

## Supplerende kostråd til ældre over 65 år – hvorfor og hvordan

**Pedersen, Agnes N.; Christensen, Lene Møller; Matthiessen, Jeppe; Ygil, Karin Hess; Trolle, Ellen**

*Published in:*  
Diætisten

*Publication date:*  
2018

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

[Link back to DTU Orbit](#)

*Citation (APA):*

Pedersen, A. N., Christensen, L. M., Matthiessen, J., Ygil, K. H., & Trolle, E. (2018). Supplerende kostråd til ældre over 65 år – hvorfor og hvordan. *Diætisten*, 25(148), 21-24.

## DTU Library

Technical Information Center of Denmark

---

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# DIÆTISTEN

## Fokus

Underernæring er en dræber  
på danske hospitaler

FOODCARE: Fremtidens hospitalsmad og ernæringsbehandling af syge. I Gødstrup vil de skabe Danmarks bedste hospitalsmad, og sikre ernæringsbehandling til alle med behov

Nu kan kliniske diætister endelig udskrive de "grønne ordinationer"

Nye supplerende kostråd til ældre over 65 år – hvorfor og hvordan



# På patientens præmisser



## Eller - sådan burde det vel være.

Hvor ville det være dejligt, hvis vi kunne se, at det også var noget, alle politikere, regioner og kommuner ønskede. Men af og til kan prioriteringer undre sådan nogle ernærings-folk som os, især hvordan økonomi og andre mærkesager ofte fylder på dagsordenen. Og når vi taler om fejlernæring, kan vi sjældent forstå, at det ikke giver økonomisk mening at sætte ind her!

Derfor er det også utrolig dejligt at læse artiklen "Foodcare", om hvordan Region Midt gør noget seriøst ved patientmaden - noget, som har betydning for den indlagte patient i forhold til både smag, de pårørende og tidspunktet, hvor maden kan indtages. Jeg tror, det er svært at forestille sig at være indlagt (nogle gange i flere måneder) og ikke have frit valg vedrørende mad/drikke og spisetider, med mindre man har prøvet det på egen krop eller har oplevet det med mennesker, man er tæt på. Men vi kan alle forestille os, at appetitten i hvert fald svækkes. Og derfra er det vigtigt at vide, hvilken konsekvens det så har. Hvis der skal ske en positiv ændring på dette område, er det også vigtigt at få dokumentation for effekten, hvilket også er tilfældet her med artiklen omkring FOODCARE og opråbet omkring konsekvenserne af fejlernæringen. Og det er selvfølgelig også vigtigt at inddrage vores faggruppe som en nødvendig medspiller, når ernæringsterapien skal lykkes. Godt arbejde fra de jyske regioner her!

Vi ved alle, hvor meget individuelle forskelle betyder for behandlingsstrategien. Ligesom lærerne taler om differentieret læring for eleverne, ved vi at nogle patienter kræver flere tilsyn og opfølgninger end andre. Både når vi taler om indlagte, ambulante og i forebyggelsesregi - også hvad angår ældre patienter og borgere.

Her i bladet er der både en artikel om ældre raske og forebyggelse af overvægt, samt fokus på de ældre, der er indlagte. Det viser, at ernæringen er kompleks og bør varetages af os, der er uddannet til netop dette.

Det lader til, at der i fremtiden vil være fokus på at gå væk fra de firkantede rammer omkring behandlingstilbud, og gøre det mere individuelt baseret. Det kan vi jo kun nikke ja til, for at imødekomme alle forskellene og for at komme i mål med ernæringsterapien.

Det er glædeligt, at vi i juni fik på plads, at autoriserede sundhedspersoner med de rette kompetencer kan få delegation fra en læge til at udskrive "De grønne ordinationer". Herved kan autoriserede kliniske diætister nu endelig udskrive disse. Vi ved godt, at det ikke i sig selv løser fx fejlernæring på hospitaler bare at stikke patienterne et tilskud til en ernæringsdrik - det skal ofte suppleres med opfølgning. FaKD arbejder videre sammen med Sundhedsstyrelsen og Lægeforeningen om, hvordan vi sikrer en ensartethed her, så vi undgår, at hver enkelte diætist skal bede om sin egen delegation hver uge.

Efteråret nærmer sig, og vi vil bruge vores kræfter på at få endnu mere indflydelse på diabetesbehandlingen, ernæringen på hospitalerne samt på det tværfaglige samarbejde i de forskellige sektorer, som det nære sundhedsvæsen lægger op til.

Vi vil bruge vores stemme, også selvom den af og til blæser i en stærk modvind!

*6.7.17 kom denne dreng til verden. Han har allerede deltaget i flere sundhedspolitiske møder, diabetestopmøder og møder med sundhedsministeren før fødslen. Med sine 3840g/ 53 cm er han en stærk og rolig fyr, der godt vil give sin mor tid til at fortsætte på posten som formand i FaKD. Dette er realistisk, da formanden ikke arbejder fuldtid, og næstformanden og andre i bestyrelsen midlertidigt overtager enkelte opgaver og møder. Måske møder I ham pludselig til et FaKD arrangement - her er Asbjørn!*



## UDGIVER:

Foreningen af Kliniske Diætister  
ISSN 1395-1169

## REDAKTØR

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

## ANSVARSHAVENDE

Mette Pedersen  
mp@diaetist.dk

## Deadlines næste udgivelse

Sidste frist for indlæg 15. august  
Sidste frist for annoncer 5. september  
Nr. 149 udkommer oktober 2017

## DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

Promovista. Tlf. 20 31 80 01

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

## SEKRETARIATSADRESSE

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

Mandag - fredag kl. 9-13.00

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

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

# INDHOLD

## KORT NYT

FaKD på Folkemødet 2017 5

## ARTIKLER

FOODCARE: Fremtidens hospitalsmad og ernæringsbehandling af syge 8

Der var engang 10

## FOKUS

Underernæring er en dræber på danske hospitaler 12

Vitale organer skrumper hos underernærede 15

## BACHELOR

Den dag ernæringen til de ældre blev glemt 16

## NCP-KLUMMEN

Hvordan struktureres en opfølgning med NCP i tankerne? 18

INSPIRATION & VIDEN FOR ERNÆRINGSPROFESSIONELLE 21

## FORSKNINGSKLUMMEN

Supplerende kostråd til ældre over 65 år - hvorfor og hvordan 21

## MIN DIÆTISTDAG

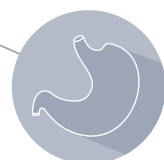
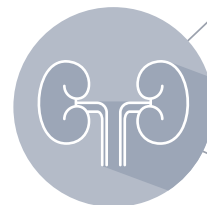
Min diætistdag i Ærø Kommune 26

## ADVOKATEN

Kliniske diætister kan udskrive "grønne ordinationer" 27

NYE BØGER 29

KALENDEREN 31

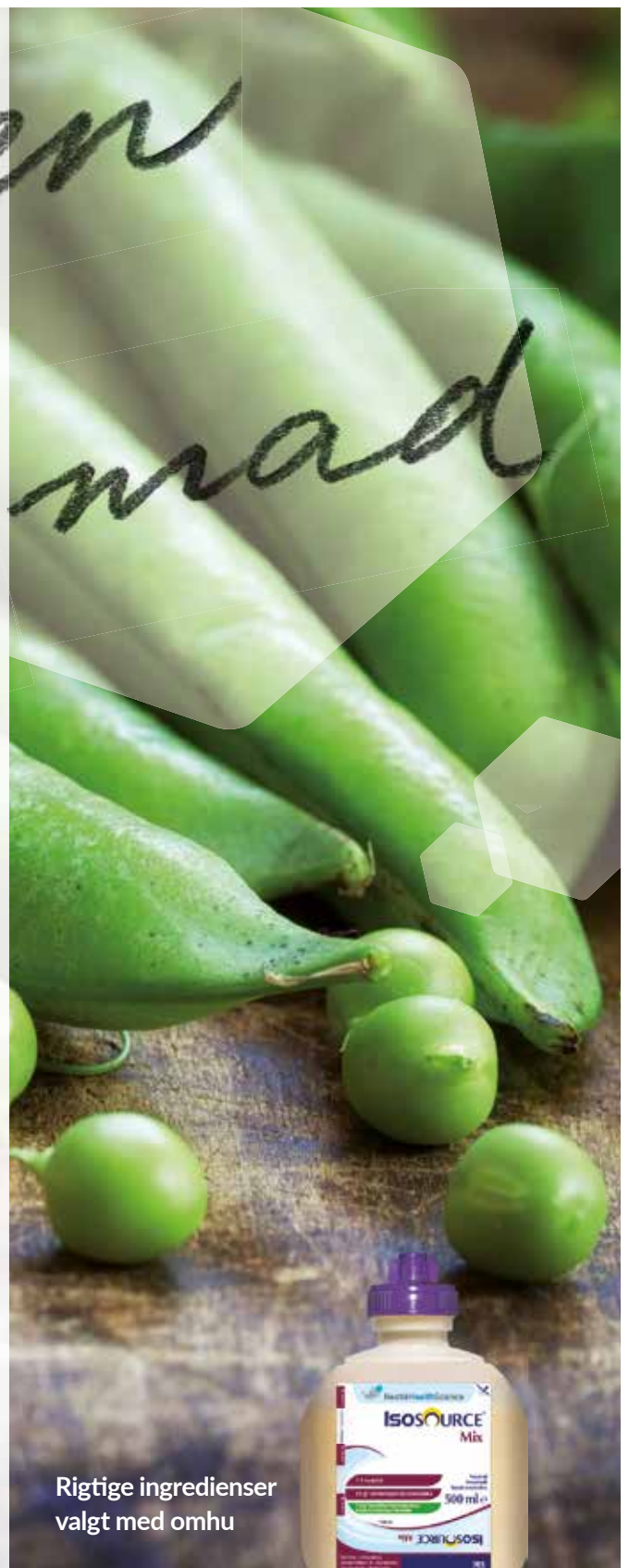


# maven ♥ rigtig mad

Vores maver kan også godt lide genkendelsens glæde. Evolutionen har medført, at vores mave er nøje tilpasset til det, som vi spiser. Isosource Mix er en sondeernæring, som er baseret på almindelige fødevaringredienser som ærter, kylling, grønne bønner, fersken, appelsinjuice, vegetabiliske olier og fiskeolier. Der er flere fordele ved, at Isosource Mix efterligner almindelig mad i så stor udstrækning som muligt. Sondeernæring, som er baseret på almindelige fødevaringredienser kan mindske toleranceproblemer, samtidig med at det kan give patienten fornemmelsen af at få en rigtig madoplevelse,\* f.eks. ved reflux.

**SÅ LÆNGE LEVE RIGTIG MAD!**

\*Hurt RT et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. Nutrition in Clinical Practice. Vol 30, Number 6, December 2015, 824-829.



Rigtige ingredienser  
valgt med omhu

For sundhedsfagligt personale

Nestlé Health Science  
[www.nestlehealthscience.dk](http://www.nestlehealthscience.dk)

 Nestlé Health Science

# FaKD på Folkemøde

For 3. år i træk deltog FaKD's bestyrelse i Folkemødet på Bornholm – denne gang med hele fem bestyrelsesmedlemmer.

Bestyrelsen prioriterede at komme flest muligt afsted, så vi kunne deltage i så mange relevante debatter som muligt – i stedet for at binde os til ét telt med en stand. På denne måde fik vi talt vores faggruppes sag mange steder og foran rigtig mange mennesker. Vi deltog i de fleste debatter om sundhed, ernæring, sundhedspolitik og tværfaglige samarbejder indenfor både det offentlige og private sundhedsvæsen mv.

Vi fik skabt mange gode kontakter – både fra Christiansborg, kommunernes landsforening og regionerne, lægeforeningerne og de andre sundhedsfaglige fagforeninger. Relationer, som vi arbejder videre med og udbygger i løbet af året. Relationer, der giver os mere viden om, hvad andre tænker om diætisterne; hvad vi skal bruges til, hvordan vi skal bruges og hvor meget. Relationer, som vi kan påvirke - som påvirker os og som i sidste ende bliver gode samarbejdspartnere til gavn for både dem og alle os i FaKD.

Folkemødet er ikke et sted, hvor beslutningerne tages, men et sted, hvor frøene sås, og frugten høstes over de følgende år. Folkemødet er også sjovt, vanvittigt og stort – helt sikkert en oplevelse værd, hvis du ikke allerede har været der.



Årets delegation fra FaKD (fra venstre): Trine Klindt, Louise Rasmussen, Karina Kildevang og Christian Antoniusen - Luise Kopp er fotograf



### Højdepunkter fra Folkemødets første dag:

FaKD var klar med budskabet om flere diætister, både i almen praksis, regionalt og kommunalt.

Under PLO's (Praktiserende Lægers Organisation) formiddagsdebat "overenskomst om almen praksis" bragte bestyrelsesmedlem Karina Kildevang kliniske diætister på banen ved at påpege fordelene ved at have diætister tilknyttet almen praksis – dette er også PLO's eget ønske.

Samtidigt deltog vi i debatten om mediernes indvirkning på patientsikkerheden, hvor der var gode diskussioner blandt paneldeltagere og tilhørere.



I et andet telt var der lagt op til debat om "det nære sundhedsvæsen" ved kommunernes landsforening, hvor bestyrelsesmedlem Luise Persson Kopp argumenterede for de store ernæringsmæssige udfordringer, der er tilstede hos de ældre medicinske patienter, især ved sektorovergange og i det tværsektorielle samarbejde.

FaKD var desuden tilstede ved en debat om den nye diabetesbehandlingsplan, som mest handlede om fordelene ved ulighed i sundhed (set med en kommunaldirektørs øjne), fremfor patientens/borgernes ønsker til den fremtidige diabetesbehandling - hvilket egentlig var debattens oprindelige tema.

# KORT NYT

## Højdepunkter fra Folkemødets anden dag:

Hele bestyrelsen deltog i en nærværende dialog med Bent Hansen, formand for Regionerne og Bjarke Oxlund, Center for Sund Aldring, om forebyggelse hele livet og det tværsektorielle samarbejde.

