvor de får meget lidt feedback på deres arbejde.

4. Fremmende og hæmmende faktorer der har indvirkning på digital sundhedsvejledning

Vores data viser, at størstedelen af informanterne foretrækker asynkron, videobaseret kommunikation, da de oplever, at dette kan give et mere nuanceret billede end kommunikation via tekstbeskeder. Samtidig fremhæves fleksibilitet i digital sundhedsvejledning som en fremmende faktor for deltagelse hos borgerne. Derudover tyder vores data på, at asynkron vejledning giver både borgere og vejledere bedre mulighed for refleksion i forbindelse med vejledningsprocessen. En hæmmende faktor kan være inaktivitet i kommunikationen fra borgers side, da dette kan påvirke kvaliteten af vejledningen negativt og skabe en følelse af utilstrækkelighed hos vejlederen.

Diskussion

Projektets tre vigtigste fund omhandler relationsdannelse i digital sundhedsvejledning, betydningen af videokommunikation i digital sundhedsvejledning og vejleder som overset element i digital sundhedsvejledning. Disse vil blive diskuteret i det følgende.

Relationsdannelse i digital sundhedsvejledning

Vores analyse tyder på, at det første møde mellem borger og vejleder har betydning for relationsdannelsen og det videre arbejde i forløbet. Dette understøttes af Brandt et al., der finder, at det er udfordrende at skabe en god relation, hvis vejledningen udelukkende er digital, og derfor er et fysisk møde vigtigt (6). Vi ser ligeledes, at halvdelen af vores deltagere udtrykker et behov for, at første møde med vejleder er fysisk, mens den anden halvdel ikke har samme behov. De oplever derimod, at et synkront, digitalt første møde er tilstrækkeligt. Det kan altså diskuteres, om det første møde behøver at være fysisk for at have betydning for relationen. Ifølge Brandt et al. kan man få en bedre effekt af interventionen, hvis der er dannet en god relation, inden den online vejledning starter (7). Vores fund indikerer dog at synkron, digital introduktion også kan danne grundlag for en god relation mellem borger og vejleder.

Størstedelen af informanterne gav udtryk for, at de oplevede en god relation med deres vejleder. Vi ved, at disse deltagere var meget aktive i deres forløb og gode til at dele deres erfaringer samt inddrage vejlederne i deres liv. Samtidig ved vi, at vejlederne var i stand til at tydeliggøre, at det var et individuelt forløb og gøre det klart, at det var den specifikke borger, de talte med. En borger fortæller: "Jeg føler ikke, at det er sådan et eller andet, hun bare sidder og fyrer af. Altså hun taler til mig, og hun har hørt, hvad jeg har sagt. Hun har set hvad jeg har skrevet". Dette fik deltagerne til at

føle en personlig relation til vejlederne. Dermed finder vi, at borgere og vejledere oplever, at det er muligt at skabe en nærværende og personlig relation i et digitalt sundhedsvejledningsforløb, samt at det første møde er en vigtig del af dette. Det kan diskuteres, hvilken betydning det har, om det første møde er fysisk eller synkront digitalt.

Betydningen af videokommunikation i digital sundhedsvejledning

Vores fund indikerer, at brugen af videokommunikation i digital sundhedsvejledning er betydningsfuld, og vi finder, at størstedelen af de borgere, som er blevet interviewet, foretrækker video frem for tekstbesked. Fx beskriver en borger om videokommunikation: "Jeg føler, at man bedre kan fornemme tone og bedre kan fornemme, hvad der menes". Det kan diskuteres om brugen af videokommunikation kan være med til at fjerne nogle af de problematikker, som findes ved tekstbaseret sundhedsvejledning.

I et studie af Weishaupt et al., hvor interventionen er tekstbaseret, fremgår det, at der er forskel på, hvad borgerne oplever, de har brug for, og hvad de faktisk får leveret af deres vejleder (8). Derimod tydeliggøres det i samtalen med vores informanter, at vejleder formår at forstå borgers behov samt opfylde disse. I et andet studie af Lie et al. beskrives også en oplevelse af, at den skrevne kommunikation alene kan være demotiverende for borgerne, og at det derfor er vigtigt med et ansigt-til-ansigt møde undervejs (9).

