

dietisten.

#2/2023 Pris: 89 SEK

Årets Dietist
2023

→ FORSKNING

Finns protein-
bristsjukdomar?

→ BRANSCHNYTT

Dietist i daglig-
varuhandeln

→ FRÅGA EXPERTEN

Planerat
proteinintag

På väg mot
nästa utmaning!

ÅRETS DIETIST YLVA ORREVALL

NU KAN DU GE MER ÄN SYMTOMLINDRING VID KOMJÖLKSALLERGI

HYPOALLERGENA ERSÄTTNINGAR MED SYNEO™

- ✓ Unikt innehåll av pre- och probiotika^{1-3,5}
- ✓ Återbalanserar tarmfloran¹⁻⁵
- ✓ Stöder immunförsvarets utveckling^{6,7}



SYNEO™ FÖR EN STARKARE START



Läs mer om Syneo™ och Nutricias hypoallergena ersättningar på nutricia.se/syneo

Nutricia stöder WHO-koden att bröstmjolk är den bästa födan för spädbarnet. Pepticate Syneo och Neocate Syneo är livsmedel för speciella medicinska ändamål vid kostbehandling av diagnostiserad komjölksallergi, och ska användas under medicinsk övervakning.

1. van der Aa LB, et al. Clin Exp Allergy. 2010 May;40(5):795-804. 2. Burks A, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2015;26(4):316-22. 3. Fox AT, et al. Clin Transl Allergy 2019;9:5. 4. Sorensen K, et al. Nutrients. 2021; 13(3):935. 5. Candy D, et al. Pediatric Res 2018;83(3): 677-86 6. Wopereis H et al. Pediatr Allergy Immunol. 2014;25:428-38. 7. Harvey BM et al. Pediatr Res. 2014;75:343-51.

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

Ledare

Dietister spelar stor roll

VI GRATULERAR ÅRETS Dietist Ylva Orrevall som i över 40 år ägnat mycket tid åt patienter med olika cancersjukdomar. Hon har tillsammans med otaliga kollegor och andra hälsoprofessioner också diskuterat journaldokumentation, terminologi, Nutritional Care Process (NCP) och kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

När man googlar på NCD-sjukdomar får man: *”Icke smittsamma sjukdomar, non-communicable diseases, svarar för majoriteten av förtida dödsfall i världen. I Sverige står icke smittsamma sjukdomar för 90 procent av alla dödsfall.*

Fyra kategorier av sjukdomar ligger bakom denna höga dödlighet: hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar. Dessa har fyra huvudsakliga gemensamma riskfaktorer: rökning, alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.”

Beskrivningen ovan förklarar tydligt varför förebyggande hälsoarbete är så avgörande för att undvika samt lindra och behandla NCD-sjukdomar. I årets andra nummer av Dietisten tar vi hjälp av en rad experter för att belysa NCD-sjukdomar. Vi uppmärksammar som vanligt även andra intressanta områden som dietistkollegor runt om i landet dagligen stöter på.

Vasiliki Karagianni skriver om dietisternas stora möjligheter att hjälpa till att forma en hälsosam framtid för det ökande antalet barn med övervikt/obesitas.

Carin Andrén Aronsson skriver om sambandet mellan kostens sammansättning, övervikt och risk för typ 1-diabetes.

Hannah Kristofers bidrar med en artikel om bantningskultur och dess påverkan på kvinnans relation till mat och sin kropp.

Dietisten Shivangi Gandhi väcker i en debattartikel frågan om vikten av samarbete mellan primärvården och

sjukhusen när obesitaspatienter behandlas. Kommundietisten Stina Franzen belyser det svåra arbetet med att få in kommundietister och hur de i Södertälje gått till väga för att lyckas med det.

Sist men inte minst berättar våra dietistvänner Paula, Anneli, Helena och Mia om hur dagligvaruhandeln samarbetar för bättre folkhälsa. Missa inte intervjun på sidan 38. De medverkar även i tidningen ”Karriärvägar” på sidan 26.

De ovannämnda artiklarna plus annat intressant material i det här numret visar ännu en gång vilken kompetens och bredd vår profession besitter – oavsett om man är verksam inom näringslivet, forskning eller hälso- och sjukvård.