Dagens sjove - men samtidigt alvorlige indslag - var med Anders Lund Madsen som moderator ved "Forebyggelse i dag – For lidt eller bare for meget?" For hvem har egentlig ansvaret?.



Trine Klindt deltog i debatten "**Kan vi få mere lighed i sundhed?**", hvor hun satte fokus på de udsattes (nogle gange manglende) mulighed for forebyggende behandling hos en klinisk diætist.

Vi deltog desuden i debatten om en ny mulig løsning for primærsektoren: Almen praksis i klynger - efter den skotske cluster model. Trine Klindt påpegede her fordelene ved at inddrage diætister i dette samarbejde, hvilket også er fremtiden i den skotske model.

Om eftermiddagen fortsatte de spændende debatter, hvor sundhedskommunikation var på programmet ved Arla. Især de sociale medier udfordrer de evidensbaserede nyheder, og det er nødvendigt at tænke i nye baner for at sikre mere evidens og ikke falde for modeluner.



## Højdepunkter fra Folkemødets sidste dag:

Dagen startede med flot vejr, høj sol og debatter om børneovervægt og multisygtes udfordringer i et "usammenhængende" sundhedsvæsen.

FitforKids havde arrangeret en debat om effekten af forskellige børneovervægts-programmer. Her bidrog Trine Klindt til debatten og slog fast, at overvægtsbehandling i offentligt regi ikke bør bero på frivillige, særligt uden de fornødne faglige kompetencer.

Om eftermiddagen gik debatten om manglende behandlingstilbud

til 40.000 danskere med Binge Eating Disorder (BED), på trods af at de tidligere har haft et effektivt behandlingstilbud på Stolpegården. I FaKD har vi fokus på at ruste vores medlemmer til at kunne spotte patienter, kliniker eller borgere med BED, hvilket vi nu kan se, er ret presserende!

Som afslutning på dagen debatterede Luise Persson Kopp med bl.a. sundhedspolitisk ordfører Flemming Møller Mortensen (S) om udviklingen af almen praksis i forhold til sektorovergange og udvidelse af fagligheden i almen praksis. Her har diætister også en plads - ifølge Flemming Møller Mortensen - og vi er helt enige.

*Findus*  
**Special  
Foods**

**Giv madglæde  
til en du holder af**



- + Tyggevenlig mad ved tygge- og synkebesvær
- + Proteinrige retter
- + Sammensæt din egen menu med vores sortimentskasser
- + Inspiration og tips til at øge appetitten

Find mere inspiration på:  
[www.findus.dk](http://www.findus.dk)





# FOODCARE: Fremtidens hospitalsmad og ernæringsbehandling af syge

”I Gødstrup vil vi skabe Danmarks bedste hospitalsmad, og vi vil sikre ernærings-

*Af ernæringschef Lone Viggers, lone.viggers@vest.rm.dk og cand. scient i klinisk ernæring Nanna Møller Lykkegaard Rasmussen, Ernæringsenheden Hospitalsenheden Vest*

**FoodCare** er et akronym for ”Future Hospital Food – Nutrition Care and Food Service in a Danish hospital setting”. FoodCare er Hospitalsenheden Vests store satsning på ernæringsområdet i perioden 2017-2021, og formålet er at forebygge og behandle alle typer af fejlnæring hos hospitalets patienter, herunder at sikre optimal ernæringsbehandling af patienter med ernæringsrelaterede sygdomme (bl.a. underernæring, sygdomsbetinget underernæring, overvægt, diabetes mellitus, nyresygdomme, hjerte-karsygdomme, fødevarerallergier og intolerancer).

## ”Spis hvad du vil – når du vil”

Sådan lød tilbuddet til de patienter, der tilbage i februar-marts 2016 var indlagt på Lungemedicinsk Afdeling på Regionshospitalet i Holstebro. Det blev startskuddet til FoodCare.

Tilbuddet var en prøvehandling, der grundlæggende skulle afklare patienternes appetit på hospitalsmad. Hvad kan de lide, og hvad synes de selv, de kan undvære? Her arbejdede kliniske diætister tæt sammen med ernæringsassistenter og kokke fra køkkenet samt sygeplejersker og læger fra afdelingen. Målet var klart: Optimal ernæring til alle patienter.

Svarene fra prøvehandlingen var tydelige. Patienterne tog imod nytænkningen med stor appetit, og de var glade for friheden til selv at kunne vælge lige netop den mad, de havde lyst til. Oven i hatten var det også herligt selv at kunne bestemme, om aftensmaden skulle spises til aftenkaffetid! Plejepersonalet var glade, fordi de kunne overlade de ernæringsmæssige problemstillinger til de kliniske diætister, og køkkenpersonalet var glade, fordi de kunne se, at patienterne blev glade for den mad, de lavede.

Alt i alt var det svært at finde noget, som ikke var positivt ved den nye måde at tænke hospitalsmad på.

Om fremtidens kostkoncept på det kommende store hospital i Gødstrup bliver lige nøjagtigt som beskrevet, er ikke helt på plads.

Lige nu søger vi fondsmidler til den videre udvikling af konceptet for ernæring, mad og måltider på hospitalet. Et er dog sikkert, og visionen er klar: Vi skal skabe Danmarks bedste hospitalsmad.

## Hvordan gør man så lige det?

Vi vil rette fokus mod patienten – den syge. Der har været en tendens til, at vi har kopieret de raskes kostvaner, når det gælder den mad, vi serverer til syge. Det vil vi lave om på. Desuden ser vi på alle typer af fejlnæring og ernæringsrelaterede sygdomme, som vi finder på hospitalet. Det gælder altså ikke kun sygdomsbetinget underernæring, men også alle andre sygdomme, hvor ernæring er en vigtig del af behandlingen.

For sagen er jo, at udover at 20-60% af de indlagte allerede er underernærede ved indlæggelsen på hospitalet og at mange af dem bliver mere underernærede under indlæggelsen, så er der også rigtig mange, som har diagnoser, der kan relateres til ernæring. Det gælder diabetes, hjerte-karsygdomme, allergier, intolerancer og nyresygdomme - blot for at nævne nogle. At sygdom så oven i købet kan betyde, at sult og lyst til mad for mange indlagte patienter er nærmest ikke-eksisterende, så er der nok at tage fat på for at sikre alle syge optimal ernæring.

Vi fandt, at patienterne med dårlig appetit spiste mere, når de selv kunne vælge, hvad de ville spise og også hvornår. Desuden fandt vi også, at det var vigtigt, at kliniske diætister kunne monitorere ernæringsindtaget og handle med det samme, såfremt patienten ikke havde fået nok.

For os er det allervigtigste, at vi tager udgangspunkt i, hvad den syge har lyst til at spise og behov for - og ikke i det, raske spiser og har behov for. Vi ved allerede nu meget om syges behov for næringsstoffer, men vi ved meget lidt om syges præferencer. Derfor vil vi forske i syges præferencer, så vi ved hvad de med stor sandsynlighed kan spise - måske også uden at de selv ved det.

## Vi vil inddrage de pårørende

Vi vil også arbejde med at inddrage patientens pårørende. De pårørende er en kæmpe ressource, som vi skal bruge. Gør vi det, hjælper vi både patienten, der får en nærtstående at spise sammen med samt vores egne ansatte.



## behandling til alle med behov"

Når hospitalet i Gødstrup i 2020 er klar til at modtage de første patienter, bliver det med et kostkoncept på patientens præmisser. På patientens hospital er der udelukkende enestuer, hvilket giver de pårørende muligheder for at være til stede, så længe de ønsker det og dermed også muligheden for at spise med.

Maden, som både patienten og de pårørende får i Gødstrup, vil selvfølgelig variere. Retten vil dog være den samme, men hvis menuen står på boller i karry, vil den portion, patienten får, være tilpasset patienten. Derfor vil den sandsynligvis se anderledes ud end den portion, den raske pårørende får.

Det nye kostkoncept betyder, at maden på hospitalet i Gødstrup vil blive lavet af friske råvarer og fra bunden, akkurat ligesom det sker i hospitalets centralkøkken i dag. Hos os er der intet nyt i, at vi steger frikadellerne selv.

### Det skal dufte af friskbagt brød

Det nye hospital vil stadigvæk have et produktionskøkken, hvor råvarer bliver forarbejdet og tilberedt. Til gengæld vil en større del af madlavningen komme til at foregå ude i hospitalets mindre afsnits-

køkkener - helt tæt på patienterne. Her vil vi bage brødet, så det dufter af nybagt brød, og maden vil blive anrettet og gjort klar til servering.

Alle afsnit får et à la carte køkken med tilknyttet spiseområde. Det er planen, at maden laves færdig i afsnitskøkkenet og serveres for patienten og eventuelle pårørende enten på sengestuen eller i det tilknyttede spiseområde.

For personalet vil der være en stor kantine, og der arbejdes med at finde løsninger, således at personalet også kan købe "Danmarks bedste hospitalsmad" i à la carte køkkenet – selvfølgelig tilpasset til det travle personale. Maden vil derfor være forskellig fra det, vi laver til den syge, som jo skal opfylde et helt andet behov – nemlig den syges behov.

### Fakta om DNV-Gødstrup

På det kommende store hospital i Gødstrup samles aktiviteterne fra hospitalerne i i Herning og Holstebro.

DNV-Gødstrup bliver et moderne akut-hospital med alle behandlingsfunktioner, der dækker hele det vestlige område af Region Midtjylland. Hospitalet bliver på ca. 127.000 m<sup>2</sup> et somatisk hospital, der er finansieret af kvalitetsfondsmidler. Der bygges endvidere et psykiatrisk hospital på ca. 13.000 m<sup>2</sup>, der finansieres af regionens egne midler.

Budgettet for det somatiske hospital udgør 3,15 mia. kr. (2009 pl), og for det psykiatriske hospital udgør budgettet ca. 380 mio. kr. (2012 pl). Selve byggeriet blev igangsat i september 2012 og forventes at være klar til patienter primo 2020, hvor også psykiatrien tages i brug.

Lone Viggers er chef for ca. 100 ansatte - heraf er 90 kost- og ernæringsprofessionelle; cand.scient'er i klinisk ernæring, kliniske diætister, økonomaer, kokke, bagere, slagter, cater, og ernæringsassistenter.

# Der var engang.....

en klinisk diætist, som fik et telefonopkald, og det er nogen gange alt, hvad der kræves. Og så blev hun iværksætter og fødevareproducent!

Af Ginny Rhodes, klinisk diætist, direktør RATION, [gabby@feelgoodcompany.dk](mailto:gabby@feelgoodcompany.dk)

Ja, det virker oplagt for mig at starte med "der var engang". For jeg sidder med fornemmelsen af at være midt i et eventyr, langt fra arbejdet som klinisk diætist, ude i en helt anden virkelighed.

At være klinisk diætist ligger dog til grund for dette eventyr, og I, der kender mig, ved, at jeg i en årrække har været formand for FaKD. I den forbindelse har jeg bl.a. været med til at få etableret Fuldkornspartnerskabet, siddet med i Nøglehulsarbejdet, startet Måltidspartnerskabet op og deltaget i arbejdet med at revidere vores kostråd, sidst de blev omformuleret.

I mange af disse sammenhænge har vi diskuteret sundere alternativer i forhold til måltider og mellemmåltider og sukket over, at de gode intentioner ikke bliver til konkrete produkter til glæde for forbrugeren.

## "Det er ganske vist"

Vi ved godt, at selv om der er sundere alternativer derude, så er forbrugeren ikke nødvendigvis interesseret. Det er tit op ad bakke at snakke officielle kostråd, desværre, og der er efterhånden mange "religioner" inden for emnet "sund kost". Kosten dissekeres, og komponenter fjernes, fx gluten eller laktose, hele fødevarekategorier pilles fra i jagten på det sunde liv. En fjer kan blive til fem høns, og pludselig skal alle spise palæo eller glutenfrit uden helt at vide hvorfor. Jeg kan som diætist ikke tilslutte mig disse "unoder" og er noget træt af at skulle forsvare almindelig sund kost og sund fornuft. Tanken om fødevareproduktion lå mig fjernt.

## "Hans og Grete"

Men så skete det, at jeg blev ringet op af den tidligere administrerende direktør for NUPO, Jesper Schmith Kampmann. Han var stoppet og gik og tumlede med nogle ideer, heriblandt at udvikle et mellemmåltid i form af en sund bar. Over kaffe en dag i slutningen af 2015 sad vi så og diskuterede mulighederne. Jeg var i tvivl, om det overhovedet kunne lade sig gøre i praksis. Her er et godt udgangspunkt at alliere sig med en, der faktisk ved en masse om fødevarer og barproduktion – og det gør Jesper. Alene var jeg kommet til kort meget hurtigt. Jeg har til gengæld den nødvendige kommunikations- og ernæringsfaglige baggrund, så vi supplerer hinanden godt.

Og da det er en udpræget fordel at være to om et sådant projekt, så besluttede vi sammen at starte Feel Good Company og udviklingen af RATION MadBar.

## "Den grimme ælling"

For mig var det helt essentielt, at "sund" skulle relatere til mit fag og den evidens, vi skal læne os op ad. Det er i sig selv nyt at tænke i at balancere produktindhold efter de officielle kostråd. Men det var et krav, selvom jeg godt vidste, at det var en meget anderledes tilgang og et anderledes produkt i forhold til de protein-muesli-energi-chokolade og måltidserstatningsbarer, man kan købe. Som mellemmåltid skulle vores bar også maksimalt indeholde 200 kcal., hvilket var noget af en udfordring.

Det viste sig heldigvis, at Jesper var meget enig i at lave en bar baseret på mad, og ikke pulver. Om end noget så nyt og ukendt som en madbar kræver en ekstra indsats for at forklare, at vi ikke er den grimme ælling, men netop svanen!

