

DIÆTISTEN

FaKDs fag- og forskningsblad

Jubilæumsblad
nr. 200



8 • April 94 • 2. årg.
Fedt nok – nok en gang om fedt
Fagets retningslinjer – 3



10 • August 94 • 2. årg.



100 • April 2026 • 33. årg.



2036
2047
2061
Fokus
Fremtidens diætist
Læs også om
• Kommende ernæringsindsats
• Individuelle kostplaner
• Ernæringsrådgivning



2036
2047
2061
Fokus
Tarmsygdomme
Læs også om:
• FaKD på ESPEN kongressen
• ESPENS konferencer
• FaKD nyt



9 • Juni 94 • 2. årg.



172 • September 2021 • 29. årg.

DIÆTISTEN
Fokus
Faglige anbefalinger

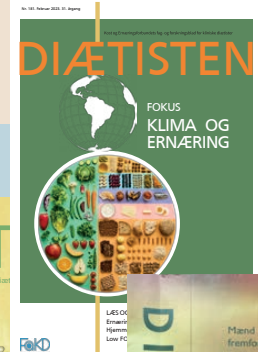
Læs også om:
Ernæring og dysfagi under indlæggelse
Hvordan opleves de nye kostråd?
Ernæringsugen uge 44



172 • September 2021 • 29. årg.
Fokus
PSYKIATRI
Læs også om
• Træsektoriel ernæringsindsats
• Bælgfrugter og LDL-kolesterol
• FaKD specialkursus 1



172 • September 2021 • 29. årg.
Temperaturer hos børn
Bolette Søgaard og søster
Lene Søgaard Nielsen



191 • November 2023 • 31. årg.
Fokus
KLIMA OG
ERNÆRING



191 • November 2023 • 31. årg.
Mænd vil være effektive fremfor...
Fokus på ældre ernæringsrisiko
Har alle danskere brug for kosttilskud?



2036
2047
2061
Tema: Vægttab
Diætbehandling i klinisk kontrollerede
medicinske afprøvelser på IHE
Vægten er ikke forsket – den
afspejler blot vanen
Erfaringer med vægttab



2036
2047
2061
Fokus
Ældre

2036
2047
2061
Fokus
Ældre
I et tidligt minde... FaKD er partner
Diætbehandling er også et spørgsmål om sundhed
I praktisk vejledning til ernæring ved kroniske sygdomme



7 • Februar 94 • 2. årg.



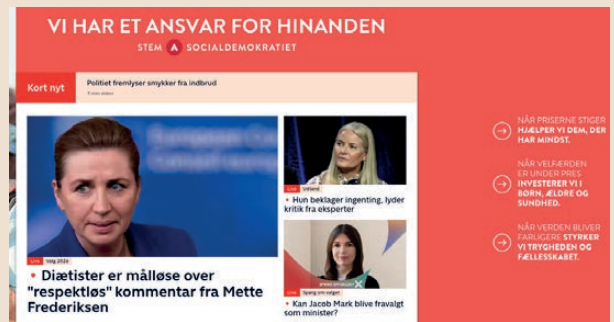
176 • Marts 2022 • 28. årg.
Fokus
UDDANNELSE

Læs også om:
Forelæser oplævelse af at lære deres børn madlavningskompetencer
Den nye journalafregningskøber
The power of PEI



Af Mette Theil

Så kom vi i rampelyset!



Man siger, at al omtale er bedre end ingen – men denne her ramte alligevel hårdt.

Lige op til folketingsvalget, blev TV2-udsendelsen 'Højskolerne, timeglasset' vist, og her faldt en bemærkning, jeg blev meget stødt over.

De fleste af jer har hørt den, men jeg gentager alligevel Mette Frederiksens kommentar: "Altså, jeg vil også langt hellere have, at der kommer penge ud til plejehjemmet til pleje og omsorg end til, at der skal lægges madplaner, eller der skal være diætister."

Den slags udsagn bliver vi naturligvis nødt til at reagere på. Som siddende statsminister taler man ikke nogle velfærdsprofessioner ned. Og man kommer meget langt væk fra solide, langsigtede løsninger, hvis man ikke anerkender betydningen af optimeret ernæring og styrket tværfaglighed. Selvom mange af os blev både målløse og trådt på, skete der også noget andet: Der bredte sig en steppebrand af den stærke diætistånd. Sammenhold og stolthed.

Hold op, det er rørende at mærke! Jeres likes, kommentarer, opslag, mails og sms'er vidner om et fællesskab, der står vagt om vores faglighed.

Og her sidder jeg med dette nummer 200 af Diætisten. Vi har bladret gamle numre igennem, og her står kampene, vi har taget, sort på hvidt. Mange af dem er stadig ikke i mål – men vi når dem kun, hvis vi står tæt sammen. Det gør vi, men vi kan blive endnu stærkere. Så tag gerne fat i din diætistkollega, der ikke er medlem. Vi har både ånden og et stærkere ståsted nu, hvor vi er et stærkt fagligt selskab i Kost og Ernæringsforbundet.

Vi arbejder fortsat for at få en undskyldning fra Mette Frederiksen – eller endnu bedre: At hun kommer ud og oplever jeres virke. For når en statsminister opstiller en falsk modsætning mellem omsorg og diætister, rammer det ikke kun os - det underminerer kvaliteten i hele ældreplejen og i primærsektoren.

At nedgøre en autoriseret faggruppe, som både Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og førende forskere anbefaler i vejledninger og guidelines er uansvarligt og forkert.

Selvom opmærksomheden gav os en mavepuster, pustede den også til vores ild - og den ild skal vi bruge.

Tak for jeres enorme opbakning!

Udgiver

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

Nr. 201 udkommer 19. juni 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 Kinkeløkke 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.

Indhold

Jubilæumsblad nr. 200

4

Artikler

Evaluering af ernæringsvejledning i kommunal kræftrehabilitering	6
Vægtændringer, underernæring og sarkopeni hos ældre med overvægt på plejehjem	12
Bæredygtig ernæringsbehandling er mere end det gode, økologiske hospitalsmåltid	16

Fokus: Ernæring ved neurologiske sygdomme

Når hjernen påvirker lugt og smag: Ernæring ved neurologiske sygdomme	19
Diætistens rolle i den højt specialiserede neurorehabilitering	22
Mere end mad: Ernæring som nøgle til rehabilitering efter hjerneskade	25
Ernæringens rolle i forebyggelsen af demens hos ældre	28
Styrket fokus på øvre dysfagi i primærsektoren: Et kommunalt udviklingsinitiativ	32
Kost med modificeret konsistens til personer med dysfagi	34
Dysfagi i kommunen: Diætistens rolle i opsporing og tværfagligt samarbejde	38

Diætister der forsker

40

Min diætistdag

42

Kalender

43

Jubilæumsblad

...ve Hospital har landsdelsbank...
...Vi lægger stor vægt på...
...fordi det er et arbejdsområde...
...for kliniske diætister?

Parenteral ernæring er det et arbejdsområde for kliniske diætister?

Professionsbachelor i ernæring

Magdalene Lauritzen

...en første uddannelsesprimært...
...et var at undervise primært...
...kost og dens næringsindhold.

Nr. 62

Behandling i grupper

Den individuelle vægtskontrol...
...Spis mere brød

...komme fra FDB for at få...
...spise mere brød

...kost og dens næringsindhold.

Mad og drikketil personer

Dysfagi - her defineret...

...interesse for...

Redaktør Trine Klindt

...mange mennesker et brød til frokost med...
...og det er så det. Vi...
...halvt så meget rugbrød...
...i 1955 til 1990 steget...
...i 5 kg pr år. (+70%).

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

Jeg har læst Diætistens siden 2010, været med i redaktionen fra 2016 og haft redaktørkasketten siden 2021. Nu sidder jeg med blad nr. 200, som også er 'mit sidste blad' som redaktør - og jeg glæder mig allerede til at læse blad nummer 300, 400 og 500 - måske i et andet format og med et helt nyt hold bag - men stadig med fokus på alle mulige og umulige vinkler på ernæring og betydningen af ernæringsindsatser især i relation til forebyggelse og behandling af sygdom. For én ting er sikkert - ernæring bliver aldrig uinteressant eller ligegyldigt!

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...interesse for...

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

...kost og dens næringsindhold.

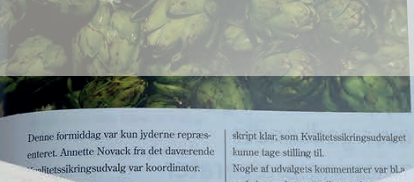
...kost og dens næringsindhold.

nr. 200

Rammeplan i fritiden

Nr. 64 - 2003

En solrig forårsdag for to år siden mødtes tre kliniske diætister for at starte redigeringen af rammeplan for behandling af adipositas.



Bevares, hvis alle overvægtige bare lige indtog lidt færre kalorier og/eller øgede deres aktivitetsniveau, så var det ved piece of cake! Den bemærkning kender vi alle. Med andre ord: Vi, patienten og mange andre, ved udmærket, hvad der skal til for vores patienter til at blive raske og velværede, men virkeligheden vender sig bare ikke så lige til.

Alt dette hindrer ikke, at der diætologisk set er en masse gode idéer til at ændre på den daglige kost, som der i dag synes stort set konsensus omkring, når det gælder sammensætningen af maden. Vi kan finde en masse gode idéer til at ændre på den daglige kost.

Af Fødevarerminister Mariann Fischer Boel (V)

ikke med modificeret konsistens med dysfagi

som problemer med at spise og tygning, der ofte giver store vanskeligheder og den nære familie kan være en stor fordel, og mulighed for, at patienterne kan få noget via munden fra spisning og resten af dagen. Ved hjælp af kosttilskud kan ernæring med den orale ernæring blive et alternativ.



Edith & Viggo er underernærede?

Underernæring kan drikkes væk
NUTRICIA
Leaders in scientific nutrition

sekretariatet

Nr. 66 - 2003

Har sukker betydning for sundheden?

Sukker forsøder tilværelsen. Men mange børn får meget mere sukker end anbefalingen på maksimalt 10 energi-procent. Derfor tilråder Ernæringsrådet i en ny rapport, at indtaget af tilsat sukker begrænses.

Væk med hvalpefedtet, trin-for-trin



Ren besked

11 foreninger støtter vores autorisation

Af Charlotte Hartvig, formand

Ansvarshavende redaktør Mette Theil

Da jeg som nyuddannet diætist meldte mig ind i FaKD, var det især for at få Diætisten - med de gode praksisnære artikler. Fagbladet gav mig en stærk følelse af den nye fagidentitet samt at høre til i et klogt fællesskab. Jeg var stolt, når det lå fremme blandt Ingeniøren, Arkitekten og Ugeskrift for Læger på kollegiet.

Jeg håber, bladet også i fremtiden kan give unge en fagidentitet, de kan spejle sig i. Særligt nu, hvor AI fylder mere og mere, og vi er fyldt med filtre. De har brug for et sted, der er og viser det ægte "diætisme" frem. Fagbladet udfolder vores faglighed, forskning, stemmer og personligheder og viser, at det menneskelige møde i en ernæringsrelateret kontekst og den ægte dygtige diætist fortsat er vores største styrke.

Tidligere redaktionsmedlem Tove Kvist
Jeg synes, Diætisten skal være et tilgængeligt sted, med viden, som man kan læse uden at bruge alt for meget tid på at være kritisk. Der er god viden at finde i vores blad, og jeg fik selv rigtig meget ud af at være med til at lave bladet - både fagligt og kollegialt. I 90'erne, da jeg var med på holdet, kopierede og klippede vi en del og prøvede at få det til at se professionelt ud - men det var altså nogle gange som et klubblad :-)
Vi gjorde det så godt vi kunne, og havde gode ideer samt lyst til, at det skulle blive bedre. Efterhånden fik vi så en trykker til at lave det, og det blev faktisk et rigtig godt læseligt blad.

Spiseforstyrrelser og overspisning er noget helt nyt. Hvad er det, vi føler, når vi trøstespisser?



Ikke et ord om mad ...

Af Anne W. Ravn, klinisk diætist ansat i Vejle Amts sundhedsfremmeafdeling
Til afdelingen hører også Hjertesekretariatet med 4 ansatte.
Fantasi og forvoehed
Handlingsgruppen er i høj grad medlem af Sundhedsudvalget i 1990'erne, som indgav en rapport om indgangsvinkel er nye, er metoder, afpasse tid, mængder og indhold af mad i relation til projektet Fantasi, forvoehed og forvoehed er fransifin.
Jeg er primært ansat som koordinatør i Hjertesekretariatet og formål i højere grad mere systematisk og formaliseret at integrere forvoehed og formaliseret at integrere forvoehed i projekter med 95 sygehuspatienter.
Forebyggelse får mere fokus

Nr. 62 - 2003

Alt om kost - smag for livet startede den 2. januar 2002. Siden har mere end 100 pædagoger, lærere, sundhedsfagligt personale herunder sundhedsplejersker og sygeplejersker samt forældre kontakttet Fødevarerministeriets rådgivningscenter om mad til børn i institutioner og kan rine på.

ledere forældre og lærer i sund kost til børn, samt at få diskuteret hvilke sunde frokoststiltid, skolens bød kunne sælge. Fødevarerministeriets rejsehold besøger også i den kommende tid en gruppe sundhedsplejersker. En kommune har valgt mad- og måltidsordninger på institutionsområdet som deres indsatsområde, og sundhedsplejerskerne har derfor ønsket,

Slankeguiden bygger på videnskabelige undersøgelser - derfor ved vi, at det er vigtigt at være opmærksom på taller-

Evaluering af ernæringsvejledning i kommunal kræftrehabilitering

Af: Vibeke Sode klinisk diætist, cand. scient. klinisk ernæring; Stine Kjær, klinisk diætist; Emma Mejlvang, klinisk diætist; Sine Rossen, specialkonsulent, Center for Kræft og Sundhed København

Kontakt: A43N@kk.dk

Kommunal rehabilitering er forankret i det danske sundhedsvæsen, men hvordan kan man undersøge kvaliteten? Vi mangler generel viden om hvilke indikatorer, der er brugbare til at evaluere effekten af tilbudte indsatser, når borgere rammes af omfattende og måske progredierende funktionstab. Enkle indikatorer kan sjældent rumme den store variation og kompleksitet af fysiske og mentale udfordringer, sociale vilkår og netværk. Ved komplekse udfordringer er det nødvendigt at medtænke de individuelle variationer, der kan være afgørende for behovet for tilpassede konkrete indsatser, og som kan være forudsætning for målbar effekt af rehabilitering (1).

Som diætister arbejder vi ofte som en mindre faggruppe i større fagfællesskaber med stor variation i patientgrupper, arbejdsvilkår og praksis. Det kan være vanskeligt at evaluere og synliggøre det monofaglige arbejde i tværfaglige rehabiliteringsforløb, og det er ikke altid enkelt at overføre erfaringer fra diætetisk praksis mellem de forskellige kommunale tilbud.

Det er nødvendigt, at man som faggruppe øver sig i at forholde sig systematisk og kritisk til kvaliteten af sit monofaglige arbejde, så man vedvarende kan øge kvaliteten samt synliggøre og konsolidere de tilbudte indsatser ved rehabilitering.

Center for kræft og sundhed (CKSK)

Københavns Kommune tilbyder rehabilitering til alle københavnere diagnosticeret med kræft, som er henvist af behandlende kræftafdeling eller praktiserende læge. De fleste borgere henvises i starten af deres kræftforløb og følges under deres behandling. En mindre andel henvises på baggrund af senfølger eller i den sene palliativ fase. De fleste forløb foregår

ved fysisk fremmøde suppleret med opfølgninger per telefon eller video. Der er kun i sjældne tilfælde mulighed for hjemmebesøg.

Alle henviste borgere tildeles en kontaktperson, der fungerer som tovholder og sparringspartner for borgerne i deres forløb. Kontaktpersonen har en sundhedsfaglig baggrund som fysioterapeut, sygeplejerske, ergoterapeut eller diætist. Alle forløb indledes med en afklarende samtale med borger og eventuelle pårørende, hvor der blandt andet, med afsæt i Patient Rapporterede Oplysninger (PRO), lægges en plan for forløbet og borgeren tildeles relevante indsatser. Afhængigt af behov og forløbslængde tilbydes der en eller flere opfølgende samtaler undervejs.

Alle borgere spørges til ernæringsstatus som en del af PRO med spørgsmålene:

- *Har din kræftsygdom medført, at du spiser og drikker anderledes end du plejer? Hvis ja, hvordan?*
- *Har din vægt ændret sig i forbindelse med din kræftsygdom?*
- *Oplysning om aktuel højde/vægt samt vægtudvikling*

Ifølge centrets retningslinjer skal kontaktpersonen tilbyde borgeren samtale med en diætist ved oplysning om klinisk relevant vægttab, vedvarende insufficient kostindtag og/eller væsentlige udfordringer i forhold til synkefunktion og/eller fordøjelse (2). Udover individuel vejledning indgår kost og ernæring i flere tværfaglige patientundervisningstilbud, herunder praktisk madlavning og gruppebaseret undervisning.

Evaluering af diætetiske indsatser

Vi har tidligere i 2014 og 2018 indsamlet data for at belyse vores arbejde med antal af vejlede borgere fordelt i forhold til patientgrupper, ernæringsdiagnoser og ernæringsbegrænsende faktorer (3,4).

I efteråret 2024 stod vi i en situation med gamle data i en ny struktur med en næsten fordobling af antallet af henviste borgere til centret siden 2018, ny ledelsesgruppe og nye kollegaer. Samtidig havde Region Hovedstaden optimeret deres diætetiske tilbud, og vi så ind i en kommende sundhedsreform, der med stor sandsynlighed kommer til at påvirke os alle. Vi mente på den baggrund, at det var tid til at undersøge vores praksis.

Derfor planlagde vi i diætistgruppen i CKSK at undersøge indholdet af og borgernes oplevede kvalitet af individuelle patientvejledninger som del af den kommunale kræftrehabilitering - med en prospektiv registrering af alle samtaler i foråret 2025.

- Hvilke patientkategorier tilbydes vejledning ved diætist?
- Hvilke ernæringsdiagnoser møder borgerne med?
- Hvilket udbytte oplever borgerne, at de får af vejledningen?

Beskrivelse af dataindsamlingen:

Data blev indsamlet i perioden januar-juli 2025 for borgere, der mødte til vejledning ved diætist. Kræftdiagnose, ernæringsdiagnoser, komorbiditet, eventuelle ernæringsbegrænsende faktorer samt mål for vejledning blev registreret.

Alle borgere blev ved den sidste planlagte samtale med diætist spurgt, om de ville deltage i et telefoninterview cirka en måned efter afsluttet diætetisk forløb. Ved interviewet blev der spurgt til oplevet vigtighed og udbytte rangeret på en skala suppleret med et åbent spørgsmål om brugeroplevelse. Formuleringen af spørgsmålene er inspireret af de brugerundersøgelser, som foretages løbende af Københavns Kommune for hele centrets tværfaglige rehabiliteringsindsats.

1. *"I hvilken grad fik du vejledning fra diætisten til det, der var vigtigt for dig?"*
2. *"I hvilken grad kunne du bruge den viden, du fik i samtalen/samtalerne med diætisten i din hverdag?"*
3. *"I aftalte, at du ville.....hvordan går det med det? Er aftalen stadig relevant for dig?"*

Tabel 1. Kræftdiagnose og antal afsluttede rehabiliteringsforløb i CKSK i 2025.

Diagnosegruppering	Antal afsluttede rehabiliteringsforløb	Andel i diagnosegruppen med mindst én diætetisk vejledning
Bryst	323	25%
Fordøjelsesorganer	197	40%
Luftveje og respirationsorganer	139	19%
Mandlige kønsorganer	95	19%
Lymfatisk væv	76	17%
Hoved og hals	64	23%
Kvindelige kønsorganer	61	41%
Urinveje	31	32%
Andet	152	21%
I alt	1138	26%

Diagnoser er inddelt i forhold til den Internationale Sygdomsklassifikation (ICD-10).

Vi så også på data for centrets afsluttede patientforløb i 2025, med henblik på at opgøre hvor stor en andel inden for hver kræftdiagnosegruppe, der blev vejledt af en diætist som en del af deres rehabiliteringsforløb.