Vi fandt, at videokommunikation kan erstatte ansigt-til-ansigt-møderne, da vores informanter beskriver en høj grad af motivation, der er knyttet til den gode relation med vejleder. Dette kommer bl.a. til udtryk når en borger siger "Jeg tror bestemt at grunden til, at jeg er så glad for det her forløb og det er så vellykket for mig, er jo at jeg har den gode relation med [vejleder]." Det tyder derfor på, at en del af de problemstillinger, der opleves i de inkluderede studier, kan løses ved at arbejde med video frem for tekstbaseret kommunikation, da det giver mulighed for at tyde nonverbale signaler, undgå misforståelse og giver vejleder en mulighed for bedre at være orienteret om borgers behov. Dette kan lede til en bedre oplevelse af at indgå i forløbet, for borgere og vejledere.

Vejleder som overset element i digital sundhedsvejledning

Vores analyse peger på, hvordan man som vejleder i et digitalt sundhedsvejledningsforløb, let kan blive overset. Som en vejleder udtrykker det:

"(...) vi er skolet til at kommunikere med borger, når vi sidder overfor dem. Jeg er i hvert fald ikke uddannet til at motivere og skabe forandringer digitalt (...) Jeg tror vi skal passe på med at overse vejleder i alt det her digitalisering. (...) jeg kan godt sidde og have en fornemmelse af, at vi virkelig skal være opmærksomme på, at digitalisering nok mere er for borgernes skyld, end det er for personalets skyld".

I takt med at flere opgaver i sundhedssektoren bliver digitaliseret, kan man undre sig over, om dette kommer til at have indflydelse på vejleders motivation i sit arbejde. Vejlederen fortæller, at det kan opleves skrøbeligt, når borgere ikke responderer på hendes videoer: "Så mine vejledninger bliver rigtig dårlige, og følelsen, man sidder med som vejleder, er at være utilstrækkelig - fordi du ikke aner, hvad du skal vejlede op imod."

Det kan overvejes, om der både bør indgå digital og fysisk vejledning som en del af vejlederens arbejdsuge, da dette kan bidrage til at understøtte vejlederens trivsel og behov for anerkendelse og fysisk kontakt. Det er også relevant at overveje, hvad dette kræver fra arbejdspladser og uddannelsesinstitutioners side.

Konklusion

Vores fund peger på, at borgere og vejledere oplever både fordele og udfordringer ved digital sundhedsvejledning. Det tyder på, at en god relation mellem borger og vejleder, især etableret ved det første møde, er central for et vellykket forløb. Dette kan understøttes af både fysiske møder og synkron videokommunikation, samt ved at vejleder formår at være personlig og nærværende i kontakten.

Desuden tyder fundene på, at flere af de udfordringer, der er forbundet med tekstbaseret digital sundhedsvejledning kan imødekommes ved at prioritere videokommunikation, da dette bl.a. kan reducere misforståelser og understøtte relationen.

Samtidig peger vores fund på et behov for at styrke vejledernes digitale kompetencer gennem uddannelse, samt øget opmærksomhed fra arbejdsgivere på de arbejdsvilkår, der følger med digital vejledning. Dette vurderes at være væsentligt for både at understøtte vejleders trivsel og kvaliteten af den digitale sundhedsvejledning fremadrettet.

Perspektivering

Vores konklusion peger på, at uddannelsesinstitutioner kan være med til at styrke studerendes digitale kompetencer. Derfor kan man stille spørgsmålet, om undervisning i digital sundhedsvejledning bør integreres i de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelsers studieordninger, så kommende vejledere er bedre klædt på til de digitale krav, der stilles i fremtidens sundhedssektor. En sådan indsats kan give de kommende vejledere kompetencer til at håndtere fremtidige digitale arbejdsopgaver og til at skabe gode relationer i digitale kontakter med borgere, hvilket vores fund viser, er afgørende for vejledningens succes.