## "Prinsessen på ærten"

At skabe et nyt og anderledes produkt kræver noget særligt. Vi har valgt, ud over at følge de officielle kostråd, også at sætte fokus på nordiske råvarer og 100% naturlige ingredienser. Vi samarbejder med en produktudvikler, der har et grundigt kendskab til kostrådene og selv er interesseret i at være med til at skabe noget nyt og anderledes. I løbet af foråret 2016 fik vi udviklet en madbar med yoghurtcoating, som i hovedtræk indeholder æblemos og æblestykker svarende til et helt æble, hele havrekernel, to slags fibre og protein. Vi gik så i gang med at udvikle smagsvariationer og har nu fire varianter af det endelige produkt.


Det kræver næsten en ægte prinsesse at sikre, at det bliver den rigtige smag. Indpakningen og emballagen har også fået særlig fokus, så en RATION præsenterer sig smukt og lækkert.

Jesper og jeg er meget bevidste om, at hvis det ikke smager og ser godt ud, er det lige meget. Og bliver det ikke spist, så ved vi, at diætistens eventyr slutter, før det er begyndt.

## "Askepot"

Der skal ikke herske tvivl om, at der, som i Askepot, er mange prøvelser og forhindringer, der kan spænde ben og få prinsen til at virke uopnåelig. Til trods for, at vores bar faktisk er så sundt sammensat, at





den bør kunne få Nøglehulsmærke på, så bremses vi her af de samme, som ellers ønsker sundere produkter udviklet.

Selv om vi arbejder godt sammen, er der grænser for, hvor mange opgaver to kan klare. Så for at få RATION gjort tilgængeligt på landsplan, har vi indgået aftale med en distributør fra starten af 2017, så vi får hjælp af et salgsteam.

Man kan udvikle et nok så lækkert produkt, sundt eller ej. Kan der ikke fastsættes en fornuftig udsalgspris for produktet med dertil hørende ditto indkøbspris til forhandlere, så hjælper salgsteam ikke meget. Kædesalg er noget for sig. Det er desværre almindeligt, at kæder kun tager nye produkter ind to gange om året, så det er vigtigt med andre muligheder.

Derfor har vi lavet egen webshop, så RATION kan købes nemt online, mens vi arbejder på, at distributionen falder på plads.

### **“Klods-Hans”**

Hvad er det så, vi gerne vil tilbyde med vores madbar?

Vi håber, ligesom Klods-Hans, at det lykkes os at få forbrugeren til at vælge vores mad og dermed træffe et sundere valg.

Kombinationen af havrekerner, fibre og æble giver vores bar et lavt glykæmisk indeks, og blodsukermålinger har da også vist, at man ved at spise RATION opnår langsom blodsukkerstigning og -fald, som forhåbentlig kan være med til at give den nødvendige stabile energifornemmelse. De mange hele kerner kræver desuden en del tyggearbejde, hvilket ofte kommenteres – man skulle tro folk har glemt, hvorfor vi har tænder.... Men tyggeriet har sin effekt, og der opnås ifølge mange en ganske god mæthedsfornemmelse i længere tid for de 200 kcal.

### **“Kejserens nye klæder”**

Talrige undersøgelser har de senere år peget på, at vi spiser mere og mere on-the-go og sidder mindre ned og spiser måltider. Eller vi glemmer at spise, fordi vi har for travlt.

Når vi griber noget i farten, tænker vi ikke over noget så elementært som vores fordøjelse, og hvordan den virker. Og dermed hvordan man opnår stabil energi til kroppen og en god mæthedsfornemmelse på en fornuftig måde. Der er ikke altid fokus på kalorieindhold. En færdig sandwich kan nemt indeholde 500 kcal, og den allestedsværende franske hotdog ligger på det samme. Sodavanden giver nemt 150-200 kcal, mætter ikke, men giver tværtimod ustabil blodsukker med hurtig tilbagevendende sukkertrang.

Alligevel er det et stort forbrugerønske at kunne få nemme og sunde små måltider, netop til når vi er on-the go. Det virker bare som om, det ikke er det sunde, der vælges – ligesom kejseren ikke har noget tøj på.

Men sådan er det med eventyr – man skal gå så grueligt meget igennem. Og vores eventyr er langt fra slut endnu.

*I skrivende stund forhandles RATION hos 7-Eleven, Q8, Søstrene Grene, Bilka, Føtex og mange flere følger. Desuden forhandles RATION i Norge, og Sverige bliver næste land.*

Læs mere på [www.rationworld.com](http://www.rationworld.com).

Kan det betale sig at behandle med ernæring?

For "Diætisten"s læsere er betydningen af korrekt ernæring en selvfølge. Som fagperson har du givetvis jævnligt oplevet, hvor hurtigt et utilsigtet vægttab giver alvorlige følger for en patient eller borger. Men hvad siger du til dine kolleger, politikere eller patienter, når du skal argumentere for, hvorfor ernæringsbehandling skal være en integreret del af behandlingen og plejen i alle sektorer? Hvad betyder det for kroppen at være underernæret, og kan det betale sig at ernære rent samfundsøkonomisk? Diætisten har bedt eksperter på området forklare deres syn på betydningen af underernæring, ernæringsbehandling og konsekvenserne af at undlade det.

# Underernæring er en dræber på danske hospitaler

**Opråb fra eksperter: Vi kan nedbringe antallet af underernærede drastisk, men vi gør det ikke.**

Af journalist Christian Nicolaisen, [cnicolaisen@gmail.com](mailto:cnicolaisen@gmail.com)

Tilbage i 2009 modtog Dansk Selskab for Klinisk Ernæring en international pris for behandlingen af underernæring på de danske sygehuse. Baggrunden var blandt andet den screeningsmetode, som danske læger havde udarbejdet for at identificere patienter, der er i risiko for underernæring. Screeningsredskabet blev en del af Sundhedsstyrelsens vejledning om ernæringscreening i 2008, og som prisen antyder, lå Danmark i toppen internationalt, når det handlede om behandling af underernæring på sygehuse. I dag, godt ni år efter, konstaterer eksperter imidlertid, at screeningsredskaberne bliver brugt alt for lidt, fordi det ikke længere er i fokus på hospitalerne.

Anne W. Ravn har 25 års erfaring med ernæringsbehandling på danske hospitaler, og hun oplever, at selvom redskaberne er lige ved hånden, så er der ikke ressourcer til at bruge dem længere. "Vi har redskaberne til hjælpe patienter, der lider af sygdomsrelateret underernæring, så det er uetisk, at deres livskvalitet forringes, eller at de i værste fald dør af komplikationer, der kunne have været undgået, hvis værdien og effekten af ernæringsmæssigt brændstof og byggesten havde samme fokus som nødvendigheden af kirurgi og medicin", siger klinisk diætist ved Aarhus Universitetshospital Anne W. Ravn, og hun bakkes op af to lægefaglige eksperter.

## Langt fra målet

I de senere år er der kommet større fokus på nødvendigheden af at hjælpe ældre mennesker, der er i risiko for sygdomsrelateret under-

næring, men der er stadig rigtig mange andre patientgrupper, der får komplikationer, fordi de får for lidt næring både på hospitalerne og derhjemme. Det forklarer Christian Lodberg Hvas, der er overlæge på Aarhus Universitetshospital. "Der er desværre patienter i dag, der på grund af underernæring får unødigt lange forløb, lange indlæggelsestider eller slet og ret dør af det", siger han. Selvom der er kommet fokus på ernæring til ældre, så har man glemt den store gruppe af patienter under 70 år, som man i dag reelt ikke har nogen strategi for. Christian Lodberg Hvas øjner dog håb forude, hvis der kommer politisk vilje og fokus på problemet. "Hvis vi får identificeret de mange patienter, der er i risiko for at få længere og dårligere forløb på grund af underernæring med de gode screeningsredskaber, vi har til rådighed, og vi samtidig får iværksat ernæringsbehandling, så vil det betyde meget for rigtig mange patienters helbred", siger han. Den seneste undersøgelse af antallet af patienter, der er i risiko for underernæring på danske hospitaler er fra 2004, og den viser, at fire ud af ti indlagte patienter er underernærede eller i risiko for underernæring. Selvom undersøgelsen har nogle år på bagen, så vurderer eksperterne, at billedet ikke er blevet bedre i årenes løb. "Der er stadig barrierer både på viden, organisering og økonomi, når det handler om at behandle patienter, der bliver ramt af sygdomsrelateret underernæring", siger Henrik Højgaard Rasmussen, der er overlæge og professor i ernæring ved Aalborg Universitetshospital. Han forklarer, at det først og fremmest er vigtigt at have en kvalitetsmodel, hvor alle patienter bliver screenet for underernæring af kvalificerede fagpersoner, og at de patienter, der er underernærede eller i risiko for det, får en ernæringsplan, som følges op ved at vurdere, om patienterne



får dækket deres energi- og proteinbehov. Samtidig så kræver det, at alle på hospitalerne på tværs af faggrænser, sektorer og mellem region og kommune samarbejder om det samlede ernæringsforløb. I Aalborg Kommune, som Henrik Højgaard Rasmussen samarbejder med til daglig, er det lykkedes at prioritere ansættelsen af et ernæringsteam, der også har fokus på sygdomsrelateret underernæring. Teamet yder blandt andet kvalificeret kostrådgivning og rådgiver inden for mere komplicerede ernæringsformer som sondeernæring (mad givet gennem slange til maven) og parenteral ernæring (mad givet i blodåre). Han vurderer dog stadig, at der er lang vej til målet. Der er store forskelle fra hospital til hospital og på de enkelte afdelinger på hospitalerne. De fleste hospitaler har ikke en organisation, som kan håndtere patienter med komplekse ernæringsproblemer.

### Underernæring er en skjult lidelse

Anne W. Ravn oplever også, at ernæringsbehandling langt fra altid er en integreret, højt prioriteret og anerkendt del af den tværfaglige daglige kliniske praksis. Derimod er det en af de opgaver, som man ofte udsætter, når man som fagperson skal prioritere opgaver, der skal gennemføres inde hos patienten. Hun oplever, at ernæringsbehandling ofte er båret af lokale ildsjæle, og det er kun få steder, at ledelsen har tilstrækkelig fokus på ernæring. "Underernæring er ikke en lidelse, der kan ses på linje med sår, smerter og blodpropper, og derfor er det nemmere at fravælge behandlingen", siger Anne W. Ravn. Underernærede patienter råber nemlig ikke op, og med kvalme og madlede har de sjældent modstand mod at blive sultet lidt, forklarer hun. Samtidig så har ernæringsbehandling ikke samme status som andre basale og specialiserede indsatser i klinikken. Ernæring kommer i anden række og overlades ofte til service- og SOSU-assistenten, selvom det kræver specialiseret viden. "Jeg kan godt forstå, at en travl hverdag gør det nødvendigt at træffe valg, for det føles ofte sådan, at man ikke har tid til det hele. Vi må bare erkende, at vi ikke kan behandle borgere og patienter godt nok, hvis de ikke får den rette ernæringsbehandling, og det er uanset, hvilken sektor de er i", siger Anne W. Ravn.

Christian Lodberg Hvas mener også, at behandlingen af underernæring er slået langt tilbage i dag. I Region Midtjylland, hvor han er ansat, sparede man op mod en tredjedel af alle kliniske diætister væk i 2016, og det har heller ikke hjulpet, at Den Danske Kvalitetsmodel døde bureaukratidøden. Da kvalitetsmodellen levede, skulle alle patienter screenes for underernæring, og i følge Christian Lodberg Hvas er en screening første skridt på vejen, hvis man skal komme problemet til livs. I dag er screeningen af patienterne forsvundet på mange afdelinger, og det har konsekvenser for mange patienter.

### Underernæring koster sundhedsvæsenet milliarder

Alle analyser tyder på, at underernæring koster milliarder for det danske sundhedsvæsen.

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet vurderer, at en forbedring af behandlingen af underernærede patienter ikke bare er selvfinansierende, men nettobesparende for det danske sundhedsvæsen.

En hollandsk undersøgelse fra 2014 viser, at 5-10% af udgifterne til de underernærede patienter og borgere kan spares ved at behandle underernæring. Overført til Danmark svarer det til en besparelse på 1,5 milliarder årligt.

I Danmark er patienter i gennemsnit indlagt 3,4 dage længere end nødvendigt på grund af underernæring.

Fire ud af ti patienter på de danske hospitaler er underernærede eller i risiko for at blive det.

### Konsekvenser for underernærede patienter

- Svækket immunforsvar
- Hyppigere infektioner
- Længere genoptræning
- Dårligere livskvalitet
- Fleere genindlæggelser
- Dyrere behandlinger
- Øget dødelighed

### Kilde:

*Underernæring – Det skjulte samfundsproblem s. 22-25 (publikation udarbejdet i et samarbejde mellem Arla og Kost- og Ernæringsforbundet i 2014)*

”Behandling af underernæring er en lavthængende frugt i det danske sygehusvæsen, for vi kan virkelig gøre meget for denne patientgruppe, og det vil få stor betydning for deres livskvalitet og for effekten af den behandling, de ellers får”, siger Christian Lodberg Hvas. Vægttab er fatalt for patienter i forbindelse med sygdom, og det kræver højt specialiseret ernæringsbehandling, hvis man skal opnå kortere ind-

læggelsestider og nedbringe kompleksiteten i mange sygdomsforløb. ”Behovet for mere opmærksomhed på værdien af en specialiseret ernæringsbehandling hænger ikke sammen med fyring af diætister og krav om højere effektivitet hos læger og plejepersonale, der tilmed må overtage opgaver, som de ikke altid er tilstrækkeligt uddannet i at varetage”, fastslår Anne W. Ravn.

#### De tre eksperter

**Anne W. Ravn** er klinisk diætist ved hhv. Infektionssygdomme og Lungesygdomme, Aarhus Universitetshospital, og forfatter til fagbøger og artikler om ernæringens betydning for sundhed og sygdom.

**Henrik Højgaard Rasmussen** er ph.d., klinisk professor og overlæge ved Medicinske Mave- og Tarmsygdomme og leder af Center for Ernæring og Tarmsygdom samt Center for Tarmsvigt, Aalborg Universitetshospital. Han har årelang interesse for diagnostik, udredning og behandling inden for klinisk ernæring og har forsket

i underernæring nationalt som internationalt, herunder som medlem af Council for European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN).