Afsluttede borgere i 2025

I 2025 blev 26 % af alle afsluttede borgere (n=375) vejledt af diætist som del af deres rehabiliteringsforløb (Tabel 1). Den procentvise andel i forhold til kræftdiagnose er nogenlunde uforandret i forhold til tidligere opgørelser fraset antallet af borgere med kræft i hals og mundhule, som er reduceret væsentligt (2018:50 %; 2025:23 %) (3,4).

Patientkarakteristika

I perioden januar-juli 2025 mødte 194 borgere til individuel diætvejledning. Køns- og aldersfordeling er i nogenlunde overensstemmelse med den generelle fordeling for centrets brugere med en overvægt af kvinder på knap 70 % og over halvdelen var > 60 år. Hos 40 % var der registreret minimum én ernæringsrelevant komorbiditet, hyppigst hjertesygdom og diabetes. 17 % havde beskrevet multisygdom med minimum tre samtidige diagnoser. Der var kun ganske få borgere, der blev ernæret med sonde og/eller parenteral ernæring.

Ernæringsdiagnoser

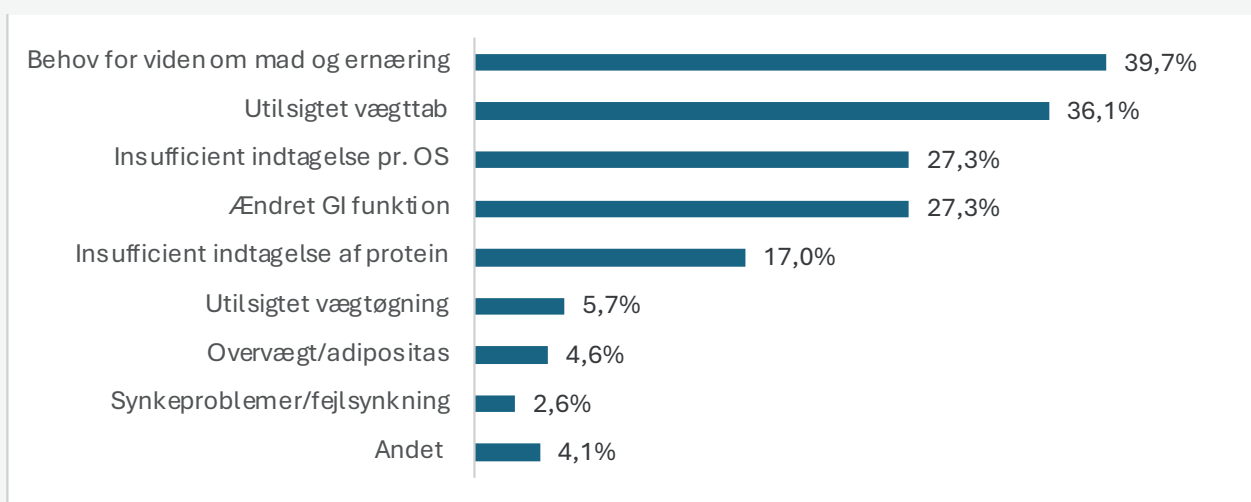
Borgere, der deltager i kommunal kræftrehabilitering, møder med en bred vifte af ernæringsdiagnoser afhængigt af lokalisation og progression af kræftsygdom, komorbiditet og øvrige vilkår.

Utilsigtet vægttab samt insufficient kostindtag er hyppigt forekommende ved alle kræftsygdomme afhængigt af behandling og sygdomsprogression. Fordele ved stabilisering af vægt og bevarelse af muskelmasse under kræftbehandling er velbeskrevet og derfor har de diætetiske indsatser målrettet utilstigtet vægttab altid været højt prioriteret i CKSK (5).

De to hyppigst registrerede ernæringsdiagnoser var "behov for viden om mad og ernæring" og "utilstigtet vægttab" (Figur 1). Halvdelen af alle borgere havde kun en enkelt ernæringsdiagnose.

Ved ernæringsrisiko var appetitløshed, træthed, smagsforandringer, tidlig mæthed og kvalme de hyppigst forekommende ernæringsbegrænsende faktorer.

Omtrent en tredjedel af alle borgere blev bl.a. henvist mhp. vejledning i sunde kostvaner, forebyggelse af vægtøgning, samt sufficient indtag af protein og havde ingen rapporterede ernæringsbegrænsende faktorer.



Figur 1. Procentfordeling af ernæringsdiagnoser for 194 borgere fremmødt til individuel diætvejledning i perioden januar-juli 2025. Hver borger kan have flere samtidige ernæringsdiagnoser.

Der er øget viden og opmærksomhed om sammenhængen mellem vægtøgning og sundhedsvaner og risiko for recidiv ved flere kræftformer, især brystkræft (6,7). 20 % af borgere mødte udelukkende med ernæringsproblemet "Behov for viden om mad og ernæring" uden samtidige eller med få ernæringsbegrænsende faktorer. De primære temaer for vejledningen var sundhedsfremme med henblik på alment sunde kostvaner, forebyggelse af vægtøgning, komorbiditet og angst for recidiv.

Ændret GI-funktion er hyppigt forekommende hos patienter med kræft i fordøjelseskanaalen og hos kvinder med kræft i underlivet ofte på grund af mekaniske forandringer efter operation og/eller strålebehandling. Mange af de mere komplekse problemstillinger ved kræft i fordøjelseskanaalen varetages nu i langt højere grad end tidligere af diætisterne i Region Hovedstaden

Borgernes udbytte af vejledning

Vi måtte desværre afbryde evalueringen med telefonopkald til borgerne før tid pga. langvarig sygemelding i diætistgruppen. Derudover kunne vi af forskellige årsager ikke få kontakt til 60 borgere. Vi endte med at kontakte 79 (41 %) ud af 194 borgere.

68 % af respondenterne beskrev "høj" og "i meget høj grad" tilfredshed til alle spørgsmål med ny brugbar viden, mindsket usikkerhed med konkrete og nuancerede råd og høj grad af overførbare til hverdagen .

14 % svarede, at de "i nogen grad" fik hjælp til det, der var vigtigt, og at de "i nogen grad" kunne anvende rådgivning

i hverdagen. Ud fra de noterede udsagn kunne vi se, at fire borgere havde stor viden i forvejen, to borgere savnede en mere konkret plan for hhv. støtte til vægttab og ernæring ved styrketræning, andre to savnede flere alternativer til animalske proteinkilder. Én fik ikke lindring af kroniske GI-gener, og én havde i udgangspunktet slet ikke behov for vejledning.

14 % svarede "ved ikke", "i ringe grad" eller "slet ikke" til evalueringsspørgsmålene. To af disse respondenter oplevede vejledning for generisk; to havde ikke behov for vejledning; en kunne ikke huske samtalen; og en oplevede uændrede GI-gener og er efterfølgende henvist til senfølgeklinik.

Se desuden eksempler på borgerens svar til et åbent spørgsmål om oplevelsen af diætisbehandling i Figur 2.

Evaluering og kvalitetsforbedring: Tilbyd altid opfølgning!

Vores resultater gav os anledning til en kritisk evaluering og fokus på et kvalitetsløft af både vores fællesfaglige arbejde som kontaktpersoner og af vores monofaglige diætiske praksis. Som en del af dette gennemførte vi i starten af 2026 en fællesfaglig undervisning, hvor vi delte vores resultater med ledelsen og de af vores kollegaer, der fungerer som kontaktpersoner.

Overordnet viser data, at der er sket en lille forandring i tildeling af vejledning ved diætist med en lidt mindre vægtning af utilsigtet vægttab og en højere andel, hvor vejledning er målrettet sunde kostvaner. Vi kunne også se, at ikke alle borgere havde fået afstemt deres forventning til vejledningen ved tildeling af indsatsen.

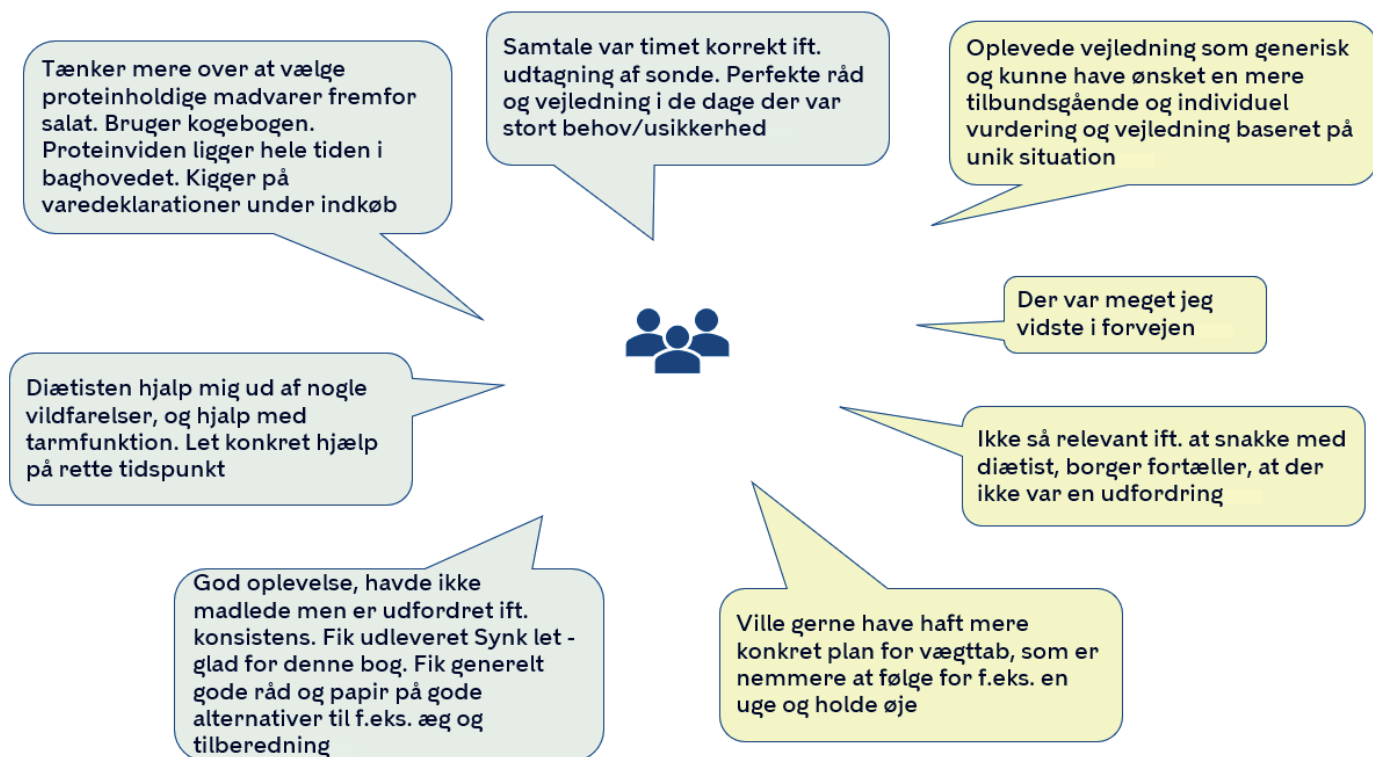
På den baggrund aftalte vi, at der fremadrettet bør rettes fornyet opmærksomhed på de borgere, der henvises til CKSK, men som er for afkræftede, eller som ikke ønsker at møde ind til indledende samtale, og som måske derfor ikke får tilbud om eksempelvis diætisk vejledning trods behov. Dette kan dreje sig om ældre, alment svækkede borgere, patienter med multisygdom eller andre borgere med flere konkurrerende udfordringer. Vi skal som kontaktpersoner sikre systematisk afgrænset behovsafdækning ved de første telefoniske kontakter uden PRO - også selvom borgere ikke magter at deltage i et fuldt rehabiliteringsprogram. Ved tildeling af indsatser skal der altid sikres forventningsafstemning.

Helt overordnet blev de enkelte borgerudsagn anvendt til gode faglige snakke og sparring i diætistgruppen. Vi er blevet opmærksomme på altid at tilbyde minimum en opfølgende vejledning pr. telefon, så vi sikrer, at borgeren har forstået og kan gøre brug af vejledningen. Endelig anvender vi i højere

Diætistens refleksion:

"Det, jeg særligt tager med videre, er, at jeg efter vores evaluering nu konsekvent spørger ind til, om borgerne har fået det med fra samtalen, som de ønskede, og om planen er realistisk/overførbare til deres hverdag, eller om de har behov for noget andet. f.eks. en mere konkret plan". (Diætist)

"Jeg synes, at jeg efter min tid på hospital og mit skift hertil er blevet mere opmærksom på det hele menneske. Herunder vigtigheden af at spørge nysgerrigt ind til borgernes udfordringer og deres behov ift ernæring, og hvordan vi i fællesskab kommer i mål / når målet". (Diætist)



Figur 2. Eksempler på svar der blev givet til det åbne spørgsmål omkring oplevelse af diætvejledningen CKSK.

grad end før kostberegninger i VITAKOST og tilbyder vejledende kostplaner, som borgerne kan støtte sig til i hjemmet ved behov. Vi har desuden planlagt en monofaglig temadag, hvor vi blandt andet vil drøfte kvaliteten af vores indsatser.

Perspektivering

Det kan føles grænseoverskridende og sårbart at forholde sig til sin egen faglighed. Når vi undersøger data, kan vi korrigere "det vi plejer at gøre" og validere forestillinger og narrativer. Og når vi spørger borgerne om deres udbytte af vores indsats, så kan vi få øje på vores blinde pletter i vores

vejledninger og bruge disse som udgangspunkt for gensidig faglig sparring og derigennem øge kvaliteten af praksis.

Hvis vi ikke har data, hvor vi kan dokumentere betydningen af vores arbejde, så risikerer vi, at vores indsatser ikke prioriteres i kommende reformer. Det er derfor vores håb, at vi ved at dele resultaterne fra vores lokale projekt kan inspirere kollegaer i andre sammenhænge til at undersøge egen praksis og formidle deres resultater. Måske vi i fællesskab kan finde effektmål og indikatorer, der opleves som meningsfulde for borgere og patienter, og som kan medvirke til at konsolidere vores praksis.

Referencer

1. Maribo T, Thuesen J, Nielsen CV, et al. Human functioning - Funktionsevne som fælles pejlemærke og indikator. Rehabiliteringsforum Danmark. 2022.
2. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder. Sundhedsstyrelsen. 2024.
3. Sode V. Diætetiske indsatser i kommunal kræftrehabilitering. Diætisten. 2016;141:8-10.
4. Sode V, Møller B, Vibe-Petersen J. Ernæring - et tværfagligt indsatsområde. Diætisten. 2022;175:24-27.
5. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36:11-48.
6. Castro-Espin C, Bonet C, Crous-Bou M, et al. Dietary patterns related to biological mechanisms and survival after breast cancer diagnosis: results from a cohort study. Br J Cancer. 2023;128:1301-1310.
7. Bonet C, Crous-Bou M, Tsilidis KK, et al. The association between body fatness and mortality among breast cancer survivors: results from a prospective cohort study. Eur J Epidemiol. 2023;38:545-557.



Smagen først med Fresubin Startpakke



Fresubin Startpakke indeholder otte smagsvarianter:

Abrikos-Fersken

Cappuccino

Chokolade

Jordbær

Lemon

Neutral

Skovbær

Vanille

Vægtændringer, underernæring og sarkopeni hos ældre med overvægt på plejehjem

Underernæring er lige så udbredt blandt ældre med overvægt og svær overvægt som blandt ældre med normal- og undervægt. Ældre med overvægt og svær overvægt har ofte også uplanlagte vægtændringer - ikke vægttab, men især vægtøgning. I dag overser vi dem med overvægt og vægtøgning, fordi underernæring traditionelt forbindes med lav vægt og vægttab.

Af: Tenna Christoffersen, ph.d., cand.scient. i human ernæring og lektor ved Center for Sundhed på Professionshøjskolen Absalon.

Kontakt: tch@pha.dk

Baggrund

Underernæring har de seneste år fået et større fokus på plejehjem, hvor det formodes, at op imod 45 % af de ældre er underernærede (1). For at opspore og forebygge underernæring i Danmark anbefales det, at ældre på plejehjem tilbydes månedlig vejning (2). Underernæring kan skyldes aldersrelaterede forandringer i appetit og optag af næringsstoffer.

Fakta om underernæring

Underernæring er en tilstand, hvor kroppens behov for næringsstoffer ikke dækkes, enten fordi indtaget af mad og drikke er utilstrækkeligt, eller fordi kroppen ikke optager nok næringsstoffer (2). Dette medfører ofte et uplanlagt vægttab, undervægt og et tab af muskelmasse, som har betydning for den fysiske og mentale funktionsevne. Underernæring kan dog også være relateret til overvægt, især når overvægten er kombineret med alder og inflammatoriske sygdomme (3,4).

Undervægt er i denne artikel defineret som et BMI < 18,5 kg/m² i overensstemmelse med World Health Organization (WHO)s definition (5).

Sammen med tilstedeværelsen af inflammatoriske tilstande såsom sygdomme accelerer det et tab af muskelmasse (3).

Akut sygdom, nedsat appetit, lav kropsvægt og uplanlagt vægttab er risikofaktorer for underernæring (2). Men hos ældre med overvægt er underernæring ikke nødvendigvis forbundet med vægttab eller nedsat appetit, selvom der kan være et overlap imellem tilstandene.

Der er en udbredt opfattelse, at det kan være gavnligt at have noget at stå imod med, hvis man som ældre bliver syg, og derfor anses vægtøgninger ofte for positive. Dog ved man også, at overvægt og svær overvægt generelt er relateret til livsstilsrelaterede sygdomme, fx hjertekarsygdomme og diabetes. Aldring kombineret med overvægt eller svær overvægt kan udgøre en dobbelt belastning for helbredet. Overvægt kan medføre deponering og infiltration af fedt i muskler og organer, hvilket kan forstærke den kroniske inflammation. Inflammation medfører nedbrydningen af muskelmasse, som i sidste ende kan føre til sarkopeni. Således kan overvægten bevirke, at muskelmassen reduceres, og det fører på sigt til en nedgang i funktionsevne og livskvalitet (6).

Formålet med denne artikel er at beskrive vægtklasser, vægtændringer og forekomsten af ernæringsrisiko, underernæring og sarkopeni hos ældre på plejehjem.

Metode

Artiklen er baseret på resultaterne fra projektet "Indsatser med fokus på ernæring og bevægelse for overvægtige, ældre plejecenterbeboere" (IFEBO), som blev gennemført på seks plejehjem i Region Sjælland i 2022-2025. Projektet omfattede en tværsnitsundersøgelse, hvor der er indsamlet data om deltagernes alder, køn, kropssammensætning,

ændringer i vægt, sygdomme, muskelstyrke og ernæringsrisiko samt forekomsten af underernæring og sarkopeni (7).

Alle plejehjemsbeboere blev inviteret til at deltage i projektet. Inklusionskriterierne var, at beboerne var myndige, og gav informeret samtykke. Ældre med dårligt helbred eller kognitive funktionsnedsættelser blev ekskluderet af ledelsen.

BMI blev kategoriseret som undervægt (<18,5 kg/m²), normalvægt (18,5–24,9 kg/m²), overvægt (25,0–29,9 kg/m²) og svær overvægt (≥30 kg/m²) (5).

Månedlige vægtændringer registreret af plejepersonalet i journalerne blev anvendt til vurdering af ernæringsrisiko og uplanlagte vægtændringer. Hvorvidt den enkelte ældre forventedes at vedligeholde vægten, tage på eller tabe sig var angivet i journalerne.

Til opsporing af ernæringsrisiko indsamledes data på uplanlagt vægttab på ≥ 1 kg eller flere på hinanden følgende vægttab, der samlet oversteg ét kg inden for de seneste seks måneder (2). Planlagte vægtændringer er ikke medregnet i de samlede uplanlagte vægtændringer. Ernæringsrisiko blev vurderet efter Ernæringsvurderingsskemaet (EVS), som giver en score fra 0–2 baseret på habituel kostindtag, uplanlagt vægttab ≥ 1 kg og ernæringsmæssige risikofaktorer, inkl. behov for hjælp til at spise, tygge- eller synkebesvær, akut sygdom og/eller akut forværring af kronisk sygdom (2).