Referencer

1. Danskernes sundhed: *Den Nationale Sundhedsprofil - midtvejsundersøgelsen 2023 - centrale udfordringer*. (2024). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/udgivelser/2024/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-midtvejsundersogelsen-2023-centrale-udfordringer> (tilgået d. 19/1, 2026).
2. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: *Kvalitetsstandarder*. (2024). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/udgivelser/2024/forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom-kvalitetsstandarder> (tilgået d. 19/1, 2026).
3. Nationalt Center for Overvægt. (u.å.). *Om overvægt og følgesygdomme*. Nationalt Center for Overvægt. <https://www.nco.dk/om-forskning/overordnede-forskningstemaer/sygdom-og-behandling/om-overvaegt-og-foelgesygdomme/> (tilgået d. 20/1, 2026).
4. *CASP-tjeklister*. (u.å.). <https://ouh.dk/forskning-og-innovation/innovation-og-sundhedsteknologi/evaluering-og-vurdering-af-medicinsk-teknologi-mtv/casp-tjeklister> (tilgået d. 17/1, 2026).
5. About Us Liva Healthcare. (u.å.). Liva Healthcare. <https://livahealthcare.com/about> (tilgået d. 17/1, 2026).
6. Brandt C. J., Clemensen J et al. Drivers for successful long-term lifestyle change, the role of e-health: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 2018;8(3):e017466.
7. Brandt C. J., Søgaard G. I et al. Determinants of Successful eHealth Coaching for Consumer Lifestyle Changes: Qualitative Interview Study Among Health Care Professionals. *Journal of Medical Internet Research*, 2018;20(7):e237.
8. Weishaupt E., Jent S et al. (2020). Online nutritional counselling on weight loss. Experiences of overweight and obese adults. *Ernahrungs Umschau*, 2020;67(6):108–114.
9. Lie S. S., Karlsen B et al. (2017). Dropout From an eHealth Intervention for Adults With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 2017;19(5):e187.

HVERT BARN ER UNIKT

- NUTRINI OG NUTRINIMAX MØDER PATIENTENS INDIVIDUELLE BEHOV



Alderstilpassede løsninger:

Nutrini: 1-6 år (8-20 kg)

NutriniMax: 7-12 år (21-45 kg)

Kan tilpasses individuelle behov via:

Energitæthed: Lav, standard eller høj

Proteintype: Intakt eller hydrolyseret

Fibre: Med eller uden

Skræddersyet ernæring - med fokus på god tolerance*

LÆS MERE HER



Nutrini og NutriMax er fødevarer til særlige medicinske formål til ernæringsmæssig håndtering af underernæring og skal anvendes i samråd med sundhedsfagligt personale.

*Kilder: 1. Trier E, et al. Effects of a multifibre supplemented paediatric enteral feed on gastrointestinal function. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999;28(5):595 (Abstract). 2. Grogan J, et al. (2006). Internal clinical evaluation of Nutrini Low Energy Multi Fibre and Nutrini Energy Multi Fibre in children on long-term enteral nutrition. Nutricia Advanced Medical Nutrition, Internal Data on File. 3. Vernon-Roberts A, et al. Trial of a micronutrient rich, high fibre, low energy density enteral feeding formula for gastrostomy feeding disabled children. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2010;50:E41-E42. 4. Dipasquale V, et al. Standard Polymeric Formula Tube Feeding in Neurologically Impaired Children: A Five-Year Retrospective Study. Nutrients. 2018;10(6):684. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu10060684>. 5. Data on file, 2017. Nutricia Ltd, UK. 6. Alexander DD et al. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2016; 7(2): 306-19. 7. Meyer R et al. BMC Gastroenterol. 2015; 15: 137. 8. Brun AC et al. "The effect of protein composition in liquid meals on gastric emptying rate in children with cerebral palsy." Clin Nutr 2012; 31:108-112.