**Christian Lodberg Hvas** er overlæge, ph.d. og klinisk lektor ved Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitetshospital og Klinisk Institut, Aarhus Universitet. Han forestår afdelingens behandling af patienter med korttarmssyndrom og svær malabsorption og har særlig interesse for behandling af underernæring og forstyrrelser i kroppens og tarmens immunsystem.

#### Kilder

Professor Kjeld Møller Pedersen: Sundhedsøkonomi ved underernæring blandt ældre; Perspektiv nr. 1, april 2009.

Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA et al. The economic costs of disease related malnutrition. (2013) Feb;32(1):136-41.

Sundhedsstyrelsen: ”Medicinske patienters ernæringspleje”, Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Rasmussen HH, Kondrup J et al.: ”Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals”, Clin Nutr (2004) 23, 1009-1015

[http://dske.dk/Politik/Nationalt/SST\\_vejledning\\_2008.pdf](http://dske.dk/Politik/Nationalt/SST_vejledning_2008.pdf).

[www.kost.dk/ernaering-til-kræftpatienter](http://www.kost.dk/ernaering-til-kræftpatienter).

Arla Protino®

# Friske og velsmagende fødevarer til den lille appetit

Til personer med lille appetit

- Baseret på valleprotein
- Rig på protein og kalorier

ARLA PROTINO® BLÅER VANDT ÆRESPRÆMIE PÅ FOODTECH 2016.

**NYHED!** Inspiration i din inbox

Tilmeld dig Go' Smag – Arla's helt nye digitale inspirationsunivers for ernæringsfaglige – og få lækre serveringstips, ny viden og spændende artikler i din inbox.

Tilmeld dig på [arlafoodservice.dk](http://arlafoodservice.dk)

Få Arla Protino® hos din grossist og i udvalgte supermarkeder over hele landet

**Arla**  
nyd det gode

# Vitale organer skrumper hos underernærede

**Syge patienter, der ikke får den rette ernæringsbehandling, får flere komplikationer af deres sygdom og i værste fald kan det føre til dødsfald. To eksperter forklarer, hvorfor sygdomsrelateret underernæring er så farlig.**

Af journalist Christian Nicolaisen, [cnicolaisen@gmail.com](mailto:cnicolaisen@gmail.com)

De fleste raske personer, der har været på slankekur, ved godt, at kroppen kan tilpasse sig en situation, hvor den får for lidt energi i form af mad og drikke. Det kan godt være ubehageligt at være på slankekur eller at sulte sig, men det er ikke farligt over en kortere periode. Kroppen er nemlig indrettet så smart, at den har forsvarsmekanismer mod at få for lidt at spise. Kroppen ændrer forbrændingen, når man er på slankekur, så den tærer på fedtdepoter i stedet for sukker og muskler. Sådan er det bare ikke, når man er syg. Så fungerer kroppen helt omvendt. Syge mennesker øger forbrændingen og tærer på musklerne frem for på fedtdepoterne, og bl.a. derfor nedbryder syge i højere grad kroppens immunforsvar, hvis de ikke får den rette mængde af energi. "Når man er kronisk syg, så kan kroppen ikke tilpasse sig situationen, og får man ikke den rette ernæring, så nedbryder man musklerne", siger Henrik Højgaard Rasmussen, der er overlæge og professor i ernæring på Aalborg Universitetshospital.

## En vital behandling

Flere af de vitale organer i kroppen er opbygget af muskler. Det gælder både hjerte, lunger og i særdeleshed ekstremiteterne, som er nødvendige for kroppens funktioner. Derfor er det også ekstra problematisk, når musklerne nedbrydes hos syge mennesker. "Det er fuldstændig afgørende at få protein og energi, når man er syg, for ellers har man ikke kræfter til at følge behandlingen og undgå de komplikationer, der følger med sygdommen", siger Henrik Højgaard Rasmussen. Christian Lodberg Hvas, der er overlæge på Aarhus Universitetshospital, er enig i, at der er rigtig mange patientgrupper på hospitalerne, der er i risiko for underernæring. Det kan typisk være kræftpatienter, nyligt opererede, patienter med betændelsestilstande og ældre med kroniske sygdomme. Han forklarer, at der desværre ikke er et særlig finmasket net til at finde frem til disse patienter i Danmark, og det er et stort problem, for de har brug for ernæringsbehandling for at håndtere deres sygdom. Derfor mener han også, at behandlingen af sygdomsrelateret underernæring skal gå hånd i hånd med eksempelvis medicinsk behandling, fordi det øger effekten af den medicinske behandling betragteligt. "Kræftpatienter er en patientgruppe, der i høj grad har brug for at få tilført energi og protein,

så de kan klare behandlingen, men der er ikke enighed om, hvordan den behandling skal foregå i Danmark eller hvilke af kræftpatienterne, der skal have det tilbudt", siger Christian Lodberg Hvas. Han forklarer, at der ikke er klare grænser for, hvornår en kræftpatient skal have tilbudt særlig ernæringsterapi, eller enighed om patientens ernæringsbehov. Det kræver faglige indsatser at hjælpe patienter, der er i risiko for underernæring, og det bliver ikke prioriteret tilstrækkeligt. "Vi kunne vinde meget ved at undersøge, hvordan vi bekæmper sygdomsrelateret underernæring, for der er menneskeliv, vi kan redde, hvis vi gør det rigtige", siger Christian Lodberg Hvas. Henrik Højgaard Rasmussen konstaterer, at det desværre er normalt, at fx kræftpatienter taber sig 25 kg under en kræftbehandling, og han er derfor enig i, at kræftpatienter er en af de grupper af patienter, der virkelig kan vinde meget ved, at der kommer større fokus på diætetisk behandling af sygdomsrelateret underernæring. De patienter, der kan bevare muskelmassen, har også bedre effekt af kemoterapi, og samme gruppe af patienter har heller ikke så mange bivirkninger til behandlingen, forklarer Henrik Højgaard Rasmussen. "Der er simpelthen evidens for, at patienter, der spiser rigtigt, har færre komplikationer, og for kræftpatienter kan det føre til døden, hvis man ikke får den rette diætetiske behandling, dvs. langt mere fed og proteinrig end det, vi anbefaler til raske", siger Henrik Højgaard Rasmussen.

## Mad til småtspisende og personer i risiko for underernæring

- Stor energitæthed, dvs. højt fedtindhold og lavt kulhydrat-/kostfiberindhold
- Meget små portioner mad og hyppige måltider – fx 6-8 inkl. energi- og proteintilskud
- Individuelt tilpasset konsistens af de enkelte måltider
- Små indbydende portioner - gerne serveret i madfællesskaber
- Vitamin- og mineraltilskud
- Individuel ernæringsterapi med kombination af mad, ernæringsdrikke, sondeernæring eller parenteral ernæring
- Kostregistrering og monitorering af ernæringstilstand



# Den dag ernæringen til de ældre blev glemt

## Et single-casestudie om ernæringsindsatsen til ældre i Aabenraa

Af Luise Persson Kopp, klinisk diætist og markedsføringsøkonom AK, lk@diatist.dk

Der er store udfordringer forbundet med det tværsektorielle samarbejde om ernæring til ældre i Aabenraa, hvor konsekvensen er genindlæggelser og usammenhængende patientforløb. For at styrke samarbejdet er det nødvendigt med mere viden om ernæring samt bedre kommunikation, ledelse og opfølgning. Det kræver politisk handling og nytænkning, når det tværsektorielle samarbejde skal styrkes.

### Indledning

Det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen på sundhedsområdet er stadig udfordret 10 år efter strukturreformen (1). Hvor strukturreformen egentlig havde til formål at fremme samarbejdet, resulterede den derimod i et opdelt sundhedsvæsen med usammenhængende patientforløb og tværsektorielle udfordringer (2,3). Ifølge Sundhedsstyrelsen er der i 2016 fortsat udfordringer med at skabe sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient (4). For at sikre samarbejdet og sammenhængende patientforløb blev det derfor obligatorisk at oprette sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner (5).

Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Syddanmark danner rammen for det tværsektorielle samarbejde og beskriver ansvarsfordeling og forløb mellem sygehus, kommune og hjem (6). Ifølge aftalen skal parterne udarbejde en særskilt samarbejdsaftale om ernæring, "herunder hvordan det sikres, at kommunens medarbejdere bliver i stand til at indarbejde screeningsresultaterne i deres videre forebyggende og rehabiliterende indsatser i samarbejde med den enkelte borger" (6, s.27). Aabenraa Kommune har beskrevet særlige fokusområder vedrørende Sundhedsaftalen 2015-2018, som hverken omfatter ernæring, fokus på tværsektorielt samarbejde eller en samarbejdsaftale om ernæring (7).

### Problemstilling

Der skal være sammenhængende patientfor-

løb på tværs af sektorer, også ved ernæringsindsatser, hvilket stiller krav til klare aftaler om samarbejde, kommunikation, ansvarsfordeling og initiativ i kombination med dialog og fleksibilitet (4,5,8). Når screeningen viser, at patienten er i ernæringsmæssig risiko, skal der udarbejdes en ernæringsplan og en plan for opfølgning (6,9). Desværre er det ikke alle geriatriske patienter, der bliver ernæringscreenet ved indlæggelsen på Sygehus Sønderjylland, hvor det i 2015 kun var 87% (10). På trods af ernæringsindsatsens veldokumenterede effekt ift. øget livskvalitet og et forbedret behandlingsforløb er det stadig kun under halvdelen af patienter i ernæringsmæssig risiko, som modtager en målrettet ernæringsindsats (9,11-13).

En medvirkende faktor kan være, at indlæggelsestiden på sygehusene er forkortet (14,15). Patienten bliver udskrevet, inden sundhedspersonalet når at følge op. Dermed overgår ansvaret til kommunen, som skal sørge for opfølgning. Hvis Aabenraa Sygehus imidlertid ikke kommunikerer med Aabenraa Kommune om ernæringsindsatser, fordi de ikke har udarbejdet en samarbejdsaftale, hvordan får de så fulgt op?

### Metode

Bachelorprojektet har et hermeneutisk, videnskabssteoretisk afsæt og anvender en abduktiv tilgang, som fremmer det dialektiske samspil mellem teori og empiri. Empirien baserer sig på et kvalitativt single-casestudie med indlejret design og omfatter tre analyseenheder, hvor der er indsamlet ni kvalitative interviews og supplerende dokumenter.

Den valgte case, ældreernæring i Aabenraa, er en kritisk case, fordi den har en speciel betydning med henblik på den overordnede problemstilling.

For at forstå helheden af casen med henblik på det tværsektorielle samarbejde omfatter casen følgende analyseenheder: Aabenraa Kommune, Aabenraa madservice og Aabenraa Sygehus. For hver analyseenhed er der udvalgt respondenter, som giver et repræsentativt billede af den enkelte enhed (16-18).

### Det tværsektorielle samarbejde

Det tværsektorielle samarbejde modarbejdes af ledelsesstilen i sundhedsvæsenet, der bærer præg af en bureaukratisk og New Public Management-orienteret kultur. For at det tværsektorielle samarbejde skal lykkes, kræver det i stedet bottom-up tænkning i kombination med en politisk og administrativ rammesætning (2,19).

### Dataanalyse

Den indsamlede empiri blev kategoriseret, rekontekstualiseret og hermeneutisk fortolket med udgangspunkt i analysemetoden beskrevet af Dahlager og Fredslund (20). Som det fremgår af tabel 1, viser analysen et ens mønster i hovedkategorier med centrale temaer: ernæringscreening, kostregistrering, ernæringsindsats, tværsektorielt samarbejde samt løsningsforslag. Underkategorierne viser også et ensartet mønster, hvor de centrale temaer er: viden, ansvar, tid, kommunikation, samarbejde og ledelse. Undersøgelsesenhederne i analysen omfatter tre afdelinger på Aabenraa Sygehus, Aabenraa madservice samt kommunens visitation, sygepleje og sundhedscenter.

### Diskussion af resultater

Analysen viser, at en grundlæggende udfordring i analyseenhederne er mangel på tid, hvilket medfører fralæggelse af ansvar for handling, kommunikation og opfølgning. Blandt respondenterne er der enighed om, at der er store udfordringer forbundet med det tværsektorielle samarbejde, hvor konsekvenserne er genindlæggelser og usammenhængende patientforløb.

For at lykkes, skal der fokuseres på det tværsektorielle samarbejde og kommunikation, hvor det skal være ernæringsfaglige personer, som er ansvarlige for ernæringsindsatsen og opfølgning. Desværre er det ikke nok at håbe på, at plejen har ressourcerne og kompetencerne til at følge op på ernæringen.

Der skal være ledere, som tager ansvar for problemet og følger op, samt en fælles retningslinje, der beskriver, hvor henvisningen skal sendes hen, hvis der er et ernæringsmæssigt problem.

Selvom der fremover skal være fokus på kvalitet i ledelsen i sundhedsvæsenet, er det vanskeligt at se, hvordan kvaliteten skal komme til udtryk, hvis tiden ikke er der? (8).

### Konklusion

Undersøgelsen viser, at samarbejdet om ernæring til ældre på tværs af sektorer i Aabenraa er påvirket af mangel på tid, ansvar, viden og kommunikation. Der er forskel på, hvilke forhold der påvirker ernæringsindsatsen på sygehuset og i kommunen. Sygehuset har begrænset tid til ernæringsindsatsen, men selv hvis tiden er til rådighed, er patienterne indlagt i kort tid, og kommunen får alt for sjældent besked om ernæring. Kommunen har de samme udfordringer, da plejen er

presset på tid. Sygeplejen står for ernæringscreeningen, men de ser ikke alle borgere, og hvis en borger indlægges, gives der ikke besked til sygehuset om ernæring. Der tages ikke ansvar for ernæring til ældre, hvilket både skyldes manglende viden om ernæring, kommunikation, og opgaveplaceringen sektorer imellem. Det forventes, at andre gør det. Sygehuset lægger ansvaret ud til kommunen, fordi plejen ser borgeren i det daglige, og kommunen lægger ansvaret tilbage på sygehuset, fordi de ser udfordringerne med ernæring under indlæggelsen. Ingen får besked, ingen kigger, ingen tager ansvar, intet sker. Samlet set er det en mangel på samarbejde, som påvirker de tværsektorielle ernæringsindsatser. Både samarbejdet på sy-

gehuset, i kommunen og på tværs af sektorer.