Underernæring blev vurderet i henhold til Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)-kriterierne. Vurderingen kræver mindst ét fænotypisk kriterium og ét ætiologisk kriterium. De fænotypiske kriterier omfatter uplanlagt vægttab, lavt BMI og lav muskelmasse (8). Muskelmasse blev vurderet ud fra data på lægomkreds. Lægomkredsen blev BMI-justeret for deltagere med BMI < 18 eller > 24,9. Underernæring blev bekræftet som lægomkreds < 31 cm som anbefalet af European Working Group on Sarcopenia in Older People (8-10).

Sarkopeni blev vurderet efter de reviderede kriterier og cut-off-værdier fra EWGSOP2, og omfatter fire trin: 1) opsporing (case-finding), 2) vurdering af sandsynlig sarkopeni via nedsat muskelstyrke, 3) bekræftelse via lav muskelmasse/-funktion samt 4) graduering af sværhedsgrad ud fra fysisk funktion (10). Sandsynlig sarkopeni blev vurderet med 30-sekunders rejse-sætte-sig test. En score på ≤ 5 oprejsninger indikerer lav muskelstyrke og dermed sandsynlig sarkopeni (3). Diagnosen blev bekræftet ved opfyldelse af BMI-justeret lægomkreds under cut-off værdien, som beskrevet ovenfor (9,10). Sværhedsgrad var ikke mulig at vurdere pga. manglende data om fysisk funktion. Se karakteristika af plejehjemsbeboere i Tabel 1.

Resultater

Ud af 196 ældre beboere på plejehjemmene deltog 116 ældre beboere, hvoraf 63 % var kvinder. Kun 3 (3 %) var undervægtige, og disse data er taget ud for at styrke sammenligningerne imellem BMI-kategorierne.

Uplanlagte vægtøgninger forekom hyppigere end uplanlagte vægttab (42 % vs. 23 %), selvom 93 % af deltagerne skulle vedligeholde vægten. De ældre med svær overvægt adskilte sig signifikant fra ældre med normal vægt ved at flere tog > 1 kg på (54 % vs 39 %, p = 0,02). To deltagere havde planlagt vægtøgning, hvoraf ingen opnåede målet. I modsætning havde hele 18 personer en målsætning om at tabe vægt. Af disse var der seks personer, som tabte sig planlagt i vægt.

Derudover havde de ældre med svær overvægt en mindre lægomkreds justeret ift. BMI end hos dem med normal vægt (30,0 cm [28,5 – 31,6] vs. 33,2 cm [32,2 – 34,3], p = 0,002), hvilket antyder, at deres muskelmasse var signifikant mindre.

Alle deltagere var i ernæringsrisiko vurderet ud fra EVS, som beskrevet i tabel 2. Der var ikke forskel på BMI-kategorierne, ift. hvorvidt de kunne diagnosticeres med underernæring; mellem ældre med normal vægt og ældre med overvægt var der dog en tendens til, at dem med overvægt havde en lavere forekomst af underernæringsdiagnosen (hhv. 46 % og 67 %, p = 0,05). De ældre med svær overvægt adskilte sig signifikant fra ældre med normal vægt i andelen af dem, som havde sarkopeni (21 % vs. 62 %, p < 0,05).

Diskussion

Overvægt og svær overvægt blandt ældre på plejehjem er en udbredt tilstand, og disse ældre var ikke blot i ernæringsrisiko, men var direkte underernærede. Samtidig havde knapt halvdelen af de ældre uplanlagte vægtøgninger, særligt blandt gruppen med overvægt. Sarkopeni var også markant til stede hos de ældre med svær overvægt – forekomsten var signifikant større end hos de ældre med normal vægt. Disse resultater peger på en kompleksitet i ernæringstilstanden, hvor høj kropsvægt kombineret med lav muskelmasse kan føre til nedsat funktionsevne, som kan påvirke selvhjulpethed og livskvaliteten negativt.

Værktøjer, som i høj grad er afhængige af uplanlagt vægttab og lav BMI, kan være utilstrækkelige til opsporing af underernæring blandt ældre, der oplever overvægt og svær overvægt (11). Nuværende begreber om ernæringsrisiko, underernæring og sarkopeni tager ikke altid højde for høj alder, vægtøgninger eller overvægt og svær overvægt, selv om disse tilstande er meget udbredte blandt de ældre.

Det ser ikke ud til, at det at have noget at stå imod med, er en beskyttende faktor ift. underernæring eller sarkopeni. Tværtimod, så bekræfter resultaterne, at en øget fedtmasse kan bidrage til nedbrydning af muskelmasse og en øget deponering af fedt, som kan føre til underernæring og sarkopeni. Uplanlagte vægtændringer, både vægttab men også vægtøgninger, kan muligvis forværre denne tilstand. De ældre bør som udgangspunkt vedligeholde vægten, dvs. at restriktive kostformer frarådes. I stedet bør de tilbydes tværfaglige og individuelt tilpassede ernæringsindsatser, som opretholder en sund vægt og en god funktionsevne (12).

Konklusion

At fremme bevidstheden om underernæring hos alle ældre - med og uden vægttab og uanset BMI-kategori - er en vigtig kulturel ændring. Indtil nu er ernæringsproblemer i vid udstrækning blevet håndteret med samme tilgang, som traditionelt anvendes ved ernæringsrisiko, særligt ved underernæring. Vi prøver at løse nye problemer med gamle metoder. Der mangler validerede opsporingsværktøjer, der er tilpasset ældre med overvægt og svær overvægt.

Table 1: Karakteristika af plejehjemsbeboere og på tværs af Body Mass Index-kategorier angivet som gennemsnit og [95 % konfidensinterval] medmindre andet er angivet.

Variabler	Alle	Normal vægt	Overvægt	Svær overvægt	p-værdi*
Antal deltagere, antal (%)	116	52 (45)	35 (30)	26 (22)	
Køn, kvinder, antal (%)	72 (63)	31 (60)	22 (63)	17 (65)	
Alder, år	83,0 [81,2 – 84,9]	84,6 [81,7 – 87,4]	81,9 [78,7 – 85,1]	80,8 [76,4 – 85,2]	
Kroniske sygdomme, antal	4,0 [3,5 – 4,3]	4,1 [3,4 – 4,7]	3,8 [3,1 – 4,5]	3,8 [2,85 – 4,7]	
Kropssammensætning					
Højde, m	1,66 [1,64 – 1,68]	1,7 [1,6 – 1,7]	1,7 [1,6 – 1,7]	1,7 [1,6 – 1,7]	
Vægt, kg	72,4 [69,5 – 75,4]	62,8 [60,1 – 65,5]	73,6 [70,6 – 76,6]	93,0 [87,5 – 98,4]	<0,0001
Lægomkreds justeret ift. BMI, cm	32,3 [31,6 – 33,0]	33,2 ^a [32,2 – 34,3]	32,1 ^{ab} [31,2 – 33,1]	30,0 ^b [28,5 – 31,6]	0,001
Muskelstyrke					
Rejse- sætte sig-test, antal	1,0 [0,5 – 1,5]	1,3 [0,4 – 2,1]	1,3 [0,2 – 2,5]	0,2 [0,0 – 0,6]	
Uplanlagte vægtændringer de seneste 6 måneder					
Ændringer i vægt, kg	1,7 [0,4 – 2,9]	1,5 [-0,3 – 3,3]	1,6 [-0,8 – 4,1]	1,5 [-1,8 – 4,7]	
Vægttab ≥ 1 kg, antal (%)	27 (23) 10 NA	13 (25) 7 NA	8 (23)	6 (23) 3 NA	
Vægttab ≥ 5 kg, antal (%)	6 (5)	3 (6)	1(3)	2 (8)	
Vægttab ≥ 10 kg, antal (%)	3 (3)	1 (2)	1(3)	1 (4)	
Vægttab, kg	-4,1 [-5,32 – -2,93]	-4,3 [-5,9 – -2,4]	-5,6 [-6,8 – -1,3]	-6,4 [-7,9 – -0,7]	
Vægtøgning ≥ 1 kg, antal (%)	49 (42)	20 (39)	15 (43)	14 (54)	
Vægtøgning ≥ 5 kg, antal (%)	27 (23)	11(21)	9 (26)	7 (27)	
Vægtøgning ≥ 10 kg, antal (%)	12 (10)	3 ^a (6)	6 ^b (17)	3 ^{ab} (12)	0,01
Vægtøgning, kg	6,6 [5,2 – 8,1]	6,4 [4,1 – 8,8]	7,8 [4,8 – 10,7]	5,7 [2,9 – 8,5]	

* Kun signifikante p-værdier (p < 0,05) er anført i tabellen. ^a og ^b, forskellige bogstaver i samme linje indikerer signifikante forskelle. NA betyder "No Answer".

Tabel 2: Forekomst af ernæringsrisiko, underernæring og sarkopeni på tværs af Body Mass Index (BMI)-kategorier angivet i antal og procent.

	Alle	Normal vægt	Overvægt	Svær overvægt	p-værdi*
Antal	116	52	35	26	
Ernæringsvurdering					
I ernæringsrisiko (EVS score = 1), antal (%)	88 (76)	39 (75)	26 (74)	21 (81)	
Har gavn af en ernæringsindsats (EVS score = 2), antal (%)	28 (24)	13 (25)	9 (26)	5 (19)	
Underernæring diagnose					
Underernæring diagnose, antal (%)	69 (60)	35 (67)	16 (46)	15 (58)	
Moderat underernæring, antal (%)	58 (51)	28 (54)	15 (43)	15 (58)	
Svær underernæring, antal (%)	11 (9)	7 (14)	1 (3)	0	
Sarkopeni					
Case-finding, antal (%)	116	52	35	26	
Sandsynlig sarkopeni, antal (%)	102 (88)	44 (85)	30 (86)	25 (96)	
Sarkopeni diagnose, antal (%)	37 (32)	11 ^a (21)	9 ^{ab} (26)	16 ^b (62)	0,008

* Kun signifikante p-værdier ($p < 0,05$) er anført i tabellen. ^a og ^b, forskellige bogstaver i samme linje indikerer signifikante forskelle.

Støtte

IFEBO-projektet blev støttet af Innovationsfonden, Steno Diabetes Center Sjælland, og Professionshøjskolen Absalon. Stor tak til beboere, plejepersonale og pårørende på plejehjemmene og til mine vejledere Inge Tetens, Margit Dall Aaslyng, Anne Marie Beck, Anja Weirsøe Dynesen og Janne Kunchel Lorenzen for støtte og opbakning til projektet.

Referencer

- Skogli E, Rødal M, Halvorsen C, et al. Samfundsmæssige konsekvenser af underernæring i Danmark. MENON 2024.
- Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Sundhedsstyrelsen. 2022.
- Sundhedsstyrelsen. Tab af muskelfunktion og muskelmasse - sarkopeni og effekten af fysisk træning. Sundhedsstyrelsen 2023.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clinical Nutrition. 2017;36:49-64.
- World Health Organization [WHO]. Body mass index (BMI). 2026. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
- Cetin DC, Nasr G. Obesity in the elderly: More complicated than you think. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2014;81:51–61.
- Christoffersen T, Tetens I, Dynesen AW, et al. Overweight and obesity combined with low physical function and non-communicable diseases among older adults in nursing homes represent a group with nutritional risk, malnutrition, and sarcopenia – a cross-sectional study. Clinical Nutrition ESPEN Open Science. 2025;61:14-25.
- Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - a consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical Nutrition. 2019;10:207–217.
- Barazzoni R, Jensen GL, Correia MITD, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. Clinical Nutrition. 2022;41:1425-1433.
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing. Oxford University Press; 2019;48:16–31.
- Volkert D, Delzenne N, Demirkan K et al. Nutrition for the older adult – Current concepts. Report from an ESPEN symposium. Clinical Nutrition. 2024;43:1815-1824.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2022;41:958-989.

Bæredygtig ernæringsbehandling er mere end det gode, økologiske hospitalsmåltid

Af: Ingeborg Krarup Rask, cand.scient. i klinisk ernæring, kvalitetsansvarlig; Marianne Boll Kristensen, forsknings- og uddannelsesansvarlig klinisk diætist, ph.d.; Kirstine Guld Frederiksen, ph.d.-studerende, ledende klinisk diætist; Hanne Vennevold, økonoma, funktionsleder for afsnitkøkkener; Conny Storgaard, økonoma, personaleleder i produktionskøkkenet; Lone Viggers, klinisk diætist, NHH-kandidat og MPA, ernæringschef. Alle ansat i Afdeling for Ernæring på Regionshospitalet Gødstrup.

Kontakt: ingeborg.rask@rm.dk

Den offentlige debat om forebyggelse og behandling af sygdomsrelateret underernæring på hospitaler bliver ofte forenklet til at handle om hospitalsmaden, herunder om den er god, og om den er bæredygtig set i et klimamæssigt perspektiv.

Fagpersoner, der arbejder med klinisk ernæring, ved, at maden skal være god, ikke kun gastronomisk set, men også i betydningen af at matche patientens præferencer, funktions- evne og behov, samtidig med, at der skal tages klimamæssige hensyn. De ved også, at dette langt fra er tilstrækkeligt, når målet er at forebygge og behandle sygdomsrelateret underernæring.

Den gode hospitalsmad er et fundament for de patienter, der kan spise og drikke. Når det grundlæggende måltid fungerer, skaber det forudsætningen for den videre ernæringsbehandling.

Denne artikel er et perspektiv på, hvordan styrket samarbejde mellem køkken og klinik kan bidrage til bæredygtig ernæringsbehandling, der både tager hensyn til klima og til de ernæringsmæssige behov hos sårbare patienter.

Når debatten alligevel ofte forenkles til kun at handle om mad, skyldes det ikke kun manglende viden, men måske også den måde klinisk ernæring, mad og måltider traditionelt har været organiseret på hospitalerne. Hvis mad og måltider (køkkenet) organiseres under drift/service, kan hospitalsmaden risikere at blive anskuet som en serviceydelse fremfor behandling.

Hvis mad og måltider organiseres sammen med klinisk ernæring under en ernæringsfaglig ledelse, kan det potentielt

ændre denne anskuelse, så kerneopgaven for hele ernæringsområdet bliver at forebygge og behandle sygdomsrelateret underernæring og sikre den rette ernæring til den enkelte patient.

Klimahensyn kræver ernæringsmæssig differentiering

Arbejdet med klimavenlige hospitalsmåltider rejser en vigtig faglig problemstilling: Patienter har meget forskellige ernæringsbehov. Mens klimahensyn relativt let kan tilgodeses i normal kost til voksne gennem en større andel bælgfrugter og mindre kød, kan det være vanskeligere i energi- og proteinrig kost, som tilbydes patienter i ernæringsrisiko. Differentierede kostformer gør det muligt både at tage hensyn til klima og til patienternes ernæringsmæssige behov.

Det forudsætter imidlertid systematisk opsporing af patienter i ernæringsrisiko. Opsporingen bliver dermed ikke kun en forudsætning for den rette ernæringsbehandling, men også for at kunne tage klimahensyn i hospitalets måltider uden at gå på kompromis med patienternes behov – hvilket samtidig understreger betydningen af et tæt samarbejde mellem klinik og køkken.

Når køkken og klinik hænger sammen

På Regionshospitalet Gødstrup (RHG) er alle opgaver vedrørende klinisk ernæring, mad og måltider samlet i én klinisk afdeling: Afdeling for Ernæring, hvor ledelsen refererer direkte til Sundheds- og hospitalsledelsen. Afdelingen har et produktionskøkken og á la carte-køkkener på alle sengeafsnit, et madhus for personale og gæster samt en ernæringsklinik, hvor kliniske diætister varetager ernæringsbehandling af ambulante og indlagte patienter.

Personalet i produktionskøkkenet samarbejder tæt med kliniske diætister indenfor de enkelte kliniske specialeområder om udvikling og kvalitetssikring af menuer, så hensyn til både klima, gastronomi og behandlingsbehov sikres. Medarbejdere i á la carte-køkkener kan sparre direkte med kliniske diætister, når der opstår spørgsmål omkring en patients ernæring, ligesom de kliniske diætister kan sparre med medarbejdere i afsnitkøkkenet om muligheder for den enkelte patient.

À la carte, ernæringsbehandling og bæredygtighed

Alle indlagte patienter på RHG har en tablet til bestilling af mad fra en à la carte-menu, der tager højde for deres ordinerede kostform/diæt.

Medarbejdere i afdelingskøkkenerne klargør maden til det ønskede tidspunkt og serverer den for patienten i samarbejde med plejepersonalet.

Resultater fra både RHG og Herlev Hospital viser, at et à la carte-koncept udviklet i samarbejde med kliniske diætister giver positive effekter på patienters kostindtag, men at det bedste resultat først opnås, når konceptet systematisk anvendes som en del af diætistens ernæringsbehandling (1,2).

På RHG betød det nye koncept samtidig besparelser på løn og råvarer, samt at madspildet blev reduceret markant. Sidstnævnte er også rapporteret andre steder bl.a. i et studie fra Australien (3).

Bæredygtig ernæring til syge

Bæredygtig ernæring til syge handler ikke kun om økologi-procenter og CO₂-aftryk, men også om faglig bæredygtighed dvs. at medarbejdernes viden og kompetencer, den tilgængelige teknologi samt organisering og ledelse samlet set understøtter, at der kan leveres ernæringsbehandling af høj kvalitet (4). Det indebærer, at den rette patient får den rette ernæringsbehandling, og at relevante faglige kompetencer inddrages i beslutninger om maden. Når menuændringer vurderes ud fra både klimahensyn, gastronomi, behandling og ernæringsmæssigt indhold, bliver beslutningerne mere helhedsorienterede og mindre præget af enkeltstående hensyn eller synsninger.

Systematik og kvalitet – men fortsat udfordringer

Transformationen af hospitalets koncept for klinisk ernæring, mad og måltider har løftet kvaliteten af vores arbejde, men løser ikke alle udfordringer. Patienterne synes, den mad, de bestiller, smager godt og er glade for, at de kan spise det, de har lyst til, når de har lyst. Men vi er ikke i mål, når det handler om

at forebygge og behandle sygdomsrelateret underernæring. Opsporing af patienter i ernæringsrisiko gennemføres fortsat ikke systematisk på alle afdelinger, og dermed ordineres nogle patienter kostformer uden faglig begrundelse.

At samle klinisk ernæring, mad og måltider under én ledelse skaber tydelighed om ansvar og adgang til kompetencer, men kræver samtidig løbende udvikling samt politisk og ledelsesmæssig prioritering og opbakning. Derfor fortsætter afdelingen udviklingen med prøvehandling, kvalitetsforbedringsprojekter og forskning.

Maden som en del af behandlingen

Hospitalsmåltider skal understøtte behandlingen, have høj kulinarisk kvalitet og være tilpasset patients behov. Samtidig skal de udvikles med hensyn til miljømæssig, økonomisk og faglig bæredygtighed – men først og fremmest skal de være til gavn for patienten.

Et velfungerende koncept for mad og måltider er en nødvendig ramme for individuel ernæringsbehandling. Derfor er der behov for, at politikere og beslutningstagere forstår, at det ikke er nok, at maden er klimavenlig og god. Mad til syge kan ikke stå alene uden ernæringsbehandling ved kliniske diætister. Ernæringsbehandling kan ikke lykkes uden en velfungerende ramme for måltidet. Først når organiseringen understøtter begge dele, bliver maden en reel del af behandlingen.