Min diætistdag

En arbejdsdag som klinisk diætist og sundhedskonsulent



Af: Susanne Grøn, klinisk diætist i Forebyggelse, Slagelse Kommune

Kontakt: sugro@slagelse.dk

Siden 2010 har jeg arbejdet som klinisk diætist og sundhedskonsulent i afdelingen 'Forebyggelse' i Slagelse Kommune. Gennem årene har både arbejdspladsen og mine opgaver ændret sig markant, hvilket har gjort jobbet både spændende og udfordrende.

Mine opgaver

Min hverdag er alsidig og består blandt andet af:

- Patientrettet undervisning, primært inden for diabetes.
- Diætbehandling ved diabetes og hjerte-kar-sygdomme samt i mindre grad ernæringsterapi ved undervægt.
- Afklarende samtaler med borgere, fortrinsvis hvor der er behov for tolkebistand.
- Undervisning og individuel vejledning som rygestopkonsulent.

Jeg har en særlig interesse for borgere med anden etnisk og kulturel baggrund end dansk. Det er en gruppe med komplekse sundhedsudfordringer, som kræver målrettede indsats og stor kulturel forståelse.

Projekter og samarbejde

Aktuelt deltager jeg i en prøvehandling målrettet arabisktalende kvinder med type 2-diabetes. Forløbet afholdes i nærområdet og med gennemgående tolk. Undervisningen er tilpasset målgruppen og består af seks moduler à to timers varighed, og vi underviser på tværs af faggrupper: klinisk diætist, sygeplejerske og fysioterapeut. Undervisningen er baseret på visuelle redskaber for at understøtte forståelsen. Fx billedkort, videoer, flipover hvor tegninger laves under dialogen. Vi har erfaret, at seks moduler ikke er nok, når der skal være tid til spørgsmål og erfaringsudveksling, og alt skal tolkes.

Derudover arbejder jeg med opsporing af udsatte borgere i boligområder, som ikke selv opsøger vores tilbud. Dette er en del af samarbejdet med den Boligsociale Helhedsplan (BSHP), hvor vi skaber aktiviteter, der fremmer sundhed i lokalområderne.

En typisk arbejdsdag

Kl. 8.00: Jeg starter dagen med at skabe overblik over dagens opgaver. Jeg tjekker, om der er kommet afbud til undervisning eller vejledning og ringer til to borgere med diabetes og dyslipidæmi for at aftale tid til individuel vejledning.

Kl. 9.00: Jeg kører ud til et boligområde, hvor jeg skal undervise en gruppe arabisktalende kvinder med type 2-diabetes. Lokalet gøres klar, og jeg sørger for kaffe og te.

Kl. 10.00: Dagens emne er diabetes og hjerte-kar-sygdom, håndtering af Ramadanen og kobling til og opsamling på de tidligere moduler. Det er sidste mødegang i forløbet.

Kl. 12.15: Jeg kører tilbage til Sundhedshuset og spiser frokost med kolleger. Vi, der er i Sundhedshuset, forsøger at holde frokostpause mellem kl. 12.00 og 12.30.

Kl. 13.00: Jeg har en individuel samtale med en borger som har dyslipidæmi. Borgeren har i mange år kæmpet med forhøjet triglycerid, men nye blodprøver viser markante forbedringer (fald i totalcholesterol, LDL og triglycerid), og borgeren har tabt otte kg på to måneder ved at følge de kostanbefalinger der er givet i forløbet. Forløbet afsluttes, da borgeren føler sig i stand til at fortsætte på egen hånd med de nuværende tiltag.

Kl. 14.15: Jeg kører til rådhuset for at deltage i et møde.

Kl. 14.30: Resten af dagen er jeg til møde i faglig driftskordineringsgruppe 'Sammenhængskraft og Medborgerskab'. Her følger vi op på aktiviteter under BSHP, som Slagelse Kommune er ansvarlig for. Fokus er på, hvad der fungerer godt, hvilke udfordringer vi oplever, og om der er noget, vi med fordel kan gøre anderledes. Afdelingen 'Kultur og Fritid' deltager også i mødet.