Men der er forskellige muligheder for at styrke samarbejdet, hvor det centrale er mere viden og ansvar samt bedre kommunikation, ledelse og opfølgning. Der skal mere fokus på viden om ernæringsindsatser og uddannelse af personalet, som arbejder med ernæring i det daglige. Der skal være flere ernæringsfaglige medarbejdere i kommunen og på sygehuset, som får ansvar for at løfte opgaven.

Den fulde version af projektet kan læses på <http://www.diaetist.dk/viden/bachelorprojekter-og-specialer>.

**Tabel 1. Analyse**

Arbejdsspørgsmål	Teori	Kategori	Underkategori	Empiri
Hvilke forhold har indflydelse på ernæringsindsatsen på sygehuset og i kommunen?	Scheins organisationskultur Teori om tværsektorielt samarbejde	Ernæringsindsats Ernæringscreening Kostregistrering	Ansvar Tid Viden Forebyggende indsats Tværfagligt samarbejde Arbejds gange	Interviews Retningslinje fra Sygehus Sønderjylland Rapport fra Aabenraa Kommune
Hvordan samarbejder sygehus og kommune om ernæringsindsatser til ældre?	Implementeringsteori	Tværsektorielt samarbejde	Tid Ansvar Kommunikation: - Udskrivelse - Indlæggelse Visitering	Interviews Rapport fra Aabenraa Kommune Retningslinje fra Sygehus Sønderjylland Vejledning fra MedCom
Hvordan kan det tværsektorielle samarbejde om ernæringsindsatser styrkes?		Løsningsforslag	Ansvar Kommunikation Ledelsen Opfølgning Viden	Interviews

Kilde. Teori (2,19,21), Spørgsmål 1 (22,23), Spørgsmål 2 (22-24)

### Referencer

- Pedersen L, Sørensen MK, Fischer T. Kan tværsektoriel koordinering ledes? Tidsskr Dan Sundhedsvæsen. 2016 Sep;92(5):32-8.
- Ødegård A, Willumsen E, editors. Tverrprofjonnelt samarbeid: et samfunnsoppdrag. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
- Lunde Stougaard A. Fælles vision, politik og strategi på tværs af sektorerne. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. 2011;87.(6):6-9.
- Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient: fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019. Sundhedsstyrelsen; 2016.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om strukturreform. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2004.
- Sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedsaftalen 2015-2018. Region Syddanmark; 2015. (<https://www.regionsyddanmark.dk/wm277954>, 11. Aug. 2016)
- Assenholm PTO, Aabenraa Kommune. Baggrund, fælleskommunale strategiske prioriteringer og Aabenraa Kommunes særlige fokusområder vedr. Sundhedsaftale 2015-2018. Aabenraa Kommune; 2014. (<https://www.aabenraa.dk/media/449947/4484219E14.DOCX>, 27. Dec. 2016).
- Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018. 2015. ([http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2015/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsområdet/Nationalt%20kvalitetsprogram%20for%20sundhedsomr%C3%A5det%20-%20april%202015.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsområdet/Nationalt%20kvalitetsprogram%20for%20sundhedsomr%C3%A5det%20-%20april%202015.ashx), 11. Jan. 2016).
- Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. Clin Nutr. 2016 Dec; 35(6):1340-1346.
- Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik - Øst, Den Landsdækkende Database for Geriatri. Den Landsdækkende Database for Geriatri - National Årsrapport 2015. 2016. ([https://www.sundhed.dk/content/cms/9/4709\\_geriatriaarsrapport2015.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/9/4709_geriatriaarsrapport2015.pdf), 5. Jan. 2017).
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr. 2003 Aug;22(4):415-21.
- Rasmussen H, Holst M, Kondrup J. Measuring nutritional risk in hospitals. Clin Epidemiol. 2010 Sep;209.
- Socialstyrelsen. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt væggtab. 2015. ([www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre](http://www.socialstyrelsen.dk/måltidertilældre), 16. Nov. 2016).
- Danmarks Statistik. Indlæggelser, sengedage og indlagte patienter efter køn, alder, område, nøgletal, sengedage og tid. Danmarks Statistik; 2016. ([statistikbanken.dk/IND05](http://statistikbanken.dk/IND05), 21. Okt. 2016).
- Sundheds- og Ældreministeriet. Indblik i sundhedsvæsenets resultater. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2016.
- Neergaard H. Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser. 2nd ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2007.
- Thisted J. Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2012.
- Yin RK. Case study research: design and methods. Fifth edition. Los Angeles: SAGE; 2014.
- Bihari-Axelsson S, Axelsson R, editors. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur; 2007.
- Vallgård S, Koch L. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011.

# NCP

## Hvordan struktureres en opfølgning med NCP i tankerne?

Af Luise Persson Kopp, Klinisk diætist, lk@diaetist.dk

Ved at have ernæringsbehandlingsprocessen (NCP) i tankerne under første vejledning, og efterfølgende, når der dokumenteres, er de første skridt til en vellykket opfølgning allerede taget.

“The purpose of the nutrition intervention ultimately is to correct the nutrition diagnosis, remove the etiology, or reduce the signs and symptoms” (1).

Ernæringsinterventionens formål er at afhjælpe ernæringsdiagnosen, fjerne årsagerne eller at reducere tegn og symptomer. Allerede under første vejledning bør den ernæringsprofessionelle tænke på indikatorer tidligt i processen, da det er disse, som anvendes til at vurdere fremgangen i den opfølgende samtale.

Dokumentation af ernæringsbehandlingsprocessen er fortløbende og støtter op om alle trin i processen, hvis det findes relevant og aktuelt i den pågældende situation.

For at evaluere relevante mål er det vigtigt at inkludere dokumentation for, hvor patienten, klienten, borgeren (P/K/B) befinder sig i forhold til de forventede ernæringsmål (2).

Ernæringsbehandlingsprocessen består af 4 trin, hvor det i særdeleshed er ernæringsdiagnosen (trin 2), mål (trin 3) og indikatorer (trin 4), der anvendes ved den opfølgende samtale. Trin 4, ernæringsmonitorering- og evaluering er både det sidste trin ved første vejledning, samt det første trin ved en opfølgning (2-5).

“Formålet med ernæringsmonitorering og -evaluering er at afgøre og måle graden af fremgang efter ernæringsinterventionen, og hvorvidt de ernæringsrelaterede mål/forventede effekter er opnået” (2, s. 1).

I den opfølgende samtale er det vigtigt at have erindring om PES-redegørelsen, de aftalte mål og indikatorerne. De valgte indikatorer gør det muligt at vurdere, om ernæringsinterventionen har fungeret som ønsket, og hvorvidt det oprindelige ernæringsproblem er afhjulpet, eller fortsat kræver opmærksomhed. Der er forskellige måder at gribe opfølgningen an på, alt efter om der fortsat er samme ernæringsproblem, om ernæringsproblemet er afhjulpet, og om der er et nyt, eller om der ikke er flere ernæringsproblemer, og patienten skal afsluttes. Derudover skal det overvejes, om der skal justeres på ernæringsinterventionen, eller om den har vist de ønskede resultater, og den allerede planlagte intervention fortsættes (2,4).



### Referencer

1. Skipper, A. (2007). Support Line, Volume 29 no. 6.
2. Academy of Nutrition and Dietetics (2014). Snapshot. NCP Trin 4: Ernæringsmonitorering- og evalueringer. Nutrition Care Process Terminology (eNCPT) Reference Manual (Online d. 10.06.2017) <https://ncpt.webauthor.com/pubs/idnt-da/category-4>
3. Academy of Nutrition and Dietetics (2014). Snapshot. NCP Trin 1: Ernæringsudredning Nutrition Care Process Terminology (eNCPT) Reference Manual. (Online d. 10.06.2017) <https://ncpt.webauthor.com/pubs/idnt-da/category-1>
4. Academy of Nutrition and Dietetics (2014). Snapshot. NCP Trin 2: Ernæringsdiagnose. Nutrition Care Process Terminology (eNCPT) Reference Manual. (Online d. 10.06.2017) <https://ncpt.webauthor.com/pubs/idnt-da/category-2>
5. Academy of Nutrition and Dietetics (2014). Snapshot. NCP Trin 3: Ernæringsintervention. Nutrition Care Process Terminology (eNCPT) Reference Manual. (Online d. 10.06.2017) <https://ncpt.webauthor.com/pubs/idnt-da/category-3>

I et opfølgende journalnotat kan følgende punkter og overskrifter være relevante at medtage:

<b>Ernærings-/diætbehandling – opfølgende samtale</b>
<b>Ernæringsdiagnose</b> (kun ernæringsproblem/ernæringsdiagnose, ikke ætiologi/årsag og tegn og symptomer)
<b>Indikatorer</b>
<b>Siden sidst</b> Her anføres kort anamnese/beskrivelse af, hvordan det er gået siden sidst. Er aftalerne overholdt? Hvordan går det med målsætningen og delmål? Her kommer en opsummering af det, som blev drøftet sidst, hvad har P/K/B husket/glemmt?
<b>Kost- og ernæringsrelateret anamnese</b> (Kan undlades, hvis det ikke er relevant for dokumentationen/vejledningen) Evt. kan der blot skrives: Kosten er pænt sammensat/kosten er uændret/etc.
<b>Evaluering</b> Evaluer indikatorer og målsætning/delmål ud fra fortælling og "siden sidst".
<b>Ernæringsintervention</b>
<b>Justering af plan</b> Her beskrives de justeringer, som aftales, hvis der fortsættes med samme ernæringsanbefaling som sidst. Her kan også noteres, om der justeres i målsætning/delmål – hvis der aftales nye mål, skal dette skrives som overskrift.
<b>Målsætning</b>
<b>Nye mål/delmål</b>
<b>Aftaler</b>
<b>Opfølgning</b>
<b>Ernæringsmonitorering- og evaluering</b> (behøver ikke være med, hvis det er samme indikatorer)
<b>Indikatorer</b> (behøver ikke være med, hvis det er samme indikatorer)

Som skemaet ovenfor viser, er der mange muligheder for dokumentation af ernæringsbehandlingsprocessen. Det er helt op til den enkelte ernæringsprofessionelle at dokumentere, hvad der er relevant at notere i den enkelte vejledning, og om der er noget, som bør noteres for forståelsens skyld.

Oftest vil den samme ernæringsdiagnose være gældende over flere vejledninger, og det vil kun være nødvendigt med en justering af planen.

I det følgende gives et eksempel på strukturen ved en opfølgning, samt hvorledes der kan dokumenteres. Først gives en kort opsummering af den initiale samtale:

<b>Ernærings-/diætbehandling – Initial samtale</b>
<b>Følgende PES-redegørelse blev skrevet ved den initiale samtale:</b> Excessivt energiindtag relateret til begrænset viden om fedt- og energiindhold i levnedsmidler dokumenteret ved højere indtag af fedtrige levnedsmidler end rekommandationerne anbefaler, dagligt indtag af alkohol, LDL 6,5 og BMI 49.
<b>Ernæringsanbefaling:</b> Energi- og kolesterolreduceret diæt
<b>Mål:</b> Faldende kolesterol ved næste blodprøve om 3 måneder og på sigt færre smerter i ryg og ben som følge af vægttab.
<b>Kort opsummering af initial samtale:</b> P/K/B havde et højt dagligt indtag af smør, fuldfed ost og pålægssalater, foruden et højt alkoholindtag, forhøjet LDL (6,5) og BMI (49). Det blev i samarbejde med P/K/B valgt at fokusere på ost og smør ved første vejledning.

## Ernærings-/diætbehandling – opfølgende samtale

### Ernæringsdiagnose:

Excessivt energiindtag

### Indikatorer:

- Anvende fedtfattig ost
- Skrabe smør på brødet
- 0,5 kg vægttab på 14 dage

### Siden sidst:

P/K/B har været motiveret for at ændre på indtag af fedt og har skiftet ost 45+ ud med Cheasy ost. Skraber nu smør på brødet, men har svært ved at skære ned på pålægssalater og mængder.

Har på 3 uger tabt 0,7 kg.

### Evaluerings:

P/K/B er klar til at arbejde videre med andre dele af kosten samt portionsstørrelser, vil fortsat tabe sig 0,5 kg pr. uge.

## Ernæringsintervention

### Vejledt i:

- Hjertesund kost
- Valg af pålægssalater ift. at læse næringsdeklarationer + mængder
- Tallerkenmodellen, spise 1 portion

### Opfølgning:

- Om 1 måned i hjerteambulatoriet

## Ernæringsmonitorering- og evaluering

### Indikatorer:

- Skære ned på pålægssalater samt læse næringsdeklarationer ift. sundt fedt
- Spise efter tallerkenmodellen – 1 portion
- 1 kg vægttab på 1 måned

På FaKD's hjemmeside\* ligger der eksempler for alle ovennævnte metoder ved opfølgningen.

Forslag til dokumentation ved opfølgning: \* <http://www.diaetist.dk/viden/ncp/ncp-dokumentation/>

# NCP Nordisk Netværksmøde med præsentation af data fra den internationale NCP-undersøgelse

Den 12. juni blev det andet møde i det Nordiske NCP Netværk afholdt på Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet. Til mødet var der repræsentanter fra Norge, Sverige, Finland og Danmark. FaKD var på mødet repræsenteret af bestyrelsesmedlem Luise Persson Kopp. Derudover var Danmark repræsenteret af Nanna Lang og Charlotte Peersen fra VIAUC Aarhus.

Netværkets formål er blandt andet at dele erfaringer og viden om NCP i de nordiske lande, særligt i forhold til udvikling på uddannelsesniveau.