Referencer

1. Okkels, S.L., et al., Individualised nutritional treatment increases the positive effects of a novel a la carte hospital food service concept: Results of a quasi-experimental study. *Clin Nutr ESPEN*, 2024;59:225-234.
2. Munk, T., et al., From Evidence to Clinical Practice: Positive Effect of Implementing a Protein-Enriched Hospital Menu in Conjunction With Individualized Dietary Counseling. *Nutr Clin Pract*, 2017;32:420-426.
3. McCray, S., et al., Room Service Improves Nutritional Intake and Increases Patient Satisfaction While Decreasing Food Waste and Cost. *J Acad Nutr Diet*, 2018;118:284-293.
4. Sundhedsstyrelsen. Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning. 2024. <https://www.sst.dk/media/01205yw/faglig-baeredygtighed-som-grundlag-for-sundhedsplanlaegning-marts.pdf>



Foto: Søren Braad Andersen

NUTRISON PLANTBASED

2 KCAL HP MULTI FIBRE



PLANTEBASERET SONDEERNÆRING

- Energirig: 2 kcal/ml



HØJKVALITETS PLANTEBASERET PROTEIN

- Proteinrig: 10g/100ml: 20 E%
- 55 % soja- og 45 % ærteprotein



ERNÆRINGSMÆSSIG KOMPLET

- Ernæringsmæssig komplet ved 1500 kcal (750 ml)
- Indeholder vitamin D fra alger, samt EPA og DHA



MED MULTIFIBER

- 1,5 g/100 ml



VEGANSK

- Laktosefri, glutenfri og vegansk



NYHED!

EN DEL AF ET FULDT
SORTIMENT MED **PLANTEBASEREDE**
ERNÆRINGSPRODUKTER



NUTRIDRINK PLANTBASED



**NUTRIDRINK PLANTBASED
PROTEIN 2.0**

SCAN OG FIND DATABLAD
PÅ NUTRISON PLANTBASED



KODE: HCPNutricia

Når hjernen påvirker lugt og smag: Ernæring ved neurologiske sygdomme

Af: Alexander Wieck Fjældstad, læge, ph.d., lektor i lugt- og smagssansen, Aarhus Universitet.

Kontakt: Alefja@clin.au.dk

Lugt og smag er ofte oversete sanser, men for mange patienter er de afgørende for appetit, madglæde og social trivsel. For deres vigtighed bemærkes ofte først, når sanserne mistes. I klinisk praksis møder diætisten ikke sjældent personer med neurologiske sygdomme, hvor ændringer i lugt og smag er en overset, men vigtig, medvirkende årsag til væggtab, lavt energiindtag, selektiv spisning eller en oplevelse af, at måltiderne bliver meningsløse. Hos nogle er sanseforstyrrelserne tydelige og pludselige, mens de hos andre udvikler sig gradvist, og bliver ikke bemærket af patienten selv eller overskygges af andre symptomer.

Denne artikel giver et overblik over lugte- og smagsforstyrrelser ved neurologiske sygdomme (se Boks 1). Først gennemgås centrale begreber, samt hvad forskningen peger på i forskellige sygdomsgrupper. Herefter præsenteres konkrete kliniske strategier, som diætisten kan bruge i konsultationen.

Lugt og smag sammensmeltes i hjernen

Lugte- og smagsoplevelser opstår ikke kun i næse og mund. Sanserne bearbejdes i komplekse hjernenetværk, hvor forventninger, hukommelse, opmærksomhed og belønning spiller en stor rolle. Det betyder, at neurologiske sygdomme kan påvirke lugt og smag på flere niveauer: via direkte påvirkning af de perifere sensoriske systemer (fx ved traumer eller tumorer), via ændringer i central signalbearbejdning eller indirekte gennem fatigue, depression, medicinbivirkninger og nedsat motivation.

For mange patienter føles det som et "smagstab", når lugtesansen svækkes, fordi retronasal lugt bidrager væsentligt til oplevelsen af madens aroma og identitet. En patient kan derfor opleve, at kaffe, chokolade eller stegt kød mister sin karakteristiske smagsoplevelse, selvom den basale smagsans (grundsmage) i princippet er intakt (se Boks 2).

Boks 2

Typiske patientudsagn – og hvad de kan dække over

Patienten siger...

- "Maden smager af ingenting" → ofte retronasalt lugttab (aroma-tab) mere end egentligt tab af grundsmage.
- "Alt smager forkert/ulækkert" → kan passe med parosmi eller fantosmi.
- "Alt smager af metal" → forvrængning af smagssansen (grundsmage).
- "Jeg kan kun spise få ting" → kan skyldes trigeminal tolerance, teksturpræferencer eller kvalme/fatigue.
- "Jeg spiser mindre, men ved ikke hvorfor" → mange potentielle årsager, men overvej lavere nydelse ved lugttab, depression eller medicinbivirkninger.

Boks 1

Begreber, som ofte blandes sammen

Husk forskellen på lugt, smag og flavour:

- Smag (grundsmage) = sødt, salt, surt, bittert og umami
- Lugt (orthonasalt) = det vi lugter ved at snuse ind gennem næsen
- Lugt (retronasalt) = det vi oplever under spisning, når aromastoffer går fra mund/svælg til næsehule
- Flavour = den samlede sensoriske madoplevelse (lugt + smag + tekstur + temperatur + hørelse + trigeminale input + syn)

Neurologiske sygdomme og lugtesansen – en hyppig fællesnævner

Et stigende forskningsmæssigt fokus igennem de seneste to årtier har vist, at selvom lugte- og smagsforstyrrelser oftest skyldes problemer i næsen, er det også udbredt ved flere neurologiske sygdomme (1). Det gælder især neurodegenerative tilstande som Parkinsons sygdom og Alzheimers sygdom, hvor lugtesansen ofte påvirkes tidligt i forløbet (2). Lugteforstyrrelser ses dog også ved andre neurologiske lidelser, fx multipel sklerose, epilepsi, hovedtraumer, tumorer og efter stroke. I en nyere oversigt fremhæves lugtedysfunktion som en mulig "fællesnævner" på tværs af både neurodegenerative og neurodevelopmentelle sygdomme, og som et symptom der kan være klinisk relevant, selv når det ikke er patientens hovedfokus (3).

Det er vigtigt at understrege, at nedsat lugtesans ikke nødvendigvis betyder total mangel på lugt (anosmi). Mange har en delvis reduktion (hyposmi) eller kvalitative ændringer som parosmi (forvrængede lugte) eller fantosmi (lugtehallucinationer uden stimulus). De kvalitative forstyrrelser kan være særligt belastende i relation til mad, fordi velkendte fødevarer pludselig kan opleves frastødende.

Stroke: Lugt, smag og madglæde kan være påvirket

Ved stroke er ernæringsfokus ofte rettet mod dysfagi, funktionsniveau og rehabilitering. Men stroke kan også påvirke lugt og smag, hvilket kan være en overset komponent i patientens spiseproblemer. Et nyere case-kontrolstudie sammenlignede 47 personer efter stroke med 141 raske kontroller matchet på alder og køn. Studiet fandt, at en større andel af strokegruppen var anosmiske, og næsten halvdelen havde nedsat smagsfunktion. Samtidig rapporterede strokegruppen lavere "food liking" (4).

For diætisten er dette klinisk relevant, fordi nedsat madglæde kan føre til lavere indtag og dermed øget risiko for væggtab, selv hos patienter uden udtalt dysfagi. Dette er især hyppigt ved forvrænget lugtesans (5). Sensoriske problemer kan også interagere med træthed, kognitive vanskeligheder og depression, hvilket gør måltider mere krævende og mindre belønnende.

Hvorfor rammer lugtetab madoplevelsen hårdere end forventet?

Lugtesansen har en vigtig alarmsignal-funktion (røg, gas, fordærvet mad), men for mange patienter er det netop madrelaterede konsekvenser, der fylder mest. I klinikken beskrives ofte et tab af glæde, et skift mod mere ensformig kost eller en oplevelse af at måltider mister mening (6).

I et studie, hvor livskvalitet ved olfaktorisk dysfunktion blev analyseret med supervised machine learning, var de mest forklarende udsagn i høj grad madrelaterede. Et centralt

udsagn var, at ændringer i lugtesansen generer under spising. Dette peger på, at lugt/smag ikke blot er et "ekstra krydderi" i hverdagen, men et centralt element i patientens samlede livskvalitet (7).

Kliniske perspektiver: Hvad kan diætisten gøre?

Diætisten kan sjældent behandle den neurologiske årsag til lugte- og smagsforstyrrelser, men kan spille en afgørende rolle i at identificere problemet og støtte patienten i håndteringen med fokus på at øge nydelsen af mad. Det vigtigste er ofte at arbejde struktureret med måltidsstrategier, der sikrer tilstrækkeligt indtag og samtidig genopbygger oplevelsen af mestring og nydelse. Første skridt i denne proces er korrekt at identificere det sensoriske problem. Testning af lugte- og smagssansen vil være en stor fordel for at kunne vejlede patienten korrekt. Spørgsmål til patienten er langt fra lige så præcise, men er bedre end at ignorere et potentielt problem (se Boks 3).

1) Skab fælles sprog – og adskil lugt fra smag

En praktisk udfordring er, at patienten ofte bruger ordet "smag" om hele madoplevelsen. Ved at afklare, om det primært handler om grundsmage eller om aroma/lugte, kan diætisten vælge mere målrettede strategier. En enkel normalisering kan samtidig reducere frustrationer hos patienten: "Det giver mening, at maden føles anderledes – meget af det, vi kalder smag, kommer faktisk fra lugtesansen."

2) Brug de andre sanser aktivt

Når retronasal lugt er reduceret, kan måltidsoplevelsen styrkes via tekstur, temperatur og trigeminale input. Mange har gavn af tydelige kontraster (sprødt/cremet), syre og umami, og eventuelt et mildt "kick" fra krydderier, hvis det tolereres.

Boks 3

Hurtig tjekliste til konsultationen

Fem spørgsmål, der hurtigt giver indikationer om sensoriske udfordringer:

- Kan du dufte kaffe, parfume eller stegt løg?
- Oplever du, at maden "smager af mindre" end før?
- Er der bestemte fødevarer, som er blevet svære at spise?
- Er problemet mest tab (mindre smag) eller forvrængning (forkert/ulækkert)?
- Har du ændret madvalg, portionsstørrelse eller måltidsmønster efter symptomdebut?

For nogle kan det også hjælpe at arbejde med farver, præsentation og tydelig struktur i måltidet.

3) Tilpas måltidsstrategier til træthed og kognition

Ved neurologisk sygdom kan fatigue og kognitive udfordringer gøre det svært at planlægge og gennemføre måltider. Hvis madglæden samtidig er lav, kan barriererne blive ekstra store. Her kan simple strategier være effektive: færre valg, faste måltidsrutiner, energitætte, "sikre" retter og praktiske løsninger til indkøb og tilberedning.

4) Fokusér på mestring og madlavning – ikke kun næringsstoffer

I et fem-ugers kokkeskole-forløb for patienter med lugtetaab var målet ikke at "genvinde lugten", men at genopbygge madglæde gennem færdigheder og alternative sansegreb. Deltagerne oplevede øget tryghed i madlavning og forbedret livskvalitet. Det peger på, at diætisten med fordel kan arbejde mere rehabiliterende og praktisk: små øvelser, opskrifter og konkrete redskaber, der passer til patientens sensoriske situation. Læs mere om kogebogen, som blev udviklet til kokkeskole-forløbet i Boks 4.

Konklusion

Lugt og smag er centrale for appetit, madglæde og livskvalitet – og kan være påvirket ved flere neurologiske sygdomme. Forskningen viser, at kemosensoriske deficits både kan være hyppige og have tydelige konsekvenser for madoplevelsen. For diætisten ligger en vigtig mulighed i at identificere sensoriske problemer tidligt, skabe et fælles sprog og omsætte det til konkrete strategier, der styrker både indtag, struktur og patientens oplevelse af nydelse og mestring. Mad har ingen næringsmæssig værdi, før det vælges, accepteres og spises.

Boks 4

Gratis kokebog til patienter med lugtetaab

Bogen "Lugtetaab og Mad" er baseret på et forskningsprojekt for patienter med lugtetaab med udgangspunkt i at forstærke og balancere øvrige sanseindtryk (8–10). Der er en beskrivelse af sanserne og metoder til at kompensere for de manglende stimuli fra lugtesansen med opskrifter til at lære at bruge metoderne. Bogen er gratis online og på flere platforme eller kan købes i trykt format hos alle større boghandlere.



Referencer

1. Fjaeldstad A, Clausen CH, Kjærgaard T, Ovesen T. Lugtesansen har stor klinisk relevans. Ugeskrift for Læger. Published online 2014. <http://forskningbasen.deff.dk/Share.external?sp=S4c3ce75e-dc33-419e-9f73-08439631f9ad&sp=Sau>
2. Doty RL. Olfactory dysfunction in neurodegenerative diseases: is there a common pathological substrate? *The Lancet Neurology*. 2017;16:478-488.
3. Chen YN, Kostka JK. Beyond anosmia: olfactory dysfunction as a common denominator in neurodegenerative and neurodevelopmental disorders. *Front Neurosci*. 2024;18:1502779.
4. Graham CAM, Stevens H, Piluso F, et al. Differences in smell and taste performance and food liking between patients with stroke and healthy controls. *Sci Rep*. 2025;15:43687.
5. Fjaeldstad AW, Smith B. The Effects of Olfactory Loss and Parosmia on Food and Cooking Habits, Sensory Awareness, and Quality of Life—A Possible Avenue for Regaining Enjoyment of Food. *Foods*. 2022;11:1686.
6. Pellegrino R, Fjaeldstad AW. The Effect of Olfactory Disorder (and Other Chemosensory Disorders) on Perception, Acceptance, and Consumption of Food. In: Stafford LD, ed. *Smell, Taste, Eat: The Role of the Chemical Senses in Eating Behaviour*. Vol 1. Palgrave Macmillan Cham; 2024:119-137.
7. Bayer K, Prem B, Suppinger P, Mueller CA, Liu DT. Supervised Machine Learning Analysis of Food Related Quality of Life Impact in Olfactory Dysfunction. *Laryngoscope*. Published online 2025.
8. Fjaeldstad AW. Culinary cure? Improved subjective and measured sense of smell after a cooking rehabilitation program for patients with smell loss. *Int J Gastron Food Sci*. 2025;39:101121.
9. Fjaeldstad A, Bredahl R, Bøjlund C. *Cooking With a Smell Loss*. Apple Books; 2023. <http://books.apple.com/us/book/id6450322002>
10. Fjaeldstad AW. Using Cooking Schools to Improve the Pleasure of Food and Cooking in Patients Experiencing Smell Loss. *Foods*. 2024;13:1821.

Diætistens rolle i den højt specialiserede rehabilitering

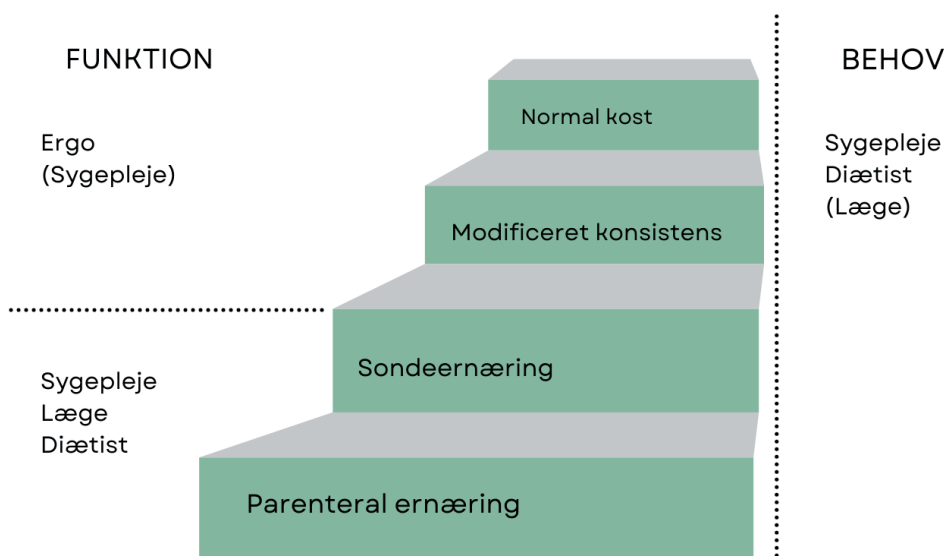
Patienter med erhvervet hjerneskade har komplekse ernæringsbehov, der ændrer sig markant gennem rehabiliteringen. På Hammel Neurocenter arbejder jeg som diætist tværfagligt og tæt sammen med mine kolleger, så indsatsen for ernæring understøtter både funktionsevne, progression og livskvalitet.

Af: Susanne Bakmann, klinisk diætist og specialist i klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko, Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Kontakt: Susanne.Bakmann@midt.rm.dk

Ernæringsindsatsen er en integreret del af den højt specialiserede neurorehabilitering, hvor patienter med moderate til svære erhvervede hjerneskader ofte har komplekse, multi-systemiske problemstillinger.

På Hammel Neurocenter kan ernæring sjældent vurderes isoleret. Den kliniske diætist afstemmer derfor kontinuerligt indsatsen i relation til dysfagi, respiratoriske udfordringer, mobiliseringsniveau, kognitive begrænsninger, adfærdsproblematikker og medicinske forhold. Hvordan organiseres og forankres indsatsen for ernæring tværfagligt? Og hvordan sikrer diætisten overordnet optimal ernæring gennem hele rehabiliteringen hos patientgruppen? De to spørgsmål belyser jeg i denne artikel.



Figur 1: Diætistens komplekse rolle i den højt specialiserede neurorehabilitering. Udarbejdet af Susanne Bakmann.

Baggrund

Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN) er et højt specialiseret hospital for neurorehabilitering, som modtager patienter fra hele Jylland og Fyn. RHN har sengeafsnit i Hammel, Skive og Lemvig. En del patienter ernæres via sonde ved indlæggelse, få ernæres parenteralt, og de fleste gennemgår et forløb, hvor dysfagien bedres, så de efterhånden spiser mere og mere pr. os, og konsistensen tilpasses løbende tygge- og synkefunktionen (figur 1).

Patienter indlagt på RHN har alle pådraget sig en moderat til svær erhvervet hjerneskade (Acquired Brain Injury, ABI) - følger af fx apopleksi, traumer eller intrakranielle tumorer - og sygdomsrelateret underernæring forekommer ofte (1-3). En erhvervet hjerneskade udløser i den akutte fase et markant hypermetabolisk og katabolt respons, som accelererer tabet af muskelmasse og ofte resulterer i betydeligt vægttab (1). Underernæring er samtidig udbredt ved indlæggelse til rehabilitering. En undersøgelse har påvist, at 42 % af patienter med moderat til svær ABI opfylder Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) kriterierne for fejlernæring ved indlæggelse (4). Samtidig havde 10 % af patienterne lavt BMI, 82 % havde forhøjet stofskifte og 61 % et reduceret ernæringsindtag (5). Det understreger behovet for tidlig identifikation og en optimal indsats for ernæring.

Graden og varigheden af sygdomsrelateret inflammation kan dog ikke monitoreres i klinisk praksis. CRP, der ofte anvendes som indikator, kan stige efter en hjerneskade, men afspejler primært systemisk inflammation. Det gør CRP til en uspecifik og ofte utilstrækkelig markør, når man forsøger at forstå sygdomsrelateret inflammation efter hjerneskade. Derfor beregnes energi- og proteinbehov ud fra estimater. Det kræver tæt og løbende monitorering af vægten for at sikre en positiv udvikling af ernæringen. Men vi mangler stadig et validt mål for tab af muskelmasse. Samtidig reducerer neurologiske følger som dysfagi, nedsat bevidsthedsniveau, kognitive begrænsninger og motoriske udfordringer yderligere patienternes evne til at spise tilstrækkeligt (6). Kombinationen af øget metabolisk behov og nedsat fødeindtag øger derfor risikoen for sygdomsrelateret underernæring og relaterede komplikationer, der igen reducerer potentialet og udbyttet af den samlede rehabilitering (7-9). Det er således vigtigt, at disse patienter hurtigt identificeres, så en optimal ernæringsindsats kan understøtte rehabiliteringen.

Faktorer, der influerer på underernæring

Flere faktorer gør det svært for patienterne at dække behovet for energi og protein. Ofte skyldes det ikke en direkte forbindelse til den kost der tilbydes, men kostbegrænsende faktorer eller Nutrition Impact Symptoms (NIS) relateret til

kognitive såvel som fysiske nedsættelser af funktionsevnen, som fx manglende udholdenhed eller synkeevne (10).

De hyppigste patienter på RHN:

- Er ramt af kognitivt af fx nedsat bevidsthedsniveau, udtrætning eller vanskeligheder med at fokusere på måltidet. De spiser derfor mindre.
- Har nedsat bevægelighed, i fx højre arm, og patienten kan derfor ikke styre bestikket eller føre maden til munden.