Grattis ännu en gång, Ylva! Du inspirerar och vägleder! ✕

Maria Masoomi

Chefredaktör och ansvarig utgivare
maria.masoomi@dietisten.net



Dietistens redaktionella råd

Anna Ottenblad

Leg dietist, medicine doktor. Verksam som Medical Affairs Manager på Nutricia. Erfarenheter från klinisk nutrition, forskning, chefsuppsdrag, kunskapsstyrning etcetera ingår i DRF:s Specialistbedömningsnämnd.

✉ anna.ottenblad@danone.com



Gerd Faxén Irving

Dietist och docent i Klinisk Geriatrik, NVS (Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle), Karolinska Institutet. Specialområden: njurmedicin, geriatrik.

✉ gerd.faxen.irving@ki.se



Ingrid Larsson

Klinisk näringsfysiolog, docent, universitetssjukhus-överdietist vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Enheten för klinisk nutrition och Regionalt obesitascentrum. Kliniskt verksam inom svår obesitas.

✉ ingrid.larsson@medfak.gu.se



Janina Blomberg

Kostvetare med inriktning på folkhälsa och beteendesign, entreprenör som driver det digitala kunskapsföretaget ÅTUP med visionen att alla äldre ska ha en bra livskvalitet där undernäring minimeras.

✉ janina.blomberg@aldebo.se



Kjell Olsson

Leg dietist och folkhälsovetare. Hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Skåne. Doktorand i nutritionsepidemiologi, Lunds universitet. Ordförande, Dietisternas riksförbund.

✉ kjell.olsson@drf.nu



Vasiliki Karagianni

Leg. Dietist & Nutritionist, MSc. Specialist inom Obesitas med inriktning barn. Arbetar kliniskt på Rikscentrum Barnobesitas, Karolinska Universitetssjukhuset och som föreläsare och utbildare inom kost och dietetik.

✉ vasso_karagianni@live.com



Sänk kolesterolet med Betavivo!

En portion Betavivo med betaglukan varje dag är vetenskapligt bevisat att sänka kolesterolet*, naturligt och utan biverkningar. Till Betavivo använder vi havrekli från nordiska åkrar. Genom en unik process extraherar vi därifrån en hög koncentration av den kolesterolsänkande fibern betaglukan. Betavivo ger möjligheten till att sänka kolesterolet och samtidigt reducera blocksockerstigning efter måltid, allt på ett naturligt sätt.



Varje portion Betavivo ger 3 g betaglukan från havre, den dagliga mängd som krävs för att aktivt **sänka kolesterolet**. Betaglukan från havre har visats sänka kolesterolet i blodet. Högt kolesterol är en riskfaktor för utveckling av hjärt- och kärlsjukdom.



Varje portion Betavivo bidrar till en **minskad blodsockerökning** efter måltid. Betaglukan från havre som del av en måltid bidrar till att minska blodsockerökningen efter måltiden.

Korta fakta Betavivo:

- Sänker kolesterolet med 10% redan efter 8 veckor
- Jämnar ut blodsockerkurvan efter varje måltid
- Har bevisad effekt
- Är naturligt och utan biverkningar
- Ger en lång mättnadskänsla
- Är gott som frukost, mellanmål eller snacks med 25% fiber och 20% protein



Betavivo havrehjärter kan förslagsvis ätas till frukost eller mellanmål med t ex yoghurt. Mättande, krispigt gott och nyttigt!

Betavivo®

För ditt hjärta. Varje dag.

Varje portion Betavivo (23 gram) innehåller 3 gram kolesterolsänkande betaglukan. Hjärt-kärlsjukdom har många riskfaktorer. Att ändra en av dessa riskfaktorer kan, men behöver inte, ha en gynnsam effekt. En varierad, balanserad kost och hälsosam livsstil är alltid viktigt.

Vill du veta mer?

Besök gärna www.betavivo.se

*Ref: European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy. 2009. The EFSA Journal (2009) 1175, 1-9



Nummer 2, 2023

3. **Ledaren.** Maria Masoomi.

6. **Notiser.**

FOKUS. NCD-SJUKDOMAR & HÄLSA.

8. Kostens sammansättning, övervikt och risk för T1D.

10. Mixad mat i gastrostomi.

14. Barnobesitas: Dags att kavla upp ärmarna.

18. **Profilen.** Ylva Orrevall.

24. **Debatt.** Förbättra samarbetet mellan primärvård och sjukhus.

26. **Karriärvägar.**

FORSKNING.