På mødet blev de første data fra den internationale NCP undersøgelse, INIS-undersøgelsen, præsenteret af Elin Lövestam fra Sverige. Det var nogle interessante resultater, som

vi ser frem til at få et større indblik i senere år. I undersøgelsen deltog 10 lande, og den er blevet oversat til 7 sprog. Der blev diskuteret, hvordan resultaterne fra undersøgelsen kan anvendes af uddannelsesinstitutionerne og det videre arbejde med implementeringen af NCP.

Derudover holdt Nanna Ruengkratok Lang et spændende oplæg om den motiverende samtale og NCP.

Slutteligt holdt alle medlemslande et oplæg omkring diætuddannelsernes opbygning og udvikling, og hvorledes NCP er forankret i uddannelserne.

Gruppen ønsker at fortsætte det gode samarbejde og udvide det nordiske NCP netværk til også at omfatte Island ved næste møde i efteråret 2018.



Deltagerne til det Nordiske NCP Netværksmøde i Göteborg: Kristina Framzén, Åsa Sunesson, Luise Persson Kopp, Elin Lövestam, Christine Henriksen, Nanna Ruengkratok Lang, Cathrine Horn, Charlotte Peersen, Lene Thoresen, Agneta Andersson, Ursula Schwab, Eva-Carin Sehlstedt.



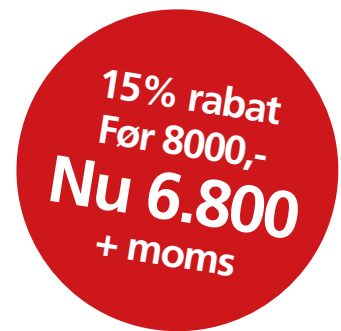
# Rabat på kurser i Den motiverende samtale”

Vi kan med glæde og stolthed meddele, at FaKD har indgået en aftale med Gregers Rosdahl, indehaver af ”Den motiverende samtale”, så alle FaKD medlemmer for fremtiden kan få 15% rabat på kurser i Den motiverende samtale (MI).

**Normalpris for grunduddannelsen på 4 dage er 8.000 kr. + moms.**

**FaKDs medlemmer skal kun betale 6.800 kr. + moms.**

Hvis du ønsker at tilmelde dig, skal du blot kontakte Gregers på [gregers@denmotiverendesamtale.dk](mailto:gregers@denmotiverendesamtale.dk) og oplyse dit navn og FaKD medlemsnummer samt hvilket kursus du ønsker at tilmelde dig. Se kurser på [www.denmotiverendesamtale.dk](http://www.denmotiverendesamtale.dk). Der er stadig få ledige pladser på efterårsholdende både i Fredericia og i København.



# Supplerende kostråd til ældre over 65 år – hvorfor og hvordan

De nye supplerende kostråd til ældre over 65 år er tilpasset et øget proteinbehov, samt et aldersrelateret fald i energiomsætningen. Rådene bygger på de seneste nordiske næringsstofanbefalinger og modelberegninger fra DTU Fødevareinstituttet, som tager udgangspunkt i de officielle kostråd. Det lavere energibehov og den ændrede sammensætning af makronæringsstofferne stiller højere krav til næringsstoffætheden i kosten. En ny rapport fra DTU Fødevareinstituttet om kostvaner, sundhedsadfærd og vægtstatus blandt midaldrende og ældre viser, at højrisiko overvægt er den hyppigste højrisikofaktor for at udvikle sygdomme som type 2-diabetes og hjerte-karsygdomme. Overvægt kan og bør forebygges med sunde motionsvaner og ved at følge de officielle kostråd.

Af Agnes N. Pedersen, seniorrådgiver, cand. med., ph.d., [agnp@food.dtu.dk](mailto:agnp@food.dtu.dk), Lene Møller Christensen, akademisk medarbejder, cand. scient., Jeppe Matthiessen, seniorrådgiver, cand. scient., Karin Hess Ygil, forskningsdiætist, klinisk diætist og Ellen Trolle, seniorforsker, cand. scient. Afdeling for Risikovurdering og ernæring, DTU Fødevareinstituttet.

## Baggrund

Ifølge de Nordiske Næringsstofanbefalinger fra 2012 (NNR 2012) (1) er anbefalingerne for makronæringsstoffer ændret for ældre i form

af en højere anbefaling for protein. Anbefalingen er ændret af hensyn til bevarelse af den nødvendige muskelmasse.

En ernæringsmæssig udfordring hos ældre er den med alderen faldende energiindtagelse og -omsætning. Dette medfører, at en mindre mængde mad skal indeholde samme mængde næringsstoffer, som større portioner tidligere kunne rumme. Med andre ord skal maden på tallerkenen have en højere næringsstoffæthed, når man bliver ældre. Ældre må derfor være kvalitetsbevidste og vælge fødevarer med et højt næringsstofindhold. Omvendt bør de skære ned på fødevarer med

’tomme kalorier’, hvor næringsstofindholdet er lavt, som fx fødevarer med et højt indhold af sukker og alkohol.

For at de nye næringsstofanbefalinger kan udmøntes i supplerende kostråd til ældre, har DTU Fødevareinstituttet udfærdiget modelberegninger med udgangspunkt i de officielle kostråd tilrettet ældres særlige behov. Det følgende redegør for disse modelberegninger, der også er beskrevet i notatet ’Modelberegninger bag kostråd til ældre over 65 år’ (2).

## Modelberegninger

Modelberegningerne tager udgangspunkt i et

**Tabel 1.** Sammensætningen af modelkosten til ældre over 65 år (E% uden alkohol) samt kostfiber i gram og alkohol i E% sammenlignet med NNR 2012 planlægningsmål og anbefalede indtagsintervaller.

Næringsstof	Modelkost 9 MJ 65-75 år	NNR planlægningsmål	NNR indtagsinterval
Protein, E%	18	18	15-20
Fedt, E%	32	32	25-40
Mættet fedt, E%	10	< 10	< 10
Kulhydrat, E%	50	50	45-60
Tilsat sukker, E%	7	< 10	< 10
Kostfiber g/9 MJ	27	27	3 g pr MJ
Alkohol, E%	4	(højst 5)	-

estimeret gennemsnitligt energibehov samt NNR's planlægningsmål for makronæringsstofferne (1).

For personer i alderen 61-74 år med et moderat fysisk aktivitetsniveau (PAL=1,6) er det daglige energibehov for mænd estimeret til 9,7 MJ og 8,1 MJ for kvinder, svt. et gennemsnit på 8,9 MJ pr. dag for begge køn. Sammenlignet med 31-60-årige er der således tale om et gennemsnitligt fald i det estimerede reference-energiindtag for de ældre på ca. 10%.

Til vurdering af kosten er NNR's interval for det anbefalede proteinindtag 15-20 E%, og jo lavere energiindtag, desto højere protein E% - og omvendt. Planlægningsmålet for protein til ældre er sat til 18 E% protein (se tabel 1). Af tabel 1 fremgår fordelingen af makronæringsstofferne i modelkosten sammenlignet med anbefalingerne fra NNR 2012. Fuldkornsanbefalingen er 75 g pr 10 MJ svarende til 68 g pr. 9 MJ. Der er ingen anbefaling for alkohol, men derimod en maksimumgrænse.

For at illustrere betydningen af de supplerende anbefalinger sammenlignes de enkelte fødevarergrupper i de beregnede modelkoster

for henholdsvis voksne pr. 10 MJ og ældre pr. 9 MJ i tabel 2.

Af Tabel 2 fremgår det, at de supplerende kostråd til ældre må adskille sig fra de officielle kostråd, idet kosten bør indeholde en højere mængde protein, særligt fra fjerkræ og mælkeprodukter, mens indholdet af cereali-er, frugt og grønt skal være ca. 10% lavere svarende til, at det samlede energiindhold er ca. 10% lavere. For at skabe plads til mere protein er mængden af kartofler reduceret med ca. 40% for de ældre ift. voksne. Denne modelberegnete mængde kartofler svarer stort set til, hvad ældre indtager ifølge beregninger over gennemsnitskosten, iflg. den nationale undersøgelse af danskernes kost og fysiske aktivitet (DANSDA) 2011-2013 (3).jf. tabel 4.

Tabel 3 beskriver sammensætningen af det tolerable råderum til 'tomme kalorier'. Beregningerne har taget udgangspunkt i den gennemsnitlige indtagelse iflg. DANSDA (3). Alkoholiske drikke er sammensat af øl, vin spiritus og diverse (rækkefølgen angives i faldende mængde). Det fremgår, at det primært er alkohol og sukkersødede læskedrikke, der

**Tabel 2.** Anbefalet kost for voksne og for ældre over 65 år udtrykt i to typer modelkost, angivet i g pr. henholdsvis 10 MJ og 9 MJ.

Fødevarergruppe g/dag	Modelkost 10 MJ 15-64 år	Modelkost 9 MJ 65-75 år	Ændringer i forhold til alder og faldende energiindtag
Mælk og mælkeprodukter	250	400	Øgning
Ost og osteprodukter	25	20	Fald
Cerealier	216	194	Fald
Grøntsager	300	270	Fald
Kartofler	160	96	Fald
Frugt (inkl. frugtjuice)	300	270	Fald
Nødder	30	20	Fald
Kød og kødprodukter	71	71	Uændret
Fjerkræ	30	45	Øgning
Fisk og fiskeprodukter	50	50	Uændret
Æg	25	25	Uændret
Fedtstoffer	20	18	Fald

er skåret ned på ift. modelkosten på 10 MJ.

Energiindholdet fra råderummet indgår i det samlede energiindhold fra modelkosterne.

### Sammenligning med gennemsnitskosten

For at kunne fokusere de supplerende kostråd i relation til befolkningsgruppens nuværende kostvaner er gennemsnitskosten pr. 9 MJ for de 65-75-årige mænd og kvinder beregnet med udgangspunkt i data fra DANSDA 2011-2013 (3). I bemærkningerne i tabellen beskrives kriterierne for valg af fødevarer i modelkosten.

Af tabel 4 fremgår det, at såfremt gennemsnitskosten for de 65-75-årige skal leve op til den beregnede modelkost, bør kostens indhold af mælkeprodukter øges til 4 dl, mens ost, der primært er de fuldfede produkter, bør halveres. Cerealier bør være i form af en øget mængde fuldkornsprodukter, mens indholdet af kartofler stort set kan være uændret. For frugt og grønts vedkommende bør de ældre øge indtagelsen, så de når op på ca. 550 g sammenlagt. I praksis bør de ældre fokusere på at spise flere grønsager. Vedrørende de animalske produkter bør de ældre – ligesom andre voksne – reducere kostens indhold af rødt kød, og i stedet øge indholdet af fjerkræ og fisk. Den samlede mængde af kød/fjerkræ/fisk kan stort set være det samme, som de ældre gennemsnitligt spiser i forvejen, jf. tabel 5, men med øget fokus på fjerkræ og fisk. På denne måde sikres et tilstrækkeligt indhold af protein i kosten.

### Sund kost kan sammensættes på mange måder

Vi har i den beregnede modelkost valgt at lægge os tæt op ad en kotsammensætning, der lever op til de officielle kostråd. Men kosten kan også tilsvare kostrådene med en anden sammensætning. Særligt med hensyn til proteinrige kilder kan der lægges vægt på andre fødevarer end de nævnte. Eksempelvis kan mælk og fjerkræ til dels erstattes af æg, og/eller der kan inkluderes vegetabiliske proteinkilder, fx tørrede bønner og linser, på bekostning af kød. Vi har ikke lavet modelberegninger for sådanne kotsammensætninger.

**Tabel 3.** Råderum til 'tomme kalorier' for de to modelkoster.

Fødevarer i g/dag	Modelkost 10 MJ 15-64 år	Modelkost 9 MJ 65-75 år
Alkoholiske drikke	208	177
Sodavand, saft, sukkersøde og light	185	158
Is og fromage	9	8
Kager	30	26
Slik og chokolade	15	13
Snacks	3	2
Fast food, lette retter (uden pølser)	48	41
I alt	498	425
Samlet energi	2070 kJ	1770 kJ

**Sammenfatning af supplerende kostråd til ældre**

I forhold til de officielle kostråd, der er udtrykt pr. 10 MJ, bør kostråd til ældre baseres på en dagskost på 9 MJ, der sikrer et alderssvarende proteinindtag med særligt fokus på

- mælkeprodukter i den høje ende af det anbefalede interval på 250-500 ml
- samme mængde rødt kød og fisk

- en øget mængde fjerkræ
- en relativt mindre mængde af de øvrige fødevarergrupper svarende til, at energiindholdet er nedsat fra 10 MJ til 9 MJ.

Disse anbefalinger danner baggrund for Fødevarestyrelsens supplerende kostråd til ældre, der blev lanceret i efteråret 2016 (4). I forhold til gennemsnitskosten er de væsentligste ændringer for at leve op til kostrådene,

at de ældre bør fastholde, eventuelt øge kostens indhold af de proteinrige fødevarer - OG med en ændret sammensætning i form af mindre rødt kød og mere fjerkræ, fisk og mælkeprodukter. De ældre bør øge indtagelsen af grøntsager for at nå op på de anbefalede 5-6 stykker frugt og grønt (550 g) om dagen. Fedtstofmængden bør nedsættes og fedtkvaliteten forbedres med inddragelse af de umættede fedtstoffer på bekostning af de mættede fedtsyrer. Indtagelsen af fødevarer, der bidrager med 'tomme kalorier' (råderummet), bør begrænses - eksempelvis alkohol og sukkersødede læskedrikke.

**Risikogrupper blandt 55-75-årige**

DTU Fødevarestyrelsen har efterfølgende udarbejdet en rapport (5) baseret på data fra DANSDA 2011-2013 (3) om kostvaner, sundhedsadfærd og vægtstatus hos midaldrende (55-64 år) og ældre (65-75 år) med henblik på at identificere risikogrupper. Rapporten beskriver KRAM-faktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion i relation til vægtstatus, intention om at spise sundt og udvalgte sociodemografiske data. Kostens kvalitet er desuden beskrevet i form af en kostscore, der afspejler, i hvor høj grad kosten lever op til udvalgte officielle

**Tabel 4.** Gennemsnitlig indtagelse for 65-75-årige (DANSDA 2011-2013) af fødevarergrupper pr. 9 MJ i relation til den anbefalede kost (Modelkosten).