Identifikation af NIS har altså betydning for den ernæringsbehandling, der iværksættes.

Det tværfaglige samarbejde

Antallet af patienter i ernæringsrisiko - og den høje forekomst af NIS - kalder på et tæt tværfagligt samarbejde, der sikrer, at ernæringen understøtter rehabiliteringen ved:

Diætisten har centrale specialkompetencer ift. at udarbejde og sætte mål såvel som retning for en personcentreret ernæringsplan, der spiller sammen med den lægefaglige behandlingsplan.

Sygeplejepersonalet foretager opsporing af ernæringsrisiko, optimerer spisemiljøet, assisterer til anretning og indtag samt monitorerer indtaget.

Ergoterapeuterne vurderer patientens evne til at spise sikkert uden fejlsynkning - og dermed hvilken konsistens, der passer patienten. Derudover beskrives de eventuelle NIS i spiseinformationen i patientens journal.

Fysioterapeuten bidrager med mobilisering og optimering af patienternes siddestilling under måltidet.

Serviceassistenterne har dagligt kontakt til centralkøkkenet, bestiller mad fx med modificeret konsistens såvel som specialdiæter, og sørger for anretning af maden til måltiderne.

Funktion, præferencer og behov vurderes tværfagligt og kontinuerligt (Figur 1), da elementerne er tæt forbundet. Hvis maden ikke opleves indbydende eller funktionsevnen overvurderes, får patienten ikke dækket sit behov for ernæring.

Et kritisk punkt er, når patienten overgår fra sondemad til spisning pr. os, da de ofte har brug for supplement til at dække ernæringsbehovet – uanset grad af funktionsnedsættelser. Ofte spiller udtrætning og koncentrationen ved måltidet en væsentlig rolle. En forsinket overgang til oral indtagelse forsinker den samlede rehabiliteringsproces. Derfor er et tæt interdisciplinært samarbejde afgørende for en balance, der understøtter patientens progression.

Som eneste diætist på RHN er det min vigtigste opgave at understøtte mine kollegers arbejde med en tværfaglig ernæringsindsats i de enkelte afsnit. Primært udarbejder jeg individuelle ernæringsplaner, så det er tydeligt for det øvrige personale, hvilke interventioner der sikrer den rette ernæring. Eksempelvis er det vigtigt, når vi tilpasser sondemaden til patientens tolerance. Tåler de ikke sondemaden og er påvirket af diarré eller kvalme, så er træning vanskelig. De øvrige faggrupper har derfor brug for diætistens kompetencer. Jeg har i de fleste tilfælde ikke tæt patientkontakt, men har det overordnede blik på patientens individuelle ernæringsplan. I samarbejde med de øvrige faggrupper justerer jeg planerne, ud fra de rehabiliteringsmål patienten har.

Den diætistfaglige viden nuancerer i høj grad ernæringsindsatsen - fx ved gennemgang af biokemiske data, prioritering af mål for ernæring eller som støtte til en systematisk ernæringsindsats. Alt sammen kompetencer, som blev genopfrisket og styrket gennem specialistkurset *Klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko*, som jeg deltog i gennem FaKD i efteråret 2024.

Ud over de individuelle ernæringsplaner har jeg også en række opgaver på et mere overordnet niveau. Det omhandler blandt andet udarbejdelse og opdatering af retningslinjer for ernæring og deltagelse i Ernæringsstyregruppen på RHN, hvor vi i samarbejde med ledelsen sætter retningen for ernæringsindsatsen. På RHN arbejder vi personcentreret og evidensbaseret. Det indebærer, at jeg er i tæt dialog med husets forskningsenhed omkring ernæringsrelaterede projekter, eksempelvis betydning af et faciliterende spisemiljø med sansestimulering. Jeg har ligeledes et tæt samarbejde i form af undervisning, sparring og dialog med nøglepersoner for ernæring på hvert afsnit. De videreformidler vigtige nye tiltag på ernæringsområdet til det øvrige personale og er ressourcepersoner ift. strukturen for indsatsen i bl.a. opsporing af ernæringsrisiko.

En bred patientgruppe

Patientgruppen er meget bred, både ift. alder og baggrund. Mange har samtidig komorbiditet, psykosociale belastninger eller ændrede livsvilkår, som påvirker rehabiliteringen. Fælles er dog, at alle befinder sig i en livsomvæltende situation, hvor tab af funktion, identitet og selvstændighed kræver en målrettet, tværfaglig og individuelt tilpasset indsats.

Indlæggelser er generelt lange på RHN, og det har væsentlig betydning for ernæringsindsatsen i et patientforløb. Behovet for ernæring ændrer sig markant gennem forløbet i takt med, at stressmetabolismen falder, og patienterne genvinder flere og flere funktioner. Processen kræver kontinuerlige, målrettede og dynamiske ernæringsindsatser,

og ernæringsplanerne justeres løbende efter ændringer i vægt, tygge-/synkeevne, aktivitetsniveau og kognitive forudsætninger. Den lange indlæggelsestid muliggør også et systematisk arbejde med patientens egen mestring. De overtager gradvist selv ansvaret for ernæringen, hvilket indebærer træning i spiseevne, forståelse af egne behov, tilpasning af kostvaner og inddragelse af pårørende. På den måde bliver ernæringsindsatsen ikke kun et klinisk fokus, men også en central del af patienternes samlede rehabiliteringsproces. De forbereder sig til livet efter udskrivelse.

Altid patienten i fokus

Både de fysiske rammer på RHN og ikke mindst den tværfaglige sammensætning optimerer indsatsen og støtten til patienten i ernæringsrisiko. Alligevel er den vigtigste faktor altid patientens eget ønske og vilje til at skabe fremskridt. Sammen med patienten skaber vi gennem det tværfaglige samarbejde de bedste rammer for, at patienten igen kommer til at spise dejlig mad sammen med andre – og nok til at opfylde ernæringsbehovene.

Referencer

1. Krakau K, Omne P, Karlsson T, Borg T. Metabolism and nutrition in patients with moderate and severe traumatic brain injury: A systematic review. *Brain injury*. 2006;20:345-67.
2. Mosselman M, Kruitwagen CJJ, Schuurmans MJ, HafsterinsdÅttir T. Malnutrition and Risk of Malnutrition in Patients With Stroke: Prevalence During Hospital Stay. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2013;45:194-204.
3. Aadal LO, L; Nielsen, J.F; Rasmussen, H.H & Holst, M. Body composition measures may help target fundamental nutritional nursing efforts in rehabilitating patients with acquired brain injury. *Nursing Open*. 2022;9:2793-2803
4. Aadal LO, L; Holst, M; Rasmussen, H.H; Nielsen JF; Odgaard, L. Malnutrition in Patients With Moderate to Severe Acquired Brain Injury: Prevalence During 4 Weeks of Subacute Rehabilitation. *J Neurosci Nurs* 2023;55:38-44.
5. Pedersen P.U; Aadal, L; Poulsen, I; Kjærsgaard, A; Dalton, R.H; Håkønsen, S.J. National klinisk retningslinje for ernæring af voksne patienter med erhvervet hjerneskade i den akutte eller sub-akutte fase af rehabilitering. *DASYS*; 2019.
6. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *WVN World Views on Evidence-Based Nursing*. 2013(10):17-40.
7. Badjatia N, Fernandez L, Schlossberg MJ, Schmidt JM, Claassen J, Lee K, et al. Relationship between energy balance and complications after subarachnoid hemorrhage. *JPENJournal of parenteral and enteral nutrition*. 2010;34:64-9.
8. Nagano F YY, Bise T, Shimazu S, Shiraishi A. Muscle mass gain is positively associated with functional recovery in patients with sarcopenia after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29:105017.
9. Zhang M, Ye S, Huang X, Sun L, Liu Z, Liao C, et al. Comparing the prognostic significance of nutritional screening tools and ESPEN-DCM on 3-month and 12-month outcomes in stroke patients. *Clin Nutr*. 2020 May;40(5):3346-3353.
10. Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. København; 2022.

Mere end mad: Ernæring som nøgle til rehabilitering efter hjerneskade

Ernæring spiller en central rolle i rehabiliteringen af mennesker med erhvervet hjerneskade, hvor stressmetabolisme, dysfagi og komorbiditet stiller høje krav til diætistens faglige overblik og tværfaglige samarbejde.

Af: Laura M. K. Johansen, klinisk diætist, cand.san. i sundhedsfremme, sundhedsstrategier og psykologi og specialist i klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko.

Kontakt: laura-mhj@live.dk

Når ernæring bliver en del af rehabiliteringen

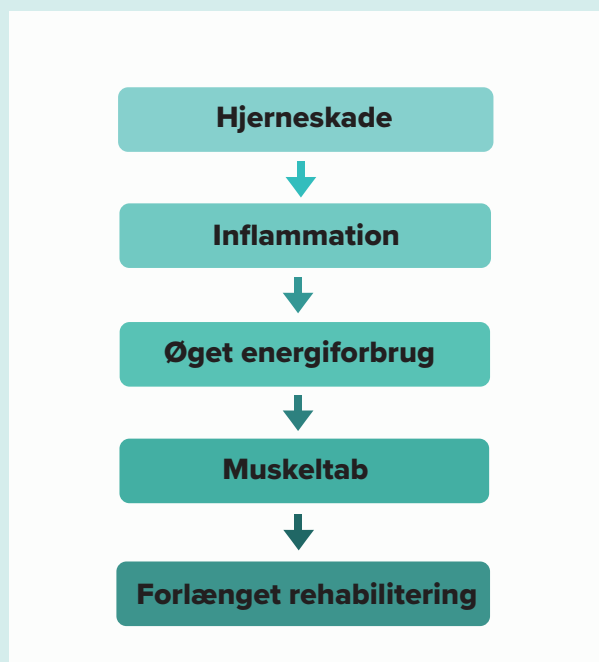
De seneste fire år har jeg arbejdet som klinisk diætist i Københavns Kommune, med borgere der har pådraget sig en skade på hjernen – oftest som følge af apopleksi, men også efter traumer, blødninger eller andre neurologiske tilstande. I dette felt bliver ernæring hurtigt mere end blot et spørgsmål om måltider. Det bliver en integreret del af rehabiliteringen på linje med fysioterapi, ergoterapi, taletræning, neuro-psykologiske test og sygepleje.

Hjerneskade kan påvirke både de fysiske, kognitive og sensoriske funktioner, hvilket ofte afspejler sig direkte i borgerens evne og lyst til at spise. Nogle mister appetitten, andre mister evnen til at tygge eller synke sikkert, og enkelte er helt afhængige af sondeernæring i en kortere eller længere periode. Som klinisk diætist befinder jeg mig i et spændingsfelt mellem klinisk ernæringsbehandling, pædagogisk formidling og tværfagligt samarbejde – alt sammen med borgerens rehabilitering som omdrejningspunkt.

Stressmetabolisme og øget ernæringsbehov

En væsentlig præmis i arbejdet med borgere som har fået en hjerneskade, er forståelsen af den stressmetaboliske respons, som ofte følger efter en akut skade på hjernen. Kroppen reagerer på skaden med en øget inflammatorisk og katabol tilstand, hvor energiforbruget stiger, og proteinnedbrydningen accelererer. Dette kan føre til tab af muskelmasse, svækket funktionsevne og et forlænget rehabiliteringsforløb, hvis ikke ernæringsbehovet dækkes tilstrækkeligt (se Figur 1) (1,2).

I praksis betyder det, at også borgere med en tilsyneladende normal kropsvægt ofte befinder sig i ernæringsrisiko. Derfor arbejdes der konsekvent ud fra princippet om ”energi- og proteinrig kost” som grundkost. Målet er at sikre en høj energitæthed og et højt proteinindhold i selv små portioner, så borgeren kan få dækket sit behov – også når appetitten er nedsat, eller måltidet tager lang tid at gennemføre.



Dysfagi, konsistenser og patientsikkerhed

En stor del af borgerne i neurologisk rehabilitering oplever dysfagi i større eller mindre grad. Dysfagi kan medføre risiko for aspiration, pneumoni og underernæring, og korrekt tilpasning af madens og drikkenes konsistens er afgørende (3). Samarbejdet med ergoterapeuter er derfor central i vurdering og opfølgning på borgerens synkefunktion. For diætisten handler opgaven ikke kun om at udføre ernæringsindsatser

med den rette konsistens ved de serverede måltider, men også om at bevare måltidets appetitlighed og ernæringsmæssige kvalitet. Måltider med højt energi- og proteinindhold og berigede drikke er centrale redskaber i den daglige praksis.

Komorbiditet og komplekse ernæringsperspektiver

Mange borgere med en skade på hjernen har ikke alene en neurologisk problemstilling, men lever også med en eller flere kroniske sygdomme som diabetes, hjertesygdom, KOL eller nyresygdom (4). Denne komorbiditet kan gøre den ernæringsfaglige indsats mere kompleks, fordi anbefalinger kan pege i forskellige retninger afhængigt af den enkelte diagnose.

Her har mit specialistkursus i klinisk ernæringsbehandling af mennesker i ernæringsrisiko bidraget med et mere nuanceret og systematisk blik på de komplekse ernæringsperspektiver. Kurset har styrket min evne til at foretage kliniske prioriteringer, hvor rehabiliteringsbehov, ernæringsrisiko og eksisterende sygdomme skal afvejes mod hinanden. I praksis kan det eksempelvis betyde, at fokus på energitæt og proteinrig kost må balanceres med hensyn til blodsukkerregulering eller væskebalance. Hos nogle borgere, fx med nyresygdom eller hyponatriæmi, skal væskeindtaget begrænses eller monitoreres nøje, og ernæringsdrikke eller sondeernæring kan derfor påvirke den samlede væskebalance.

Denne type kliniske dilemmaer understreger behovet for et tæt samarbejde med det øvrige tværfaglige team og for løbende justering af ernæringsplanen i takt med borgerens udvikling.

Når sondeernæring bliver nødvendig

For en mindre gruppe borgere er oral ernæring ikke muligt, enten midlertidigt eller i en længere periode. Her bliver sondeernæring en forudsætning for overhovedet at kunne påbegynde rehabiliteringen. Diætistens arbejde omfatter her en beregning af energi- og proteinbehov, valg af passende ernæringspræparater og løbende justering af ernæringsplanen i takt med borgerens kliniske tilstand. Samtidig indgår et pædagogisk element i at støtte både borgere og pårørende i en situation, hvor maden – som for mange er tæt knyttet til identitet og livskvalitet – har ændret form. Ifølge ESPEN's retningslinjer for klinisk ernæring i neurologi bør enteral ernæring iværksættes tidligt hos patienter, der ikke kan dække deres behov pr. os, for at reducere risikoen for komplikationer og fremme funktionel bedring (2).

Samarbejdet – en nøglefunktion

Selvom diætisten har ansvaret for den ernæringsfaglige vurdering og planlægning, er det sygeplejefaglige personale og

ergoterapeuter dem, som er tættest på borgeren i hverdagen. De observerer, hvad der reelt bliver spist, hvor lang tid måltiderne tager, og hvilke barrierer der opstår undervejs.

En væsentlig del af arbejdet består derfor også i løbende vejledning og sparring med sygeplejen og ergoterapeuterne. Det kan handle om, hvordan borgere med nedsat opmærksomhed bedst støttes under måltidet, eller hvordan en portion kan beriges med fløde eller proteinpulver uden at ændre den ordinerede konsistens. Tværfaglige ernæringsindsatser er centrale i rehabiliteringen af neurologiske patienter og anbefales i internationale retningslinjer, hvor ernæringsbehandling indgår som en del af et multidisciplinært behandlingsforløb for at forebygge malnutrition og understøtte funktionel rehabilitering (2).

Det pædagogiske arbejde med borgeren

Mange borgere har kognitive udfordringer som nedsat hukommelse, opmærksomhed eller sygdomsindsigt, hvilket kan gøre det vanskeligt at forstå, hvorfor maden er vigtig, eller hvorfor kosten ser anderledes ud end før skaden.

Formidlingen af ernæringsfaglig viden må derfor tilpasses den enkelte borgers forudsætninger. Små, konkrete mål – som at drikke et ekstra glas mælk eller vælge en proteinrig dessert – kan ofte være mere meningsfulde end abstrakte forklaringer om energi og protein.

Afsluttende refleksion

Arbejdet med borgere med erhvervet hjerneskade giver mig et nuanceret syn på, hvad klinisk diætetik kan være i praksis. Det er et felt, hvor biokemi, pædagogik, etik og tværfagligt samarbejde mødes i hverdagen.

Ernæring i neurologien fungerer ikke blot som en støttefunktion, men som en afgørende del af rehabiliteringen. Når en borger genvinder styrke, opmærksomhed og funktion – og samtidig får mod på at spise igen – bliver det tydeligt, at ernæringsindsatsen spiller en central rolle i det samlede rehabiliteringsforløb.

Referencer

1. Aquilani R, Sessarego P, Iadarola P, et al. Nutrition for brain recovery after ischemic stroke: an added value to rehabilitation. *Nutr Clin Pract.* 2011;26:339–345.
2. Burgos R, Bretón I, Cereda E, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr.* 2018;37:354–396.
3. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.* 2005;36:2756–2763.
4. Sennfält S, Pihlsgård M, Petersson J, Norrving B, Ullberg T. Long-term outcome after ischemic stroke in relation to comorbidity – An observational study from the Swedish Stroke Register (Riksstroke). *Eur Stroke J.* 2020;5:36–46.

Får danskerne fibre nok via kosten?

Husk



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

Prøv vores fiberberegner



Det er vigtigt at sørge for at få masser af fibre gennem kosten fra f.eks. fuldkornsprodukter, frugt og grøntsager.

Hvis man har brug for at supplere kosten med fibre, er HUSK® Psyllium Mavebalance et godt supplement.

Psyllium frøskaller indeholder 85% kostfibre og er i stand til at absorbere deres egen vægt 40 gange.

Når psyllium frøskallerne absorberer vand, produceres der en geléagtig masse, som giver tarmene noget at arbejde med.

Og på den måde hjælper til en normal fordøjelse.

Brug for sparring?

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



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

HUSK
PSYLLIUM · MAVEBALANCE

Ernæringens rolle i forebyggelsen af demens hos ældre

Af: Rikke Gregersen¹, seniorforsker, cand.scient., ph.d. og leder af forskningsprojektet ForebygDemens; Jette Thomsen Fabricius, klinisk diætist, Favrskov Kommune; Trine Vase Bendtsen¹, lektor, cand.scient. i human ernæring, Ernæring og Sundhedsuddannelsen, VIA University College.

¹Forskningscenter for Forebyggelse og Rehabilitering, VIA University College

Kontakt: rigr@via.dk

Artiklen beskriver ernæringens rolle i forebyggelse af demens hos ældre. Med afsæt i viden fra det største, globale, multikomponentstudie rettet mod demens (FINGER) og the Lancet Commission's 14 risikofaktorer beskrives her, hvordan kostændring (og dermed målrettet kostvejledning) kan bidrage til at reducere demensrisiko og styrke ældres hjernesundhed. Erfaringer fra det danske forskningsprojekt ForebygDemens inddrages.

Baggrund

Demens er en alvorlig og kronisk hjernesygdom med store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser. Sygdommen rammer primært ældre, og hjernepatologien kan udvikle sig op til 20 år før første kliniske symptomer (1). Der skønnes at være 100.000 danskere med demens, og dette tal vil stige markant de kommende år, da der bliver flere ældre – medmindre markante forebyggelsesinitiativer initieres. Lancet Kommissionen estimerer, at 45 % af fremtidige demenstilfælde teoretisk kan forebygges globalt ved at intervenere mod 14 modificerbare risikofaktorer (2).

Herhjemme er forebyggelsespotentialet estimeret til 35 % baseret på danskernes risikoprofil, hvorfor potentialet for aktive indsatser er stort (3). Kost/ernæring er ikke blandt de videnskabeligt identificerede risikofaktorer, undtagen alkohol, men ernæring menes alligevel at spille en afgørende rolle via påvirkningen af de kardiovaskulære risikofaktorer: hypertension, forhøjet kolesterol, fedme og diabetes.