Fremadrettet

Jeg ser frem til at fortsætte arbejdet med at udvikle sundhedstilbud, der når ud til alle borgere – uanset baggrund. For mig handler forebyggelse om at skabe lige muligheder for sundhed og livskvalitet.

Kalender

Konference om danskernes kostvaner

Tid: 24. februar 2026 kl. 13.00-16.00

Sted: DTU, Glassalen, Bygning 101A, Anker Engelunds Vej 1, Kgs. Lyngby

Tilmelding og program: food.dtu.dk/nyheder

Sfe temamøde: Danskernes kostvaner - Status og potentiale for ændringer

Tid: 26. februar 2026 kl. 16.00-18.00

Sted: Københavns Professionshøjskole, aud. B011

Tilmelding og program: sfe.dk/mderogtilmelding121/kommende-moeder211

Temamøder: Fra anbefaling til virkelighed - Enkle veje til velsmagende dysfagikost

Tid: d. 10/3, 11/3, 24/3, 25/3 og 8/4, 2026

Sted: I alle fem regioner

Tilmelding og program: kost.dk/events

DSKE årsmøde

Tid: 8. maj 2026

Sted: Hotel Marselis, Aarhus

Tilmelding og program: dske.dk/arrangementer.html

Hold dig også opdateret på www.kost.dk/events

Vis os din diætistdag

Vil du dele glimt fra din hverdag og sætte fokus på diætistfagets mange facetter til inspiration for kolleger samt unge, der står over for et uddannelsesvalg?

Konceptet 'Min diætistdag' udvides nu til FaKDs sociale medier. Derfor søger vi diætister, der vil bidrage med indblik i deres daglige arbejde – fx en konkret opgave, et fagligt fokus eller arbejde i et særligt miljø.

Kontakt kommunikationsansvarlig Sofie Bech på sb@diaetist.dk for mere information.

Bestyrelsen i FaKD

Formand

Mette Theil, mp@diaetist.dk og post@diaetist.dk

Næstformand og kommunikationsansvarlig

Sofie Bech, sb@diaetist.dk og kommunikation@diaetist.dk

Ansvarlig for NCP

Luise Persson Kopp, lk@diaetist.dk

Kasserer

Anne Kahr Lysdal, al@diaetist.dk

Øvrig bestyrelse

Christian Antoniusen, ca@diaetist.dk

Randi Tobberup, rt@diaetist.dk

Line Bak Josephsen, lb@diaetist.dk

Redaktion

Redaktør

Trine Klindt, tk@diaetist.dk

Redaktionsudvalg

Jette Thomsen Fabricius

Christian Antoniusen

Dorte Sunke Knudsen

Anne Marie Beck

Anne W. Ravn

Diætisten i 2026

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

Diætistens udgivelser i 2026:

nr. 200: 17. april - Jubilæumsblad

nr. 201: 19. juni

nr. 202: 28. august

nr. 203: 23. oktober

nr. 204: 11. december

Deadline for tilsendelse af materiale er syv uger før udgivelsen - og efter aftale med redaktøren.

Nyt navn!

- samme indhold



Isosource® Mix bliver til Compleat® Mix

Samme nøje udvalgte råvarer som altid

Fra februar 2026 vil brandet Isosource® Mix blive omdøbt til Compleat® Mix. Compleat® er Nestlé Health Sciences globale brand inden for medicinsk ernæring med ingredienser fra velkendte råvarer*. Denne ændring vil gøre det lettere at skelne mellem Mix-produkterne og resten af sortimentet inden for Isosource® standard sondeernæring.

Isosource® og Compleat® er fødevarer til særlige medicinske formål. De er beregnet til ernæringsmæssig håndtering af patienter med sygdomsrelateret underernæring eller i ernæringsmæssig risiko. Anvendes under lægelig overvågning. *Rehydreret kyllingekød og rehydrerede grøntsager, ferskenmos og appelsinjuice fra koncentrat samt olier (raps, solsikke, fisk).

For sundhedsfagligt personale

Nestlé
HealthScience

Nestlé Health Science,
Kay Fiskers Plads 10, DK-2300 København S
www.nestlehealthscience.dk