Fødevarergruppe	Indtag g/dag			Anbefalet, Modelkost Alle 65-75 år	Bemærkninger	Anbefaling i forhold til Gennemsnitskosten (DANSDA)
	Mand	Kvinder	Alle			
Mælk og mælkeprodukter	256	271	263	400	Magre produkter	Markant øgning
Ost og osteprodukter	40	47	43	20		Halvering
Cerealier	199	194	197	194	160 g brød og morgenmads-cerealier 20 g havregryn 14 g ris/pasta (rå vægt)	Uændret. Øget indhold af groft brød og havregryn
Grøntsager	150	211	176	270		Markant øgning
Kartofler	133	86	107	96		Let nedsat
Frugt inkl. Juice	211	345	269	270	+ 20 g nødder	Uændret
Kød og kødprodukter	124	103	115*	71	61 g tilberedt** kød og 10 g forarbejdet kød	Markant nedsat
Fjerkræ	19	22	21*	45***	Tilberedt	Fordobling
Fisk og fiskeprodukter	44	47	45	50	Tilberedt	Let øgning
Æg	23	27	25	25		Uændret
Fedtstoffer	41	37	39	18	10 g bløde fedtstoffer 8 g olie	Halvering
Sukker og sukkervarer	32	32	32	Er inkl. i råderummet i Tabel 3		

\* Blandet rått og tilberedt. \*\*61 g tilberedt kød svarer til 81 g rått kød, \*\*\* 45 g tilberedt svarer til ca. 60 g rått.



**Tabel 5.** Gennemsnitlig indtagelse af kød/fjerkræ/fisk pr. 9 MJ ifl. DANSDA sammenlignet med den anbefalede modelkost pr. 9 MJ.

Fødevaregruppe	Gennemsnitligt indtag pr. 9 MJ	Anbefalet modelkost pr. 9 MJ
<b>Kød og kødprodukter</b>	115	91*
<b>Fjerkræ</b>	28*	45
<b>Fisk</b>	45	50
<b>I alt</b>	188	186

\*modificeret, se tekst under tabel 4.

anbefalinger. En kostscore < 2,5 udtrykker en kost, der ikke i særlig høj grad lever op til de officielle kostråd.

De enkelte KRAM-faktorer og samspillet imellem dem har betydning for sundheden, og jo flere risikofaktorer en person har, desto større er risikoen for at udvikle eksempelvis hjerte-karsygdomme og kræft (6).

For KRAM-faktorerne og vægtstatus har rapporten defineret følgende grænser for, hvornår de kan betegnes som værende en højrisikofaktor:

- Kostscore < 2,5
- Daglig rygning
- Højrisiko indtagelse af alkohol > 14/21 genstande om ugen for henholdsvis kvinder og mænd
- Stillesiddende livsstil svarende til < 5000 skridt om dagen (cykling medregnet)
- Højrisiko overvægt baseret på BMI og talje-omkreds (abdominal fedme)

Risikogruppen blandt de ældre er i rapporten defineret som den andel, der har mindst to af de fem højrisikofaktorer.

Rapporten viser, at de væsentlige forskelle i KRAM-faktorer og vægtstatus for aldersgruppen 55-64 år sammenlignet med aldersgruppen 65-75 år er, at der er færre daglige rygere, og at en stillesiddende livsstil er mere udbredt blandt de 65-75-årige. Der er ikke væsentlige forskelle aldersgrupperne imellem, hvad angår kostscore, kostsammensætning, vægtstatus eller højrisiko overvægt.

Hvad angår kostens kvalitet har 26% af mændene og 7% af kvinderne i aldersgruppen 55-75 år en kostscore < 2,5. Kvindernes kost har gennemgående en højere kvalitet end mændenes.

Kostens indhold af protein ligger inden for det anbefalede interval hos ca. 75% af de 55-75-årige. Der bør imidlertid fokuseres på at øge proteinindtagelsen i absolut mængde

(g/kg kropsvægt) ved at energiindtagelsen, og dermed proteinindtagelsen, bliver øget gennem et øget fysisk aktivitetsniveau. Desuden bør indtagelsen af fødevarer, der bidrager med 'tomme kalorier' (alkohol, mættet fedt og sukker), nedsættes, ved fx at følge de officielle anbefalinger 'Råd om mad når du er over 65 år' – supplement til de officielle kostråd (4).

Et stort sundhedsmæssigt problem er ubalancen mellem energiomsætning og energiindtagelse, hvor udpræget stillesiddende livsstil har medvirket til udbredelse af højrisiko overvægt. Blandt raske, velfungerende, hjemmeboende ældre bør fokus således overvejende være på forebyggelse af overvægt fremfor behandling af undervægt.

I aldersgruppen 55-75 år er 39% af mændene og 29% af kvinderne i højrisikogruppen. Da højrisiko overvægt er den hyppigste højrisikofaktor (hhv. 43% hos mænd og 46% hos kvinder), bør der rettes et særligt fokus på forebyggelse/behandling af overvægt i form af forbedrede kost- og motionsvaner.

Rapportens konklusion er, at fokus bør rettes mod forebyggelse og behandling af højrisiko overvægt via forbedrede kost- og motionsvaner hos 55-75-årige. Det er således vigtigt at udbrede kendskabet til og efterlevelsen af de officielle kostråd målrettet ældre.

## Referencer

1. Nordisk Ministerråd (Nordic Council of Ministers). Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. Nordic Council of Ministers 2014. Nord 2014:002.
2. Pedersen AN. Modelberegninger bag kostråd til ældre over 65 år. Notat til Fødevarestyrelsen, Altomkost. DTU 2017. Rapporten findes i elektronisk form på adressen: [www.food.dtu.dk](http://www.food.dtu.dk)
3. Pedersen AN, Christensen T, Matthiessen J, Knudsen VK, Rosenlund-Sørensen M, Biloft-Jensen A, Hinsch H, Ygil KH, Kørup K, Saxholt E, Trolle E, Søndergaard AB, Fagt S. Danskernes kostvaner 2011-2013. Hovedresultater 2015. DTU Fødevareinstituttet. Afdeling for Ernæring. Søborg. 2015.
4. Fødevarestyrelsen, Altomkost: Råd om mad når du er over 65 år – supplement til de officielle kostråd. 2016.
5. Pedersen AN, Christensen LM, Sørensen MR, Matthiessen J. Kostvaner, sundhedsadfærd og vægtstatus blandt 55-64-årige og 65-75-årige danskere. DTU Fødevareinstituttet. Søborg. 2017.
6. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen 2014.



**Fresubin® 2 kcal DRINK**  
Ernæringen  
du behøver  
Smagen  
du vil ha'



Alle bør spise 3 hovedmåltider og 2-3 mellem-måltider i løbet af dagen.\* Er du syg og har nedsat appetit, kan dette være svært.

Fresubin® 2 kcal DRINK er rig på energi, protein, vitaminer og mineraler og indeholder det samme som et helt hovedmåltid. Og så smager den godt!

Fresubin® er fødevarer til særlige medicinske formål. Kan købes på apoteket.

\* Den nationale Kosthåndbog

Hvis du vil vide mere, kan du besøge vores hjemmeside:

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

 **FRESENIUS  
KABI**  
caring for life

# Min diætistdag i Ærø Kommune

Af Malene B. Jessen, klinisk diætist i Ærø Kommune, [mbj@aeroekommune.dk](mailto:mbj@aeroekommune.dk)

I 2016 valgte Ærø Kommune at styrke deres arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. I den forbindelse blev jeg i oktober 2016 ansat i en nyoprettet stilling som klinisk diætist inden for Sundhed & Forebyggelse i kommunen. Her arbejder jeg med adipositas hos børn, unge, voksne og gravide, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og KOL samt afholder afklarende sundhedssamtaler. Borgerne henvises fra egen læge, job- og voksencentret mv.

I november 2016 blev yderligere en diætist, Andrea Dan Jensen, ansat på ældreområdet i Ærø Kommune - også i en nyoprettet stilling. Det er dejligt at se, hvordan behovet for diætister i landets kommuner vokser. Andrea er tilknyttet hjemmeplejen samt kommunens fire plejecentre. Desuden er hun ansat syv timer om ugen inden for Sundhed & Forebyggelse, hvor hun varetager individuelle diætbehandlinger.

De første måneder arbejdede jeg meget med at udvikle tilbud/indsatser til de forskellige målgrupper, skabe samarbejde med de praktiserende læger samt andre faggrupper og ikke mindst udbrede, hvilke kompetencer kliniske diætister i Ærø Kommune har. Jeg er nu godt i gang og får en masse henvisninger, så en typisk dag som klinisk diætist i Ærø Kommune ser ud som følgende:

**6.20** Jeg bor en spytklad fra færgeløbet og hører, når den første færge fra Svendborg er ved at være i land - så er det på tide at stå op. Jeg har havudsigt fra mit stuevindue, og hver morgen skal jeg lige tjekke op på havets tilstand. Jeg cykler afsted på arbejde og hilser som vanligt på færgemedarbejderne.

**7.45** møder jeg ind på mit kontor i Sundhedshuset, der ligger i den ene fløj af sygehuset. Her sidder også hjemmesygeplejen, fysio-

terapeuter, ergoterapeuter, sundhedskoordinator og vores områdeleder for Sundhed & Forebyggelse. På den anden side af sygehuset har nogle af øens praktiserende læger til huse - kommunikationsvejen føles således ikke så lang. Jeg starter dagen med at læse mails, registrere nye henvisninger og gøre klar til dagens vejledninger.

**8.00-8.30** har jeg telefontid og besvarer diverse telefonopkald, følger op på borgere, aftaler nye konsultationer osv.

**8.30-11.30** har jeg individuelle vejledninger. Flere af borgerne er kvinder, der i årevis har forsøgt at tabe sig vha. de mange kure, der nu findes. Det hænder dog også, at jeg har tidligere sømænd og fiskere i forløb, og her kan alkoholvaner ofte være et væsentligt emne at spørge ind til - for nogle på Ærø, er det nemlig på de lokale værtshuse, man skaber et socialt liv. Jeg oplever, at borgerne ændrer deres vaner i forløbet, og mange af dem opnår positive resultater. Ens for alle borgerne er, at de selvfølgelig er meget nysgerrige på, om jeg mon er flyttet til øen - da gennemsnitsalderen på øen er over 40 år, er der stor interesse i unge tilflyttere, der kan sænke aldersgennemsnittet.

**11.30-12.30** planlægger jeg morgendagens mødegang med det tredje Sund vægt-hold, jeg er i gang med. Sund vægt er et forløb til alle voksne med et BMI over 30, som ønsker vægttab. Forløbet strækker sig over en periode på ét år med gruppevejledninger à otte møde gange samt individuelle samtaler. I Sundhed & Forebyggelse udarbejder vi forløbsbeskrivelser for alle vores tilbud, og vi har meget fokus på at skabe systematiske henvisninger og tilbagemeldinger til/fra praktiserende læger.

**13.00** har jeg møde med sygehusets ernæringsteam. Mødet handler om, hvordan vi kan styrke samarbejdet om de svageste patienter med diverse ernæringsmæssige problemstillinger, der udskrives fra sygehuset.

**14.15** er jeg på vej mod Marstal skole. Her har jeg en vejledning med en familie, hvis barn er svært overvægtigt. Til samtalen er også sundhedsplejersken tilstede. Hun er uddannet i Holbæk-modellen. Sundhedsplejersken og jeg har indgået et samarbejde og tilbyder forløb til familier med børn/unge med overvægt. Forløbet strækker sig over en to-årig periode og består af familiesamtaler hver 6.-8. uge samt fællesarrangementer med de andre deltagende familier. Ni familier er allerede tilknyttet indsatsen. Som noget nyt har vi fået en idrætsfaglig konsulent tilknyttet indsatsen. Han skal arbejde med at skabe motivation for bevægelse og således øge den fysiske aktivitet hos børnene/de unge.

**15.15** Inden jeg kører tilbage til mit kontor for at dokumentere vejledningen, taler sundhedsplejersken og jeg om det fællesarrangement, vi har planlagt for alle de deltagende familier. Vi skal have gang i udendørs aktiviteter, praktisk madlavning og ikke mindst skabe dialog med forældrene om, hvor vigtig en betydning deres egen sundhedsadfærd har på børnenes adfærd, sundhed og trivsel.

**16.00** cykler jeg hjem i solskinsvejrhavet er helt stille og spejlblankt, og jeg kan se færgen fra Svendborg nærme sig Ærøskøbing. Den er sikkert fyldt med turister, der trænger til en pause fra deres travle hverdag. Mon ikke også der er et par kommende brudepar med på færgen - Ærø er jo kendt for at være "The Wedding Island".



# Kliniske diætister kan udskrive "grønne ordinationer"

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

Nogle gange viser det sig, at en løsning ligger lige for. Tiden skal bare være moden. Et brev af 13. juni 2017 fra Sundheds- og Ældreministeriet til FaKD bekræfter, at kliniske diætister kan udskrive ernæringspræparater. Sundhedsloven skriver ganske vist, at ordinationen skal komme fra en læge. Men der er andre regler, der gør det muligt, at lægen delegerer sine opgaver ud til andre sundhedspersoner. Og lægen kan naturligvis uddelegere opgaver inden for ernæring til en klinisk diætist.

## Den "grønne recept" er ikke en recept

Forud for ministeriets brev går flere års samarbejde mellem FaKD og Lægeforeningen. Arbejdet med "grønne recepter" har længe været et fokusområde for FaKD. Men det har været væsentligt for FaKD, at alle resultater skulle opnås i konsensus med lægerne. Læger har efter lovgivningen monopol på at skrive recepter. Det er forbudt at lade andre gøre det. Lægerne værner om deres ordinationsret. Men med tiden kunne vi blive enige med Lægeforeningen om, at en "grøn recept" slet ikke er en recept. En recept ordinerer lægemidler (medicin). Den grønne ordination ordinerer ernæringspræparater. Og det er noget ganske andet. Ernæringspræparater kan ofte fås i håndkøb på apoteket. Den grønne ordination giver patienten ret til tilskud fra regionen.