Det største demensforebyggelsesstudie i verden er den to-årige, finske, multikomponent intervention: The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and

Disability, betegnet FINGER, hvor sund kost er en integreret del af kombinerede, målrettede sundhedsindsatser (4). Der intervereres på ældre fra den generelle population, i aldersgruppen 60-77 år, og som er i særlig risiko for at udvikle demens vurderet ud fra den validerede score: Cardiovascular Risk Factors, Aging, and Incidence of Dementia (CAIDE) (5). CAIDE inddrager alder, hypertension, forhøjet kolesterol, fysisk inaktivitet, fedme og lavt uddannelsesniveau.

Her vil vi fokusere på Lancet Kommissionens risikofaktorer, der særligt knytter sig til ernæringsrelaterede tilstande, samt kort karakterisere kostvejledningsdelen i de internationale FINGER-forsøg samt i det indledende danske FINGER-forsøg 'ForebygDemens', hvor risikogruppen er ældre med nedsat kognition som potentielt forstadie til demens (6,7).

Lancet's 14 demensrisikofaktorer

Flere af Lancet's 14 risikofaktorer er direkte påvirkelige gennem kost, fysisk aktivitet og metabolisk regulering – herunder:

- **Hypertension:** Hypertension hos midaldrende er en stærk risikofaktor, og Lancet anbefaler et systolisk blodtryk på ≤ 130 mmHg for optimal forebyggelse.
- **Fedme/metabolisk syndrom:** Overvægt hos midaldrende påvirker risikoen via sin påvirkning på blodtryk og blodlipidprofil samt risiko for insulinresistens.
- **Diabetes:** Regulering gennem kostmønstre med højt fiberindhold og lav glykæmisk belastning er central.
- **Dyslipidæmi – især LDL:** Højt LDL-kolesterol er en selvstændig risikofaktor baseret på nye kohortestudier.
- **Alkohol:** Let til moderat forbrug (< 15 g/dag svarende til ca. 1 genstand) synes ikke at øge risikoen for demens, mens højere indtag øger risikoen markant. Et nyt stort studie peger dog på, at selv beskedne mængder alkohol kan fremme demensudvikling (8).

Samlet tydeliggør pointerne fra Lancet Kommissionen, at diætister ideelt bør arbejde med ældre menneskers hjernesundhed gennem individualiserede kost- og ernæringstiltag, der positivt kan påvirke den enkeltes blodtryk, vægt, blodlipidprofil og alkoholvaner.

FINGER – en global multikomponent livsstilsintervention

Det finske FINGER-studie, som er det første store randomiserede og kontrollerede studie af sin art, demonstrerede, at en to-årig, multikomponent livsstilsintervention – bestående af kostvejledning, fysisk aktivitet, kognitiv træning, social stimulation og vaskulær risikokontrol (se Figur 1) – kan forbedre kognitiv funktion hos ældre i forhøjet risiko for udvikling af demens (4,9). Efter forløbet blev der observeret signifikante forbedringer i eksekutive funktioner, proceseringshastighed og hukommelsesopgaver sammenlignet med kontrolgruppen (4). Effekten sås på tværs af genetisk disposition (ApoE4), BMI-niveauer, hypertensionsstatus og lipidprofil ved baseline (10).

Struktureret kostvejledning i FINGER er et centralt element i den multikomponente livsstilsintervention og har til formål at forbedre kostens kvalitet og understøtte vedvarende livsstilsændringer. Forløbet kombinerer individuelle konsultationer med gruppesessioner varetaget af diætister, hvilket styrker både personlig tilpasning og social støtte – en tilgang der er dokumenteret effektiv hos ældre (11). Kostvejledningen følger de Nordiske Næringsstofanbefalinger, og deltagerne støttes i at indføre en sund og balanceret kost (12).

Der ses signifikante forbedringer i kost-adherence samt opretholdelse/forbedring af flere næringsstoffer sammenlignet med kontrolgruppen (9,13). Samtidig peger studierne på, at hvor kostvejledning gennem det lange interventionsforløb forbedrer de ældre borgers kostkvalitet, kan der være brug for supplerende støtte til at fastholde gode kostvaner efter forløbet (13).

FINGER-tilgangen danner basis for en nordisk model med sigte på at nedsætte risikoen for demens, og som er central i det danske 'ForebygDemens' projekt.

Samtidig afvikles FINGER nu i mere end 70 lande på verdensplan.

Blandt andre globale diætinterventioner, der med nogen evidens er i stand til at styrke kognitionen hos middelaldrende og ældre, er:

- MIND-diæten (Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay) (14)
- DASH-diæten (the Dietary Approaches to Stop Hypertension) (15,16)
- Middelhavskost (17,18)



Figur 1. FINGER Intervention – De Fem Fingre. Hver finger repræsenterer hver et sundhedsdomæne i FINGER multikomponent livsstilsintervention, herunder ernæringsindsats.

Fælles for diæterne er, at de fremhæver et højt indtag af frugt og grøntsager, fuldkorn, bælgfrugter, nødder og fisk samt sunde planteolier som primære fedtkilder. Samtidig lægges der vægt på at begrænse indtaget af rødt kød, mættet fedt, sukkerholdige fødevarer og stærkt forarbejdede produkter. MIND-diæten er en kombination af middelhavskost og DASH-diæten. Som i FINGER, er der tale om kostmønstre, der understøtter kardiovaskulær sundhed, hvilket kan være en virkningsmekanisme, der bidrager til en potentiel nedsat demensrisiko. Herudover kan virkningsmekanismer også relatere sig til fx nedsat inflammation samt nedsat demenspatologi (2). Evidensen for, at kost i sig selv og direkte kan forebygge demens, er dog relativt begrænset. En sammenhæng er metodisk svær at påvise, da fx lange tidsintervaller, selvrapporerede kost og samtidige livsstilsfaktorer gør det vanskeligt at isolere kostens bidrag. Derfor indgår kost ikke i Lancet Kommissionens 14 oplyste demensrisikofaktorer, hvor flere vaskulære faktorer til gengæld påvirkes af kost.

Effekten af kost og ernæring synes at øges betydeligt, når ernæring indgår som en del af en bredere livsstilsindsats, der retter sig mod kendte demensrisikofaktorer (2).

Erfaringer fra "ForebygDemens"

Forskningsprojektet 'ForebygDemens' er Danmarks første demensforebyggelsesprojekt og er støttet af Trygfonden. Her afprøves en forkortet og pragmatisk FINGER-intervention i fire danske kommuner, hvor målgruppen er ældre, der viser tidlige tegn på kognitiv tilbagegang, som ikke kan tilskrives naturlig aldring. Der er tale om et feasibility-studie, hvor vi primært er interesseret i, hvad der fremmer, og hvad der er barrierer for deltagelse og fastholdelse til indsatsen. Hovedparten er ældre med diagnosen Mild Cognitive Impairment (MCI), hvor statistikken viser, at 15 % vil udvikle demens inden for et år efter diagnosen (19). Herudover deltager der i Aarhus kommune udelukkende ældre borgere, som selv har vurderet, at de har begyndende, ikke-aldersrelaterede, kognitive udfordringer (subjective cognitive complaints (SCC)). Der er evidens for, at patienter, der opsøger egen læge pga. SCC, har øget risiko for senere at udvikle demens (20). Begge grupper er velegnede til sekundær forebyggelse, hvor ændringer i kost, livsstil og kardiometaboliske risikofaktorer kan implementeres på et tidspunkt, hvor hjernen stadig er modtagelig for intervention.

I kommunerne Favrskov, Aalborg og Hjørring er veltilrettelagte gruppeindsatser med ugentlig fysisk og kognitiv træning hen over en tre-måneders-periode, støttet op af tre individuelle kostsamtaler før og under forløbet for borgere med MCI, rekrutteret fra neurologiske afdelinger og internt i kommunen. I Aarhus deltager ældre borgere med SCC, som er rekrutteret gennem et nyhedsbrev fra Ældresagens

lokalafdeling i Østjylland. I Aarhus deltager borgerne på "egen hånd" uden kommunal støtte men med støtte fra civilsamfundet og kostvejledning fra studerende fra professionsbacheloruddannelsen i Ernæring og Sundhed ved VIA University College. Der evalueres i alle fire kommuner på adfærdsendring relateret til kost, ved at deltagerne udfylder Hjertekostskemaet før og efter interventionen (21).

Styrket indsats i Favrskov kommune

Hvad angår kostdelen, gennemførte Favrskov Kommune en styrket indsats, hvor vejledningen foregik ved klinisk diætist i borgerens eget hjem, suppleret af en dag med fælles madlavning. "Denne praksis har øget borgernes mestring og gjort kostanbefalingerne mere håndgribelige og bæredygtige i hverdagen", fortæller en diætist i kommunen. Det stemmer tæt overens med FINGER-principperne: Livsstilsændringer fastholdes bedst, når de opleves som relevante, praktiske og gennemførbare i konkrete hverdagsmiljøer (11).

Muligheden for hjemmebesøg gav et billede af deltagerens dagligdag. De havde mulighed for at fremvise vanlige fødevarer og produkter. Det var let for dem at fortælle om deres madlavningskundskaber, når de var i eget miljø. De pårørende prioriterede alle samtalen og var en stor støtte til anamnesen og den efterfølgende aftale om eventuelle kostinterventioner.

Eftermiddagen med madlavning samlede deltagerne og deres pårørende til en hyggelig dag. Der blev bundet relationer og deltagerne fik mulighed for at udføre kendte opgaver som fx at skrælle gulerødder, ælte dej, dække bord og vaske op - alt efter deres kognitive formåen. Kognitivt niveau kan nemlig variere i gruppen, da MCI ofte diagnosticeres sent, og desuden findes der fire forskellige MCI varianter. På efterfølgende ugentlige træninger gav deltagerne positiv tilkendegivelse af arrangementet og flere fortalte løbende om de opskrifter, de efterprøvede hjemme.

Da flere borgere har fastholdt sundere kostvaner nu to måneder efter endt forløb (endnu upublicerede data), peger det på, at en struktureret, relationel og lavtærskel ernæringsstøtte har effekt for en højrisikogruppe af borgere med nedsat kognitiv funktion.

Hvad kan diætister gøre i praksis for ældre i risiko?

Screening og målfastsættelse:

- Kortlæg kostmønstre, saltindtag, alkoholvaner, måltidsstruktur og madlavningskompetencer.

Følg systematisk: BMI/taljemål, blodtryk, LDL/non-HDL, triglycerider og HbA1c.

Ernæringstiltag (jf. the Lancet Commission, 2024):

- Spis mange grønsager, frugt, bær, fuldkorn, bælgfrugter, planteolier og fisk.
- Reducér mættet fedt, forarbejdet kød, ultraforarbejdede fødevarer, sukker, og alkohol.
- Arbejd med struktureret planlægning, konkrete kostforslag og praktisk madlavning (2).

Oversat til danske forhold vil de anbefalede ernæringstiltag tage udgangspunkt i De Nordiske Næringsstofanbefalinger og De Officielle Kostråd (12,22).

Samarbejde med andre faggrupper:

I afviklingen af en demensforebyggende indsats som FINGER er diætisternes samarbejde med fysioterapeuter, ergoterapeuter, praktiserende læger m.fl. vigtigt for at skabe sammenhængende forløb for deltagerne.

Kost skal gøres til en integreret komponent sammen med fysisk og kognitiv træning, social interaktion og stram vaskulær risikostyring.

Konklusion

Evidensen fra FINGER-studierne og fra Lancet kommissionens risikofaktorer peger på, at systematisk kostvejledning kan nedsætte kognitiv tilbagegang, sandsynligvis ved at forbedre metaboliske risikoprofiler som fedme, diabetes og hypertension og styrke den samlede hjernesundhed. Når ernæring kobles med fysisk aktivitet, kognitiv træning, social interaktion og vaskulær risikokontrol, opnås en synergieffekt, som giver borgerne optimeret mulighed for at bevare deres kognitive funktion og livskvalitet i alderdommen.

Referencer

1. Rafii MS, Aisen PS. Detection and treatment of Alzheimer's disease in its preclinical stage. *Nat Aging*. 2023;3:520-531.
2. Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024;404:572-628.
3. Jørgensen K, Nielsen TR, Nielsen A, Waldemar G. Potential for prevention of dementia in Denmark. *Alzheimers Dement*. 2023;19:45904598.
4. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385:2255-2263.
5. Kivipelto M, Ngandu T, Laatikainen T, Winblad B, Soininen H, Tuomilehto J. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle-aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet Neurol*. 2006;5:735-741.
6. Gregersen R, Brinkmann S. Sådan undgår du at blive dement: Brinkmanns briks. DR; 2025 Apr 16. Tilgængelig fra: <https://www.dr.dk/lyd/p1/brinkmanns-briks/brinkmanns-briks-2025/saadan-undgaar-du-at-blive-dement-11032521163>
7. Ringgaard A. Metode kan forebygge demens – men danskere får ikke gavn af den. *Videnskab.dk*; 2026 Jan 2. Tilgængelig fra: <https://videnskab.dk/krop-sundhed/metode-kan-forebygge-demens-men-danskere-faar-ikke-gavn-af-den/>
8. Topiwala A, Levey DF, Zhou H, et al. Alcohol use and risk of dementia in diverse populations: evidence from cohort, case-control and Mendelian randomisation approaches. *BMJ Evid Based Med*. 2026;31:1322. Epub ahead of print 2025.
9. Lehtisalo J, Ngandu T, Valve P, et al. Nutrient intake and dietary changes during a 2-year multidomain lifestyle intervention among older adults: secondary analysis of the Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER) randomised controlled trial. *Br J Nutr*. 2017;118:291-302.
10. Rosenberg A, Ngandu T, Rusanen M, et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: the FINGER trial. *Alzheimers Dement*. 2018;14:263-270.
11. Fatemi SF, Tehrani H, Khosravi M, Doosti H, Rasaei N, Sobhani SR. Influencing factors of adherence to sustainable diets: a systematic review of behavioral theories. *Front Sustain Food Syst*. 2025;9:1465622.
12. Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023: Integrating Environmental Aspects. Copenhagen: Nordic Council of Ministers. 2023.
13. Uusimäki K, Ngandu T, Antikainen R, et al. Long-term dietary changes after a multidomain lifestyle intervention among older adults (FINGER). *Eur J Public Health*. 2025;35:ckaf161.1396.
14. Barnes LL, Agarwal P, Aggarwal NT, et al. Trial of the MIND diet for prevention of cognitive decline in older persons. *N Engl J Med*. 2023;389:602611.
15. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med*. 1997;336:1117-1124.
16. Song Y, Wu F, Sharma S, et al. Midlife adherence to the DASH diet and late-life subjective cognitive complaints in women. *Alzheimers Dement*. 2024;20:1076-1088.
17. Keys A, Keys M. *How to Eat Well and Stay Well the Mediterranean Way*. Garden City, NY: Doubleday. 1975.
18. Fekete M, et al. The role of the Mediterranean diet in reducing the risk of cognitive impairment, dementia, and Alzheimer's disease: a meta-analysis. *GeroScience*. 2025;47:3111-3130.
19. Davatzikos C, Xu F, An Y, et al. Longitudinal progression of Alzheimer's-like patterns in normal individuals. *Neurobiol Aging*. 2011;32(12):2322.e192322.e27.
20. Webster-Cordero F, Giménez-Llort L. A systematic review on subjective cognitive complaints: main neurocognitive domains, myriad assessment tools, and new approaches for early detection. *Geriatrics*. 2025;10:65.
21. Hjerteforeningen. Hjertekostskema (A4 PDF). 2024. Tilgængelig på: https://hjerteforeningen.dk/fagnet/wp-content/uploads/sites/2/2024/04/Hjertekostskema_2024_A4.pdf (tilgået 13.03.2026).
22. Fødevarestyrelsen. Kostråd til dig. U.å. (løbende opdateret). Tilgængelig på: <https://foedevarestyrelsen.dk/kost-og-foedevarer/alt-om-mad/de-officielle-kostraad/kostraad-til-dig> (tilgået 13.03.2026).

Styrket fokus på øvre dysfagi i primærsektoren: Et kommunalt udviklingsinitiativ

Prævalensen af øvre dysfagi er langt højere, end vores tværfaglige kollegaer ofte er klar over. Det er derfor en del af vores opgave som diætister at udbrede den viden, vi har på området.

Af: Olivia Victoria Thinus, aut. klinisk diætist, Ernæringskonsulent, Haderslev Kommune

Kontakt: ovt@haderslev.dk

I den travle hverdag i kommunen er dysfagi noget, der ofte glider i baggrunden. Ikke af mangel på vilje men fordi tegnene kan være små, og viden om øvre dysfagi ikke altid er en del af de ansattes fælles faglige rygsæk.

Da vi i Haderslev Kommune begyndte at se mere systematisk på området, gik det hurtigt op for os, hvor mange borgere med dysfagi der kan opdages, når flere medarbejdere ved, hvad de skal kigge efter.

Baggrund

Incidenten og prævalensen af dysfagi i primærsektoren er uklare, hvilket sandsynligvis skyldes manglende enighed om, hvordan øvre dysfagi defineres. Det vides dog, at tilstanden påvirker både livskvalitet og ernæringstilstand. I 2024 kom der desuden ny og væsentlig indsigt i de samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark.

I en nyere samfundsøkonomisk rapport er det blevet estimeret, at forekomsten af underernæring i primærsektoren i 2024 samlet udgør omkring 77.000 personer blandt plejehjemsboere og hjemmeboende borgere, som modtager hjemmepleje (1).

En ikke ubetydelig del af denne gruppe må forventes at kunne relateres til øvre dysfagi. Dette understøttes af, at flere studier peger på en forekomst af dysfagi på op mod 60 % blandt beboere på plejehjem (2). Samtidig er det veldokumenteret i litteraturen, at uopdaget dysfagi er en markant risikofaktor for udvikling af underernæring (3).

Fra nysgerrighed til projektidé

Da jeg som nyuddannet diætist blev ansat som ernæringskonsulent i Haderslev Kommune i 2024, blev jeg nysgerrig på, hvordan vi som kommune kunne styrke vores indsats på dysfagiområdet: Fra den tidlige opsporing til udredningen, indsats og dokumentation.

Samtidig arbejdede mine nærmeste kollegaer, begge sygeplejersker, med den udviklingsorienterede proces *Foran På Faglighed*. Formålet med processen er at udbrede viden om udvalgte sundhedsfaglige emner til alle medarbejdere i driften. *Foran På Faglighed* omfatter både undervisning, læringsværktøjer og "15 faglige minutter" i hverdagen, hvor personalet kan tilegne sig ny viden og dele erfaringer.

Vi så *Foran På Faglighed* som en oplagt ramme til at skabe øget opmærksomhed omkring øvre dysfagi.

Dysfagi blev derfor prioriteret til at være tema på *Foran På Faglighed* i efteråret 2025. Dermed kunne forberedelserne gå i gang med et fælles mål om at løfte kvaliteten af vores indsats omkring dysfagi på tværs af organisationen.

Undervisning

Forud for undervisningen var der en række løse ender, der skulle samles. Flere gamle arbejdsmønstre og uafklarede procedurer stod i vejen for en ensartet indsats, og det var nødvendigt at skabe fælles retning. Det krævede i første omgang en hel del research i vores egen organisation; hvad gjorde vi nu, hvad kunne vi gøre bedre, og hvor vil vi gerne ende.

Researchen viste, at alle vores udkørende teams og plejehjem arbejdede med dysfagi, men i varierende grad. Det var forskelligt hvornår plejepersonalet reagerede, hvordan vores ergoterapeuter testede, og hvordan indsatsen mod dysfagi blev dokumenteret.

De første punkter på dagsordenen blev derfor at skabe klarhed omkring screeningsprocessen, etablere en strømlinet anvendelse af testmetoder og udvikle en sammenhængende arbejdsgang, som kunne binde det hele praktisk sammen.

Undervisningen blev igangsat i oktober 2025, og der blev planlagt i alt 56 undervisningssessioner for at sikre, at så mange medarbejdere som muligt kunne deltage. Hver undervisning varede 75 minutter, og havde til formål at give medarbejderne en grundlæggende viden om dysfagi.