28. Relativ energibrist och ätstörningar inom idrott.



32. Finns proteinbristsjukdomar?

34. **Frisk mat.** Har vi nycklarna till bestående beteendeförändring?

BRANSCHNYTT.

36. En tung vikt att bära.

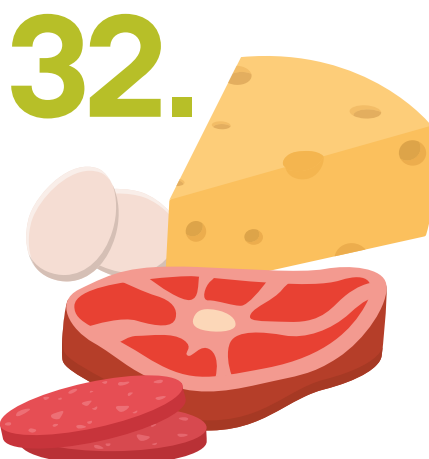
38. Dietist i dagligvaruhandeln.

40. Avvikelser inom nutritionsvården.

43. **Fråga experten.** Planerat proteinintag.

44. **Krönika.** Kommundietist – ett drömjobb.

45. **Referenser.**



dietisten.

Utges av Branschmedia
i Sverige AB
dietisten.net

Utkommer med 4 utgåvor
2023. Upplaga 5 000 ex.
ISSN 2003-3958

Kontakt

Rasmus Thomsen
rasmus@anothermedia.se
Tel: 0708-55 15 13

Ansvarig utgivare och chefredaktör

Maria Masoomi
maria.masoomi@dietisten.net

Redaktion

Roy
Karin Wandrell
karin@roy.agency

Layout

Roy
Linn Posse
linn@roy.agency

Omslagsfoto

Kiia Valavaara

Tryckeri

Stibo

Annonsbokningar

Adviser Sales Nordic AB
Emelie Blomquist
emelie@adviser.se
Tel: 072-600 67 38

Prenumerationer

En årsprenumeration kostar
395 SEK inkl moms. Sätts in
på bankgiro 5879-7234. Ange
prenumeration på Dietisten
samt namn och adress.

© 2023 Branschmedia i
Sverige AB.

Allt material som publiceras
i Dietisten är skyddat enligt
svensk och internationell
upphovsrätt. Det är förbjudet
att utan ansvarig utgivares
tillåtelse vidarebefordra texter
och lida i såväl tryckt som
digital media.





Foto: Pablo Merchán Montes

Försämrade matvanor i Sverige

Covid har påverkat vad vi äter

En nyligen genomförd undersökning från Folkhälsomyndigheten, kallad Hälsa på lika villkor, har avslöjat att matvanorna hos den vuxna befolkningen i Sverige har försämrats under de senaste åren. Forskarna är osäkra på de exakta orsakerna bakom denna utveckling, men de spekulerar i att covid-19-pandemin och de vidtagna smittskyddsåtgärderna kan ha påverkat möjligheterna till hälsosamma matvanor.

Det är viktigt att notera att matvanor är direkt kopplade till flera av de främsta orsakerna till sjukdomsburden och förlorade friska levnadsår i Sverige. Enligt undersökningen ökar risken för övervikt, obesitas samt sjukdomar som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, stro-

ke och olika cancerformer på grund av försämrad kosthållning.

Resultaten bygger på fyra indikatorer: konsumtionen av grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur samt sötdryck. Indikatorerna för fisk och skaldjur samt sötdryck har inkluderats sedan 2016. Sammanfattningsvis pekar samtliga dessa indikatorer på en negativ förändring av matvanorna, vilket kan påverka både hälsa och miljö.

Folkhälsomyndigheten och andra relevanta aktörer kommer att fortsätta att undersöka denna utveckling och vidta åtgärder för att främja hälsosamma matvanor och minska de negativa hälsoeffekterna på befolkningen. ✕

Höjda matpriser riskerar att påverka folkhälsan

Högre matpriser påverkar konsumenternas köpbeteende i livsmedelsbutiker, enligt en undersökning utförd av Livsmedelsverket. Många uppger att de köper mindre av grönsaker och frukt, mjukt bröd, fisk och kött när priserna stiger. Detta kan på lång sikt leda till negativa effekter på folkhälsan.