## En ændring af loven var slet ikke nødvendig

Arbejdet med de "grønne recepter" var fra starten præget af en forudsætning om, at vi havde brug for en lovændring fra Folketinget. Men i de senere år fik vi oplysninger om, at mange arbejdspladser i regionerne allerede arbejdede med rammeaftaler mellem læger og kliniske diætister om udskrivning af ernæringspræparater. I 2016 greb en af regionernes jurister simpelthen ind, da de frygtede, at samarbejdet var ulovligt, og proaktive FaKD-medlemmer var ved at komme i klemme. Den 10. januar 2017 fremsendte vi sagen til ministeriet med et notat, hvor vi gennemgik reglerne om lægers delegation af opgaver. Vores konklusion var, at de regler, der allerede gælder, ikke er til hinder for, at kliniske diætister udskriver "grønne ordinationer" på ernæringspræparater. Og FaKD fik ret.

## Hvad kommer det til at betyde?

Ordnningen med offentligt tilskud til ernæringspræparater har eksisteret siden en ændring af sygesikringsloven i 1998, og den er videreført i sundhedsloven. De første reaktioner på nyheden om kliniske diætister og de "grønne recepter" har været en glæde over lettelse i arbejdet, som særligt regionsdiætisterne vil opleve. Det er slut med at skulle "rende efter lægen" for at få en underskrift på en grøn ordination. Lægerne slipper for et arbejde, som hører under en anden faggruppe. Kliniske diætister er de eneste, der er uddannet og autoriseret til diæt-behandling af ernæringsrelaterede sygdomme.

Men vi skal tænke længere. Ved regionernes sparerunder har vi gang på gang set, at kliniske diætister står langt fremme i køen af faggrupper, som regionerne vælger, når der skal skæres. Vi har hørt den ene og anden begrundelse for Regionernes prioritering. Senest affejede

Region Midtjyllands politikere i 2015 en tredjedel af deres kliniske diætister med henvisning til, at "kostvejledning" burde ligge i kommunerne. Rammeaftaler om delegation af ordination af ernæringspræparater vil på regionshospitalerne cementere, at kliniske diætister er en del af sundhedspersonalet. Vi opfordrer derfor alle FaKD-medlemmer på regionshospitalerne til at arbejde for, at den nye mulighed spredt sig hurtigst muligt. Lægerne vil støtte jer.

Også for kommunediætister og privatpraktiserende FaKD-medlemmer vil der vise sig nye muligheder. Sundhedsloven gælder ikke kun for regionshospitalet, og der er intet til hinder for, at kommunediætister og privatpraktiserende allierer sig med læger, så der også fra kommune og egen praksis kan udskrives ernæringspræparater. Muligheden ligger lige for. Regionerne har afskaffet ordningerne med kliniske diætister i almen praksis, der er opbygget gennem de sidste 10-15 år, og praksisdiætistordningerne er endnu ikke genopstået i kommunalt regi. Vi er meget interesseret i at høre fra FaKD-medlemmer i kommuner og egen praksis, når I støder på behovet for udskrivning af recepter på ernæringspræparater. Vi har allerede et samarbejde med de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) om henvisning af patienter fra læge til FaKD-medlemmer i egen praksis. Det samarbejde bliver styrket med den nye mulighed for samarbejde om ordination af ernæringspræparater.

## En tak

For nu bliver der blot at takke læger og Lægeforeningen for dialog, vidensdeling og opbakning om en fælles sag. Men der skal også rettes en tak til FaKD-medlemmer, ledere som menige, for gåpåmod ude på arbejdspladserne. Landvinding med de "grønne recepter" bidrager til, at kliniske diætister som faggruppe synliggøres yderligere som en central del af sundhedspersonalet. Det vil også kunne bidrage til at fastholde arbejdspladser til gavn for både FaKD-medlemmer og patienter.

## FAKTA

### Kliniske diætister og "grønne ordinationer"

De kliniske diætister kan selv udfylde, underskrive og udskrive den "grønne ordination". AutorisationsID skal anføres i feltet nederst.

Den kliniske diætist skal handle efter aftale med en læge. Lægens stempel sættes i feltet øverst.

Lægen kan foretage delegation i forhold til en specifik patient ("konkret delegation").

Lægen kan også give den kliniske diætist en ramme. Inden for denne ramme afgør den kliniske diætist selv, hvilke patienter der skal have ordineret ernæringspræparater ("rammedelegation").

Delegationen fra læge til klinisk diætist skal være skriftlig og afstikke rammerne.

FaKD vil i samråd med Lægeforeningen og Sundhedsstyrelsen følge op, så FaKD medlemmer får de bedst mulige rammer for arbejdet med "grønne ordinationer". Alle tilbagemeldinger fra FaKD medlemmer til sekretariatet er værdifulde for dette arbejde.

# Ladet op med **EKSTRA ENERGI**

Energi er vigtig. Og for dem, der har svært ved at få nok via kosten, er den endnu vigtigere. Resource® Addera Plus indeholder nu 300 kcal pr. flaske (200 ml). Drikken indeholder 8 g valleprotein, er fedtfri og har en frisk, syrlig og god smag.

Dermed er Resource Addera Plus perfekt at drikke til maden og som energitilskud ved mindsket appetit.

**NU MED  
300 kcal  
PR.  
FLASKE!**

**NYT  
EMBALLAGE-  
DESIGN**



Information til sundhedsfagligt personale  
Fødevare til særlige medicinske formål  
Anvendes under lægeligt tilsyn



# Modtag en ny bog og anmeld den i Diætisten

Bøgerne fordeles efter først til mølle-princippet, og de kan beholdes efter anmeldelse. Skriv en mail til [redaktoermail@diaetist.dk](mailto:redaktoermail@diaetist.dk), så sender vi bogen. Annoncering af bøger her på siden beror på pressemeddelelser.

## Madmentor

### Fra indre kaos til madro

Af Sofia Manning og Marie Steenberger

Coach Sofia Manning og kostvejleder Marie Steenberger har sammen skabt uddannelsen Madmentor. I Madmentor - Fra indre kaos til madro gør de rede for grundprincipperne i uddannelsen og deler deres egne erfaringer med læseren. Bogen guider læseren i, hvordan man kan finde frem til sin naturlige vægt og få et naturligt forhold til både krop og mad. Bogen indeholder også lækre opskrifter og enkle kostråd, der kan bruges som inspiration til at indføre nye madvaner i hverdagen.

**192 sider. Vejl. pris kr. 249,95 Udkommet februar 2017 på Lindhardt og Ringhof**



## Den plantebaserede kost" - ren besked om, hvordan mad påvirker din sundhed!

Af klinisk diætist, cand.scient. Maria Felding og læge Tobias Hansen

Den plantebaserede kost skiller sig ud på flere fronter. Den er skrevet af en diætist og en læge, og formålet er her ikke at sælge en ny vidunderkur, eller at man skal leve af superfoods. Formålet er derimod at lære danskerne om, hvor stor betydning kosten har for vores sundhed, samt forklare hvordan kosten er involveret i sygdomsudvikling – og forebyggelse. Danskerne skal ikke forvirres med endnu en kosttrend. De skal lære de grundlæggende årsager bag kostens betydning for sundhed og sygdom – og hvorfor en plantebaseret kost er den sundeste kost.

**312 sider. Vejl. pris kr. 269,95. Udkommet i 3. oplag på Muusmann-forlag**



## Overvejer du at starte egen virksomhed? Vi kan hjælpe!

Overvejer du at starte egen virksomhed, og vil du godt fra start? Så bliv en del af Akademikernes Startup program. Her får du 3 måneders fast kontorplads sammen med andre ildsjæle i fantastiske rammer i hjertet af København. Vi giver dig målrettet iværksætterhjælp, sparring og inspiration der booster din forretningside. Du får bl.a. hands-on forretningsrådgivning fra kompetente forretningsudviklere, workshops inden for firmaopstart, marketing og salg, oplæg fra eksperter om patenter, regnskab og fondsansøgninger.

Læs mere og søg om en plads på næste hold her – senest 14. August 2017

Næste forløb kører fra 11. september til 8. december 2017.





# Ny annonceside - Fra medlem til medlem

I hvert nummer af *Diætisten* kan medlemmer annoncere. Der vil både være mulighed for at annoncere om faglige arrangementer og om arrangementer, som læner sig op af vores fagområde: Ernæring og sundhed.

Og så vil der være plads til at annoncere for ferieboliger - fra medlem til medlem. (Der vil ikke være mulighed for at annoncere for fysiske produkter eller salg af bolig).

En annonce på 57 mm x 40 mm koster 300 kr. og annoncen vil også figurere i bladets elektroniske version på hjemmesiden.

Har du noget, der skal med i næste blad, så skriv til [tk@diaetist.dk](mailto:tk@diaetist.dk)



## Hvor meget ved du om sukker?

### FAKTA OM SUKKER & SUNDHED

Næsten dagligt læser vi om sundhed i medierne ofte i forbindelse med mad. Der refereres til nye undersøgelser, og eksperter udtaler sig. Men ikke alt i sundhedsdebatten er lige videnskabeligt velfunderet.

*Det vil vi gerne gøre noget ved!*

Derfor forsøger vi med denne brochure at besvare en række typiske spørgsmål om sukker for at bidrage til en mere nuanceret debat.

Brochuren kan downloades eller bestilles uden beregning på [www.perspektiv.nu](http://www.perspektiv.nu)  
Klik på "publikationer" og "informationshæfter".

 **Nordic Sugar**  
Member of Nordzucker Group



Nordic Sugar A/S | Langebrogade 1 | 1014 København K

## 22.-25. august

12. Nordiske Folkesundhedskonference. "Folkesundhed i velfærdssamfund under forandring - hvordan skaber vi bæredygtige løsninger?" Sted: Aalborg.  
Find program og information om tilmelding på <http://www.nordiskfolkesundhedskonference.dk/om-konference>

## 9.-12. september

ESPEN Congress on Clinical Nutrition & Metabolism: Nutrition meets Innovation.  
Sted: Haag, Holland.  
Se mere på <http://www.espen.org/>

## 29.-30. september

10th EFAD Conference. The future is now. Sted: Rotterdam, Holland.  
Se mere på <http://efadconference.com/>

## 1.-2. november

Dansk Selskab for Patientsikkerhed inviterer til Primær Sektor konference. 2 dage om patientsikkerhed i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Sted: Comwell, Kolding.  
Se program og tilmelding på <https://patientsikkerhed.dk/primær17/>

## 3.- 4. november

Monash University Department of Gastroenterology afholder "GastroDiet" på Monash University Prato Centre i Italien. Temaet er "New Frontiers of Dietary Management in Gastrointestinal Disorders", og nyeste videnskabelige evidens for diætetisk behandling af gastrointestinale sygdomme vil blive præsenteret. Det foreløbige program samt call for abstracts offentliggøres på <http://gastrodiet2017.org/new-program-page/>

## 15.-17. november

27th European Childhood Obesity Group Annual Congress. Sted: Rom, Italien. Se mere på [http://www.ecog-obesity.eu/index.php/ECOG\\_2017](http://www.ecog-obesity.eu/index.php/ECOG_2017)

## BESTYRELSEN I FaKD

### Formand, repræsentant

Mette Pedersen  
E-mail: [mp@diaetist.dk](mailto:mp@diaetist.dk)

### Næstformand og kasserer, repræsentant

Trine Bech Klindt  
E-mail: [tk@diaetist.dk](mailto:tk@diaetist.dk)

### Øvrige medlemmer

Karina Kildevang  
E-mail: [kk@diaetist.dk](mailto:kk@diaetist.dk)

Louise Rasmussen  
E-mail: [lr@diaetist.dk](mailto:lr@diaetist.dk)

Mette Merlin Husted  
E-mail: [mmh@diaetist.dk](mailto:mmh@diaetist.dk)

Louise Persson Kopp  
E-mail: [lk@diaetist.dk](mailto:lk@diaetist.dk)

Lillie N. Preetzmann  
E-mail: [lp@diaetist.dk](mailto:lp@diaetist.dk)

### Suppleant

Randi Tobberup  
E-mail: [rt@diaetist.dk](mailto:rt@diaetist.dk)

## REGIONSFORMÆND

### Region Hovedstaden

Dorthe Wiuf Nielsen  
E-mail: [dorthe.wiuf.nielsen@regionh.dk](mailto:dorthe.wiuf.nielsen@regionh.dk)

### Regionsnæstformand

Mette Line Christensen  
E-mail: [enillettem@hotmail.com](mailto:enillettem@hotmail.com)

### Region Sjælland

Trine Bech Klindt  
E-mail: [tk@diaetist.dk](mailto:tk@diaetist.dk)

### Region Syddanmark

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

### Region Midtjylland

Kirstine Rosenkvist  
E-mail: [kirstine-rosenkvist@hotmail.com](mailto:kirstine-rosenkvist@hotmail.com)

### Region Nordjylland

Anna Sophie Grandjean  
E-mail: [Annasophie\\_Grandjean@hotmail.com](mailto:Annasophie_Grandjean@hotmail.com)

## REDAKTIONSUDVALG

Anne W. Ravn, Jette Thomsen Fabricius, Dorte Knudsen, Trine Klindt, Nina Møller-Nielsen, Christian Antoniusen. Redaktør Ulla Mortensen.  
Kontakt: [redaktoermail@diaetist.dk](mailto:redaktoermail@diaetist.dk)

## KOMMUNIKATIONSWEBMASTER

Louise Persson Kopp  
Kontakt: [kommunikation@diaetist.dk](mailto:kommunikation@diaetist.dk)

**FaKD arrangerer mange kurser og faglige arrangementer.**

**Se hvilke på**

**<http://www.diaetist.dk/viden/fakd-arrangementer/>**





SONDEERNÆRING/DRIKKE

# Cenamán



Kontakt Mediq Danmark for yderligere information. E-mail: [ernaering@mediqdanmark.dk](mailto:ernaering@mediqdanmark.dk), telefon 3637 9130