Viden om dysfagi blev i undervisningen understøttet af arbejdsgangen for tidlig opsporing, TOBS¹ og triage, som medarbejderne allerede kendte fra tidligere undervisningstemaer i *Foran På Faglighed*. På den måde kunne tidlig opsporing af dysfagi integreres i en arbejdsgang, medarbejderne allerede arbejdede ud fra, hvilket styrkede implementeringen, og hvordan de skulle gøre i hverdagen.

Som opfølgning på undervisningen blev der indlagt "15 faglige minutter" i medarbejdernes hverdag, som blev understøttet af tre læringsredskaber:

- "Skattejagt"- hvor medarbejderne kunne orientere sig i det faglige materiale om dysfagi, som ligger tilgængeligt på kommunes digitale vidensplatform.
- "Hvem vil være millionær"- hvor medarbejderne repeterer deres viden om dysfagi og ernæring gennem det kendte spilformat "Hvem vil være millionær".
- "Smagsprøvning af fortykkede ernæringspræparater" - hvor medarbejderen fik lov at smage fortykkede ernæringspræparater.

I alt deltog 622 medarbejdere i undervisningen, hvilket svarer til 69 % af medarbejderne i driften.

Flere udredninger og mere fokus

Nu står vi på den anden side af processen og kan tydeligt se, hvilke udviklinger der er sket i forhold til tidlig opsporing af dysfagi. Vores ergoterapeuter fortæller fx, at de nu modtager markant flere henvendelser om borgere, hvor der er tegn på dysfagi. Den samme tendens oplever jeg som diætist. Jeg får i dag flere henvendelser fra både sygeplejersker, plejepersonale og ergoterapeuter, end jeg gjorde forud for processen.

Dette underbygges også af, at vi bl.a. kan se, at gennemsnittet for hvor mange beboere, der får modificeret kost og/eller væske på kommunens plejehjem, er steget fra 20,5 % før processen til 30 % efter afslutningen. Vi må formode, at denne stigning kommer på baggrund af, at vi er blevet bedre til at opspore borgere med dysfagi.

Det øgede fokus på tidlig opsporing har ikke kun betydet flere udredninger; det har også skabt et stærkere og mere systematisk samarbejde på tværs af faggrupperne.

I Haderslev Kommune har vi senest udviklet en strømlinet testmetode til udredning af dysfagi, som nu anvendes af ergoterapeuterne. Det betyder, at vi i dag har en fælles og ensartet tilgang til, hvordan der testes, dokumenteres og følges op. På den måde sikrer vi kvalitet og sammenhæng i indsatsen.

Det føles, som om der er blevet bundet en lille sløjfe på processen - samtidig med, at vi langt fra er i mål. Vi har fortsat meget at lære, og der er stadig behov for at udbrede viden om dysfagi i hele organisationen. Men fundamentet er lagt, og udviklingen går i den rigtige retning.


Referencer

1. Skogil, E., Rødal, M., Halvorsen, C., Vinter, C., Stokke, O. M. Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark. Menon Economics. 2024.
2. Doan TN., Ho WC., Wang LH., Chang FC., Nhu N. T., Chou LW., Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta. Journal of clinical medicine. 2022;11:2605.
3. Saleedaeng, P., Korwanich, N., Muangpaisan, W., & Korwanich, K. Effect of dysphagia on the older adults' nutritional status and meal pattern. Journal of Primary Care & Community Health, 2023;14:1-7.

Til mine diætistkolleger rundt i kommunerne vil jeg anbefale:



1. Skab ledelsesmæssig opmærksomhed og sæt dysfagi på dagsordenen, og underbyg med tal for økonomiske konsekvenser.



2. Sæt arbejdet i system, udarbejd tydelige arbejdsgange, brug evidensbaserede testmetoder og fastlæg, hvornår plejen skal henvende sig til ergoterapeuter og sørg for, at ergoterapeuter er dem, som træffer beslutning om konsistenser. Skab en ensartet og systematisk arbejdsgang for dokumentation.



3. Styrk den tværfaglige viden, og undervis personale i dysfagi sammen med ergoterapeuter og sygeplejersker, så undervisningen bliver tværfaglig og praksisnær.



Udarbejd visuelt materiale ved at udarbejde letforståeligt materiale om dysfagi, modificerede konsistenser

¹TOBS = Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom er et redskab, der arbejdes meget med i driften, da TOBS er noget man gør: måler temperatur, blodtryk osv.

Kost med modificeret konsistens til personer med dysfagi

For personer med dysfagi kan mad og drikke med modificeret konsistens være en nødvendig og vigtig del af ernæringsbehandlingen. I 2025 udkom 6. udgave af Anbefalinger for den danske institutionskost, og i dette efterår lanceres en opdateret version af Den Nationale Kosthåndbog, *Kosthåndbogen.dk*. Denne artikel gennemgår principper og anbefalinger for kost med modificeret konsistens til personer med dysfagi, herunder hvilke ændringer de opdaterede anbefalinger medfører. Afslutningsvist præsenteres data fra Regionshospitalet Gødstrup som eksempel på ordination og anvendelse af kost med modificeret konsistens.

Af: Marianne Boll Kristensen, forsknings- og uddannelsesansvarlig klinisk diætist, ph.d., Afdeling for Ernæring, Regionshospitalet Gødstrup.

Kontakt: maboki@rm.dk

Indikation for kost med modificeret konsistens

Ifølge den danske konsensusdefinition forstås dysfagi bredt som "funktionsnedsættelser, der enten forhindrer eller begrænser indtagelsen af føde og væsker, og som gør synkning risikabel, ineffektiv, ubehagelig eller som påvirker livskvaliteten" (1).

Dysfagi optræder særligt hyppigt hos personer med neurologiske sygdomme eksempelvis apopleksi, amyotrofisk lateral sklerose og Parkinsons sygdom, men ses også ved eksempelvis hoved-halskræft, kronisk obstruktiv lungesygdom eller i forbindelse med aldring og almen svækkelse.

Dysfagi er forbundet med øget risiko for både underernæring og dehydrering. For at sikre et tilstrækkeligt energi-, protein- og væskeindtag er det afgørende, at konsistensen af mad og drikke tilpasses den enkeltes synkefunktion og funktionsniveau (2).

Vurdering og fastlæggelse af behov for konsistensmodificeret kost bør ske i samarbejde med en ergoterapeut med kompetencer inden for dysfagi. Ernæringstilstand samt samlet

energi-, protein- og væskeindtag bør monitoreres tæt, og et tværprofessionelt samarbejde mellem klinisk diætist, ergoterapeut og plejepersonale anbefales. Kosten bør følge de nationale anbefalinger og den standardiserede terminologi, som anvendes i Danmark (2).

Opdatering af anbefalingerne

I juli 2025 udkom 6. udgave af Anbefalinger for den danske institutionskost (2). Den tidligere udgave var fra 2015, og der var behov for en opdatering blandt andet i lyset af Sundhedsstyrelsens vejledning *Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis* fra 2022 samt de opdaterede Nordiske Næringstofanbefalinger (NNR) fra 2023 (3-5).

Opdateringen medførte også ændringer i anbefalingerne vedrørende mad og drikke med modificeret konsistens, som beskrives nedenfor.

Grundlæggende diætprincipper i kost med modificeret konsistens

En væsentlig ændring i de nye anbefalinger er, at man generelt er gået fra tre kostformer til voksne (Normalkost, Sygehuskost, Kost til småtspisende) til kun at have to (Normalkost samt Energi- og proteinrig kost) (2).

Tabel 1: Principper for Kost til småtspisende og Energi- og proteinrig kost

	Kost til småtspisende	Energi- og proteinrig kost
Energi procentfordeling (E%) (planlægningsnorm)		
Protein	18	18
Fedt	50	40
Kulhydrat	32	42
Anbefalet dagligt antal måltider	6-8 små måltider	3 hovedmåltider og 3 mellemmåltider
Forslag til fordeling af energiindtagelse på dagens måltider (%)		
Morgen	20 %	20-25 %
Frokost	15-20%	20-25 %
Aften	15-20%	25-30 %
Mellemmåltider	30-50 %	15-30 %

Referencer: Anbefalinger for den danske institutionskost [2] og Kosthåndbogen.dk. Kosthåndbogen.dk er under opdatering, og den opdaterede version lanceres til i efteråret 2026.

Da principperne for kost med modificeret konsistens tidligere tog udgangspunkt i Kost til småtspisende, har denne ændring betydning for praksis. I de nye anbefalinger baseres kost med modificeret konsistens på kostformen Energi- og proteinrig kost.

Principperne for de to kostformer er vist i tabel 1.

Konsistenser og terminologi

I Danmark anvendes et standardiseret system for kost med modificeret konsistens.

For mad benyttes følgende tre niveauer:

- Blød konsistens
- Gratinkonsistens
- Cremet konsistens

For drikke benyttes:

- Let fortykket konsistens
- Moderat fortykket konsistens
- Meget fortykket konsistens

Internationalt anvendes i flere lande systemet International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), som også foreligger i dansk oversættelse (6).

I forbindelse med opdateringen blev det diskuteret, hvorvidt IDDSI skulle erstatte det danske system. Konklusionen var

imidlertid, at de eksisterende danske betegnelser fastholdes, da der ikke foreligger evidens for, at IDDSI er bedre end de gældende standarder, der anvendes i Danmark (2).

Konsistens af mad

Personer med normal tygge- og synkefunktion kan indtage mad med umodificeret konsistens, hvilket vil sige alle typer og kombinationer af konsistenser.

Mad med blød konsistens har en blød og saftig/våd konsistens, hvor der er behov for at tygge maden. Alle ingredienser skal være naturligt bløde eller tilberedes, så de får en blød konsistens, eksempelvis ved kogning, dampning eller bagning. Maden skal uden besvær kunne bides over, og nemt kunne deles eller moses med en gaffel. Eksempler på mad med blød konsistens er brød uden skorpe, smøre pålæg, omelet, farsretter uden stegeskorpe og frugtgrød med mælk/fløde (2).

Mad med gratinkonsistens skal have en helt ensartet, blød og sammenhængende konsistens. Konsistensen skal være tilpasset, så maden kan bearbejdes primært med tungen og uden egentlig tygning. Fødebollen skal kunne dannes ubesværet. Alle ingredienser pureres før tilberedning, og den færdige ret skal have en fast og sammenhængende struktur, som bevarer formen ved anretning – sammenlignelig med en æggestand tilberedt i vandbad. Hvis en ret består af flere

elementer, skal disse have samme konsistens; der må ikke forekomme blandede konsistenser. Det er vigtigt at være opmærksom på, at visse fødevarer, eksempelvis flødeskum og is, kan ændre konsistens under spiseprocessen og blive tyndtflydende. Disse opfylder derfor ikke kriterierne for gratinkonsistens. Hos personer, som er ordineret mad med gratinkonsistens, er den orale ernæring (inklusive energi- og proteinrige drikke) typisk den primære, men der kan være behov for at supplere med sondeernæring (2).

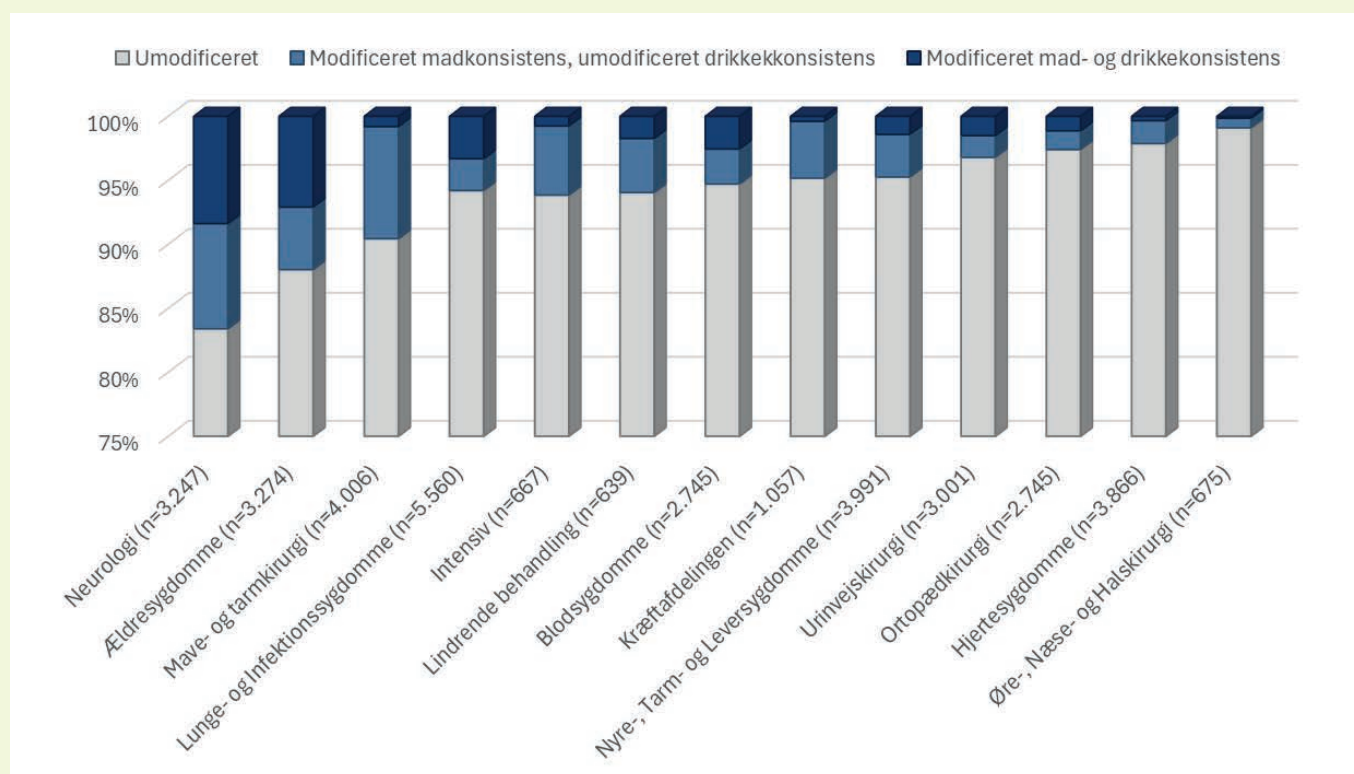
Mad med cremet konsistens har en tyk, cremet, ensartet og sammenhængende konsistens, som i sig selv danner en fødebolle. Alle ingredienser skal enten være naturligt cremede eller pureres til en helt glat masse uden klumper eller partikler. Maden skal være fugtig og sammenhængende, kunne holde formen på en ske og må ikke flyde ud på tallerkenen. Maden skal kunne indtages udelukkende med ske. Ved denne konsistens vil der som hovedregel være behov for supplerende ernæring i form af sondeernæring og/eller energi- og proteinrige drikke for at sikre sufficient energi- og proteinindtag (2).

Konsistenser af drikke

Behovet for konsistensmodificering af mad og drikke følges ikke nødvendigvis ad. En person kan have behov for modificeret madkonsistens, men samtidig kunne indtage almindelige tynde drikke som vand og kaffe uden problemer. Ordination af fortykkede drikke bør ske på baggrund af grundig klinisk vurdering og informeret samtykke. Evidensen for forebyggelse af aspirationspneumoni er usikker, og der er rapporteret reduceret accept samt risiko for utilstrækkeligt væskeindtag, vægttab og dehydrering (7). Samtidig er evidensen for brug af fortykningsmiddel sparsom, hvorfor anvendelsen af disse altid bør være ud fra en individuel vurdering og kun i sammenhænge, hvor det ikke er muligt at tilbyde naturligt fortykkede drikkevarer (2).

Let fortykket drikkekonsistens omfatter drikkevarer, der er naturligt tykke, fx kakaomælk og drikkeyoghurt. Drikkevarerne har et stabilt, hurtigt flow, der dog er noget langsommere end drikkevarer med umodificeret drikkekonsistens (fx vand). Drikkevarer med let fortykket konsistens 'løber' hurtigt gennem tænderne på en gaffel og efterlader en let belægning (2).

Figur 1. Andel af patientdage med ordination af kost med modificeret konsistens fordelt på sengeafsnit



Andel af patientdage med henholdsvis umodificeret kost, modificeret madkonsistens samt modificeret konsistens af både mad og drikke på somatiske sengeafsnit for voksne på Regionshospitalet Gødstrup (ekskl. svangre- og barselsafsnittet). Hver søjle repræsenterer et sengeafsnit og summerer til 100 %. Data dækker perioden oktober 2025 til februar 2026 og er opgjort pr. patientdag, hvor hver observation repræsenterer den kostform/konsistens, patienten var ordineret den pågældende dag.

Moderat fortykket drikkekonsistens kan sammenlignes med tyk milkshake og har et meget langsomt flow. Drikken kan indtages fra kop eller glas, men bevæger sig trægt ved hældning. Ofte er indtag med teske mest hensigtsmæssigt. Konsistensen drypper langsomt gennem tænderne på en gaffel (2).

Meget fortykket drikkekonsistens svarer til budding eller mousse. Konsistensen er ekstremt tyk og uden egentligt flow og bevarer formen på en teske. Den kan udelukkende indtages med ske. Hvis en teske kan stå oprejst i væsken, er konsistensen for tyk. Væsken passerer ikke gennem en gaffels tænder (2).

Dysfagi og dehydrering

Ved dysfagi – særligt ved behov for fortykkede drikke – skal der være øget opmærksomhed på risikoen for dehydrering. Det bør vurderes, om det daglige væskebehov dækkes. Det gennemsnitlige væskebehov er under normale omstændigheder 30–40 ml/kg legemsvægt/dag. Dehydrering kan vurderes ved beregning af serum-osmolaritet: $\text{Osmolaritet} = 1.86 \times (\text{Na} + \text{K}) + 1.15 \times \text{glukose} + \text{karbamid} + 14$ (alt målt i mmol/liter).

En beregnet serum-osmolaritet på ≥ 295 mmol/liter indikerer dehydrering (2).

Kost med modificeret konsistens på Regionshospitalet Gødstrup

På Regionshospitalet Gødstrup er der implementeret et à la carte-koncept, hvor patienter bestiller mad via en elektronisk tablet. Ordningen gælder også patienter med dysfagi. Ved indlæggelse ordineres kostform i systemet samt eventuelt behov for konsistensmodificering af mad og/eller drikke, hvorefter patienten på sin tablet udelukkende præsenteres for retter og drikkevarer, der svarer til den ordinerede konsistens.

Data fra oktober 2025 til og med februar 2026 viser, at der på de somatiske sengeafsnit for voksne (ekskl. svangre- og barselsafsnittet) bliver ordineret kost med modificeret konsistens på knap 7 % af patientdagene (ca. 4 % med modificeret madkonsistens og umodificeret drikkekonsistens samt 3 % med modificeret konsistens af både mad og drikke). Forekomsten er højest på Sengeafsnit for Neurologi (17 %), Ældresygdomme (12 %) og Mave- og Tarmkirurgi (10 %), jf. figur 1. Blandt de modificerede madkonsistenser anvendes blød konsistens hyppigst, mens gratinkonsistens og cremet konsistens tilsammen udgør under 3 % af alle patientdage. Som det fremgår af Tabel 2, er der ikke nødvendigvis sammenhæng mellem behov for modificering af mad og behov for modificering af drikke.

Tabel 2. Ordineret mad- og drikkekonsistens

Ordineret drikkekonsistens	Ordineret madkonsistens				I alt
	Umodificeret	Blød konsistens	Gratinkonsistens	Cremet konsistens	
Umodificeret	33.118	1.120	169	110	34.517
Let fortykket	-	313	190	132	635
Moderat fortykket	-	73	98	81	252
Meget fortykket	-	3	10	56	69
I alt	33.118	1.509	467	379	35.473

Antal patientdage fordelt på ordineret mad- og drikkekonsistens på somatiske sengeafsnit for voksne på Regionshospitalet Gødstrup (ekskl. svangre- og barselsafsnittet). Data dækker perioden oktober 2025 til februar 2026 og er opgjort pr. patientdag, hvor hver observation repræsenterer den mad- og drikkekonsistens, patienten var ordineret den pågældende dag.

Referencer

- Nielsen AH, Eskildsen SJ, Danielsen J et al. Defining dysphagia - a modified multi-professional Danish Delphi study. *Scand J Gastroenterol.* 2023 Jun;58(6):583-588.
- Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den danske institutionskost. 6. udgave. Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen. 2025.
- Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den danske institutionskost. 5. udgave. Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen. 2015.
- Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. Sundhedsstyrelsen. 2022.
- Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2023.
- Cichero JA, Lam P, Steele CM et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia.* 2017 Apr;32(2):293-314.
- Beck AM, Hansen T, Kjærsgaard A et al. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (+18 år) personer med øvre dysfagi - 2. opdatering. Center For Kliniske Retningslinjer. 2022.

Dysfagi i kommunen: Diætistens rolle i opsporing og tværfagligt samarbejde

Af: Tania Lange, klinisk diætist, Frederikshavn Kommune og næstformand for Dansk Selskab for Dysfagi (DSD).

Kontakt: taln@frederikshavn.dk

Dysfagi – en ernæringsfaglig blind vinkel

Dysfagi er en udbredt, men ofte undererkendt udfordring i kommunal praksis. Problemer med at tygge og synke kan få alvorlige konsekvenser for borgerens ernæringstilstand, sikkerhed og livskvalitet, men opdages ikke altid af vedkommende selv. Her har diætisten en særlig position: Vi møder borgeren gennem kosten, og kan derfor være blandt de første til at identificere tegn på dysfagi og iværksætte relevante tiltag i samarbejde med andre faggrupper.

Dysfagi er ikke en diagnose, men en funktionsnedsættelse, hvor tygge- og/eller synkefunktionen er påvirket, typisk som følge af sygdom. Forekomsten er høj og varierer fra 36,5 % til 51 % afhængigt af kontekst, eksempelvis hospital eller plejehjem (1).

I kommunalt regi ses dysfagi hyppigt hos borgere med kræft i mundhulen, hoved-hals-regionen, spiserøret eller cardia samt hos borgere med apopleksi, KOL, demens og generel skrøbelighed. Både borgere i eget hjem og på plejehjem er særligt berørte. Forekomsten af dysfagi er stigende og

afspejler formentlig, at vi lever længere - også med kronisk sygdom, samt en øget faglig opmærksomhed på dysfagi.

Opsporing gennem kosten

I praksis sker opsporing af dysfagi ofte i forbindelse med ernæringscreening og kostanamnese. Fx er der i Ernæringsvurderingsskemaet (EVS) også fokus på tygge-/synkeproblemer. En ensidig kost præget af bløde fødevarer, hvor kød, rugbrød og rå grøntsager er fravalgt, kan være et tidligt tegn. Jeg observerer gerne borgeren, når vedkommende spiser og/eller spørger systematisk ind til tygge- og synkebesvær, hoste under måltider, ændret stemme, opkastninger og ubehag ved spisning.

Gentagne lungebetændelser er et væsentligt advarselssignal. Mange borgere er ikke selv opmærksomme på gradvise ændringer i deres spisevaner. Under vejledningen inddrager jeg også de sociale konsekvenser, fx hvis fællesspisning undgås af frygt for hoste eller fejlsynkning.

Diætist og ergoterapeut - et nødvendigt makkerpar

Ved mistanke om dysfagi indhenter jeg samtykke til at inddrage en ergoterapeut med henblik på vurdering af synkefunktion og eventuelt behov for træning. Henvisningsvejene varierer fra kommune til kommune, men fælles er, at et vel-fungerende tværfagligt samarbejde sikrer hurtig afklaring og målrettet indsats.

Indtil en ergoterapeutisk vurdering foreligger, iværksættes midlertidige ernæringstiltag såsom konsistenstilpasning, energi- og proteinrig kost, små og hyppige måltider samt eventuel fortykkelse af væsker. Her er diætistens faglige dømmekraft central for at balancere borgerens ernæringsbehov og sikkerhed.

Kosttilpasning - når teori møder praksis

Når synkevurderingen er gennemført, justeres den ernæringsfaglige vejledning. Udfordringer opstår ofte, når borgere eller pårørende selv tilbereder gratin- eller cremet kost uden kendskab til konsistenskrav. Her er behov for konkret, anvendelsesorienteret vejledning.

Tegn på dysfagi

- Hoste under eller efter måltider
- Gentagne lungebetændelser
- Ændret stemme under eller efter måltid
- Utilsigtet væggtab
- Forlænget synketid
- Smerter ved synkning
- Savlen eller spytning af mad
- Rallende eller besværet vejrtrækning under måltid
- Kvælningss fornemmelse
- Opkastning i forbindelse med måltider (2)

Diætisten kan bidrage med viden om egnede madserviceordninger, der kan levere rette konsistens, opskrifter, industri-fremstillede produkter, mellemmåltider og berigelse. Samtidig er det vigtigt at informere om risici ved blandede konsistenser, fx kombinationen af tynd væske og faste elementer. I komplekse forløb er fælles besøg med ergoterapeut en styrke.

Min erfaring er, at et tæt samarbejde med borger, pårørende, køkkenmedarbejdere, madservice og ikke mindst ergoterapeuter og plejepersonale er afgørende for efterlevelse og patientsikkerhed.

Referencer

1. Madhavan A, et al. Dysphagia in older adults: prevalence and outcomes. J Clin Med. 2022;11:2605.
2. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser. 2015.

Arbejder du med dysfagi, så er Dansk Selskab for Dysfagi (DSD) måske interessant for dig

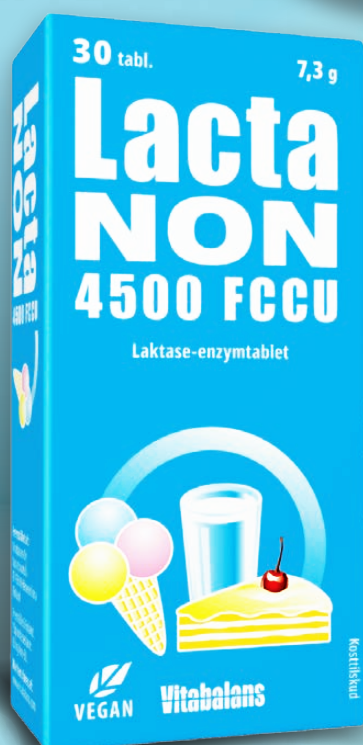
DSD er et tværfagligt nationalt selskab, stiftet i 2016, med fokus på at fremme viden, faglig udvikling og samarbejde om dysfagi på tværs af sektorer. Medlemskab er gratis og åbent for relevante fagpersoner, herunder fx kliniske diætister, ergoterapeut, læge, logopæd, sygeplejerske eller sosu assistent/-hjelper.

Se <https://dysfagi-dsd.dk>

ANNONCE

Lacta NON

Ned-
bryder
laktose



SIG "JATAK"



til mejeriprodukter
med **LactaNON**



Laktaseenzym forbedrer laktosefordøjelsen hos personer, der har svært ved at fordøje laktose.



Diætister der forsker

Af: *Kenneth Mærsk Christensen, klinisk diætist, cand.scient.san, ph.d.studerende. Medicinsk Forskningsenhed, Sygehus Sønderjylland.*

Kontakt: *KC@rsyd.dk*

Jeg er 33 år, uddannet klinisk diætist i 2018, og har siden da arbejdet med patienter, som har kronisk nyresygdom og diabetes. I 2023 færdiggjorde jeg den sundhedsfaglige erhvervskandidatuddannelse ved Syddansk Universitet og blev efterfølgende ansat som klinisk specialist med ambulant patientarbejde og kvalitetsprojekter. I oktober 2025 startede jeg som ph.d.-studerende ved Medicinsk Forskningsenhed, Sygehus Sønderjylland, og Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet.

Mit ønske om at forske udspringer af både nysgerrighed og ønsket om at hjælpe nyrepatienter bedre. Internationale anbefalinger foreslår, at patienter med kronisk nyresygdom og hyperkaliæmi begrænser ultraforarbejdede fødevarer (UPF) med tilsat kalium, men i Danmark mangler vi viden om, hvilke fødevarer der indeholder kaliumtilsætninger og i hvilke mængder. Det motiverede mig til at bidrage til et felt, hvor klinisk praksis og forskning endnu ikke følges ad.

I ph.d.-projektet arbejder vi ud fra en hypotese om, at patienter, der modtager dialysebehandling, har et betydeligt indtag af UPF med et højt indhold af kaliumtilsætninger. Forskning tyder på, at kalium fra tilsætningsstoffer har en høj biotilgængelighed, mens optageligheden fra plantebaserede fødevarer ofte er lavere. Alligevel er min erfaring fra praksis at sundhedsprofessionelle anbefaler patienter at begrænse plantebaserede fødevarer med naturligt højt kaliumindhold.

Ph.d.-projektet består af fire dele: Først kortlægges forekomsten af kaliumtilsætningsstoffer i UPF for at identificere de mest relevante fødevarekategorier der

er tilsat kalium i. Derefter undersøges, hvor stor en del af kosten hos patienter i dialysebehandling, der består af disse fødevarer, og hvilke kategorier der bidrager mest. I tredje del analyseres de hyppigst indtagne fødevarer for deres faktiske kaliumindhold på et laboratorium, og i den fjerde del undersøges, via interviews, hvilke hverdagsudfordringer patienterne møder, hvis/når de skal reducere indtaget af UPF til fordel for plantebaserede fødevarer.

Forskningen er vigtig for de kliniske diætister, da den bidrager med viden om, hvilke fødevarer der indeholder kaliumtilsætninger og i hvilke mængder, hvorpå det vurderes, om indtaget har klinisk betydning eller kan udelades i diætbehandlingen, hvilket styrker en mere præcis og individualiseret vejledning. Projektet viser behovet for at inddrage fødevarers forarbejdning og ingredienslister i behandlingen, hvor de kliniske diætister har særlige kompetencer til at omsætte kompleks viden til konkret og patientnær diætbehandling. Vi håber på at kunne bidrage til, at patienterne får muligheden for at reducere UPF til fordel for kaliumrige plantefødevarer, så patienterne kan drage fordel af fødevarernes forebyggende egenskaber på andre kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-kar og visse typer af kræft. Endeligt bidrager projektet med viden om, hvilke hverdagsudfordringer patienterne møder. Den viden kan hjælpe de kliniske diætister med at give realistiske og håndterbare ernæringsanbefalinger.

Efter at have afsluttet min ph.d. vil jeg at arbejde mod at blive klinisk lektor, så jeg fortsat kan arbejde i klinikken og bedrive forskning med fokus på ernæring til patienter med kronisk nyresygdom. En central del af min forskningsinteresse er patienternes hverdagsliv, da selv små ændringer i både kost og medicin kan have stor betydning for daglige rutiner, livskvalitet og sociale aktiviteter. Jeg motiveres særligt af forskning der undersøger, hvordan anbefalinger opleves og håndteres i praksis,



og jeg mener det er afgørende at inddrage patientperspektivet aktivt for at sikre, at kost- og behandlingsråd er realistiske og meningsfulde i hverdagen.

Mit råd til kliniske diætister, der gerne vil forske, er at tage udgangspunkt i de spørgsmål og dilemmaer, man møder i sin kliniske hverdag. Forskning behøver ikke være langt fra praksis, tværtimod kan den kliniske diætists erfaring være et stærkt afsæt for relevant og anvendelig forskning. Opsøg forskningsenheden på dit lokale sygehus eller kommune, og spørg om du må være med i et af deres projekter – også blot som observatør. Min erfaring er, at mange forskere er åbne for nysgerrige forskerspirer, der gerne vil snuse til området, og blive klogere på, hvordan forskning foregår i praksis. Måske du får blod på tanden som mig 😊

Læs mere om Kenneth her:

<https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/persons/kmaersk/>

www.linkedin.com/in/kenneth-mærsk-christensen-1036622ba

<https://sygehussonderjylland.dk/forskning/forskere/k/kenneth-mærsk-christensen>

Compleat®

The Compleat® Story



Vores vision er at kombinere medicinsk ernæring med ingredienser, som alle kender og normalt spiser.

Vores passion er at tilbyde innovation og udvikle løsninger, der ikke kun bidrager til komfort og livskvalitet, men også giver flere valgmuligheder.

NYHED!

Compleat® paediatric Oral Blends

Ernæringsmæssigt fuldgældigt ernæringsstilsud, specielt udviklet til den pædiatriske patient med højt energibehov.

KOMMER
TIL MAJ!

Fra
1 år



Til normalt energi- og proteinbehov.
Fra 1 år.

Til normalt energi- og proteinbehov.
Fra 3 år.

Til højt energi- og proteinbehov.
Fra 15 år.

Billedillustration*

Til sundhedsfagligt personale

Brandet Isosource® Mix har skiftet navn til Compleat® Mix.

Compleat® er fødevarer til særlige medicinske formål. De er beregnet til ernæringsmæssig håndtering af patienter med underernæring eller i ernæringsmæssig risiko. Anvendes under lægelig overvågning.

*Compleat® Mix sondeernæring indeholder rehydreret kylling, rehydrerede grøntsager, ferskenpuré, appelsinjuice fra koncentrat og olier (raps, solsikke/soja, fisk).

Min diætistdag



Af: Lisbeth Jensen, klinisk diætist. Enheden for Diætister og Ernæringsforskning (EATEN), Herlev og Gentofte Hospital.

Kontakt: lisbeth.jensen@regionh.dk

Siden 2008 har Herlev Hospital været min daglige base. Det har været en spændende rejse, med konstant udvikling. Især de seneste år er fokus på ernæring under indlæggelse og sygdomsforløb vokset markant – vi ved i dag, hvor afgørende indsatsen er for at mindske komplikationer og afkorte indlæggelsestiden. Desuden ses, at overgangen fra hospitalet til hjemmet eller en genoptræningsplads får stadig mere opmærksomhed i forhold til ernæringstiltag.

Organisatorisk er jeg en del af ”Enheden for Diætister og Ernæringsforskning”, hvor diætister og forskere arbejder side om side. Det skaber et unikt miljø, hvor ernæringsforskning og klinisk praksis sparrer med hinanden. Blandt andet har brugen af indirekte kalorimetri (IC) i forskningssammenhæng betydet, at vi som diætister i dag har bedre redskaber til at beregne patienternes behov ved tvivl om den præcise energiberegning.

Specialiseret behandling i fokus

Jeg arbejder både med indlagte og ambulante patienter inden for mave-, tarm- og leversygdomme. Jeg møder blandt andet patienter med levercirrose, alkoholisk hepatitis, kronisk pancreatitis, IBD, stomi og kræft.

Det tværfaglige samarbejde med sygeplejersker og læger er af afgørende betydning i min hverdag. Sammen sikrer vi, at behandlingen bliver helhedsorienteret og tilpasset den enkelte patient. Det sker blandt andet ved tværfaglige konferencer eller teammøder, hvor vi i fællesskab optimerer patientforløbene.

En dag i patientens tegn

Min dag starter kl. 7.00. Her danner jeg mig et overblik over dagens henvisninger og opfølgende samtaler ved at orientere mig i journalerne. Derudover laver jeg andre administrativt opgaver.

Kl. 9.00 deltager jeg på udvalgte dage i en tværfaglig konference, hvor de fælles behandlingsplaner lægges. Efterfølgende tilses jeg patienterne. Her handler det ikke kun om beregninger, men om at lytte og finde praktiske løsninger, der fungerer for den enkelte i en svær situation, samtidig med at behandlingsmålet opfyldes.

Formiddagen går med patienttilsyn. Det kan være en ileostomipatient med et stort output, som jeg skal vejlede. Ofte skal der justeres markant; jeg har f.eks. mødt patienter, der indtog 3-4 liter væske dagligt, primært som saftvand og sodavand, hvilket forværrer situationen.

En anden patient, indlagt med colitis ulcerosa, har nedsat appetit. Hun havde før indlæggelsen i mere end en måned kun spist kartoffelmos og kylling, da hun af pårørende var blevet anbefalet ”skånekost”. Via vores bestillingssystem, ”Master Cater System”, vejledes patienten i valg af mad og drikkevarer, der kan dække hendes behov. Udover bestillingsfunktionen er systemet et godt pædagogisk redskab til at visualisere dækningsgraden for både energi og protein, hvilket kan motivere patienten til at vælge mere hensigtsmæssigt i forhold til at opnå dækning af næringsbehovet.

I perioder med spidsbelastning holder vi diætister ”time-out” kl. 12.45. Her koordinerer vi indsatsen, så vi er sikre på, at de patienter, der har behov for akut tilsyn, bliver set samme dag. En del af min tid går også med at undervise personale og fungere som mentor for studerende – en opgave, der giver mig mulighed for at give min erfaring videre.

En anekdote fra en tid i udvikling

Når jeg ser tilbage på min tid som diætist, hæfter jeg mig bl.a. ved den teknologiske udvikling. Jeg husker en episode fra tidligere, hvor jeg foreslog at give parenteral ernæring via en pumpe frem for dråbekammer. Forslaget blev i første omgang skudt til hjørne. I dag er det utænkeligt at give parenteral ernæring via dråbekammer på hospitalet. Det er et lille, men vigtigt bevis på, hvordan vi hele tiden flytter standarderne for patientsikkerhed.

Udviklingen minder os om, at vores vigtigste opgave ikke kun er at beregne behov, men også at turde udfordre klinisk praksis, når nye muligheder for forbedring af patientbehandlingen opstår.

Kort CV

Uddannelser

1989 Autoriseret klinisk diætist (Aarhus Universitet)

Ansættelser

2008 - Klinisk diætist ved Enheden af Diætister og Ernæringsforskning, EATEN. Herlev Gentofte Hospital. Herlev

1994 - 2008 Klinisk diætist. Køge Sygehus. Køge

1994 - 1995 Klinisk diætist. Sundby Hospital. København S

1993 - 1994 Ernæringskonsulent. Nutricia A/S. Allerød

1989 - 1993 Klinisk diætist. Sundby Hospital. København S

Herudover medunderviser på efteruddannelseskurser for sygeplejersker og diætister.

Kalender

Webinar: Opstart af netværk om kost med modificeret konsistens (dysfagi)

Tid: 21. april kl. 14.00-15.30

Tilmelding og program: kost.dk/events

DSKE årsmøde

Tid: 8. maj 2026

Sted: Hotel Marselis, Aarhus

Tilmelding og program: dske.dk/arrangementer.html

Folkemødet 2026

Tid: 11.-14. juni 2026

Sted: Allinge, Bornholm

Program: folkemoedet.dk

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

Specialistkurser

Få opdateret din faglige værktøjskasse i forhold til ernærings- og diætbehandling ved adipositas.

Behandlingen af adipositas er i hastig udvikling. Nye lægemidler spiller en stadig større rolle, vægtneutrale perspektiver fylder mere i debatten, og nye kost- og livsstilrends opstår løbende. Det stiller øgede krav til opdateret viden.

Kurset kombinerer dybdegående viden om patofysiologi og følgetilstande med evidensbaserede kostinterventioner, medicinsk behandling og psykologiske perspektiver på sundhed, spisning og vægt. Du får et solidt fagligt grundlag for at forstå de fysiologiske og psykologiske mekanismer bag adipositas og for at omsætte denne viden til konkrete behandlingsstrategier i praksis. Samtidig får du indsigt i aktuelle udviklinger i behandlingen og styrker din evne anvende nye tendenser i feltet, herunder medicinsk behandling og vægtneutrale tilgange.

Kurset henvender sig til diætister og professionsbachelorere i ernæring og sundhed, der ønsker efteruddannelse på specialistniveau inden for behandling af adipositas.

Læs mere og tilmelding her: <https://kost.dk/specialistkursus-4>

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 resterende udgivelser i 2026:

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.

PEPTAMEN®

Produktfamilien Peptamen® har en **særlig sammensætning**, som er udviklet til at dække de særlige ernæringsbehov, hos **børn fra 1 år og voksne**, som har sygdomsrelateret **underernæring og særlige ernæringsbehov**.

Peptamen® er **peptidbaseret**, med **hydrolyseret valleprotein**. Produkterne indeholder en **høj procentdel MCT-fedt** til patienter med fedtmalabsorption.



For sundhedsfagligt personale

Peptamen® er fødevarer til særlige medicinske formål til ernæringsmæssig håndtering af patienter med sygdomsrelateret underernæring og særlige ernæringsbehov. Ikke egnet til patienter med komælksproteingallergi. Egnet som eneste ernæringskilde. Anvendes under lægelig overvågning.