Fyra av tio köper mindre färska grönsaker, oavsett inkomstnivå. De med lägre inkomster väljer i högre utsträckning att avstå från färska grönsaker jämfört med våren 2022.

Dessutom svarar över en tredjedel av de tillfrågade att de köper mindre frukt i år jämfört med föregående år.

Undersökningen visar också att konsumenterna köper mindre kött, kyckling och fisk.

Livsmedelsverket betonar att förändrade matvanor kan leda till ökade risker för så kallade levnadsvanesjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar på sikt. Det är därför viktigt att övervaka både matpriser och andra faktorer som kan påverka kostvanorna och undersöka om det finns en risk för negativa hälsoeffekter i olika inkomstgrupper. ✕



Ojämnt kring hälsa

En ny omfattande undersökning från Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor, avslöjar att över 70 procent av befolkningen i Sverige anser att de har en god allmän hälsa. Trots detta fortsätter det att finnas skillnader mellan olika grupper i samhället. Socioekonomiska faktorer och kön spelar en roll i dessa skillnader, där personer med högre utbildningsnivå i större utsträckning rapporterar god hälsa. Bland äldre över 85 år visar undersökningen att över 80 procent upplever ett gott psykiskt välbefinnande i nivå med övriga befolkningen, men endast 40 procent upplever god allmän hälsa.

Resultaten från Hälsa på lika villkor utgör en viktig kunskapskälla för Folkhälsomyndigheten när det gäller att följa upp folkhälsan i Sverige. Undersökningen används även av regioner för att fatta beslut och genomföra åtgärder för att förbättra hälsan. Folkhälsomyndigheten arbetar kontinuerligt med att öka svarsfrekvensen för att säkerställa ännu mer tillförlitliga resultat från undersökningen.

Mer detaljerad information och alla resultat från årets Hälsa på lika villkor-undersökning finns tillgängliga i Folkhälsomyndighetens databas Folkhälsodata och i visualiseringsverktyget FolkhälsoStudio.



Foto: Annie Spratt

→ Hur vi mår varierar stort i befolkningen.

Konferens om folkhälsa

Dublin, 8–11 november

Den 16:e Europeiska konferensen om folkhälsa, European Conference on Public Health, kommer att äga rum i Dublin, Irland, den 8–11 november 2023. Konferensen är ett av de främsta internationella evenemangen inom området folkhälsa och samlar deltagare från hela Europa och andra delar av världen.

Konferensen är en plattform för att diskutera och debattera viktiga ämnen inom folkhälsa, inklusive förebyggande, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder samt förbättring av hälso- och sjukvårdssystemen. Deltagarna kommer också få möjlighet att lära av framgångsrika initiativ och strategier från olika delar av Europa.

Temat för konferensen 2023 är "Our Food, Our Health, Our Earth: A Sustainable Future for Humanity".



Foto: Gorodenkoff/AdobeStock

Uppföljning av obesitas-kirurgi ungdomar

Yngre tonåringar tål vikt-kirurgi bra

I en nyligen publicerad artikel i The Lancet Child & Adolescent Health rapporteras 2-årsdata från den första internationella randomiserade studien av obesitaskirurgi för ungdomar med svår obesitas där nu aktuella operationstekniker (gastric bypass och gastric sleeve) används. Operationen har jämförts med ”intensiv icke-kirurgisk” behandling som startade med åtta veckors lågkaloridiet med måltidsersättning.

I studien rekryterades ungdomar mellan 13–16 år med svår obesitas (BMI > 35 kg/m²) från specialismottagningarna för obesitas hos barn och ungdomar i Malmö, Göteborg och Stockholm. Kirurgin genomfördes på en klinik i Göteborg.

Opererade ungdomar hade efter två år gått ned cirka 30 procent i vikt och flera mått på metabol hälsa (blodsocker, blodfetter, inflammation) förbättrades i jämförelse med kontrollgruppen.

De icke-kirurgiska kontrollerna gick

under första månaderna ner ordentligt i vikt, men trots intensiva insatser, där ungdomarna erbjöds tät kontakt med behandlingsteamet, bibehölls inte vikt-nedgången över tid. Redan under de två första åren hade 5/25 (20 procent) i kontrollgruppen blivit opererade.

Ingen skillnad i psykisk hälsa hos grupperna sågs efter två år, men under det första året sågs betydliga förbättringar hos de opererade ungdomarna jämfört med kontrollgruppen.

Inga skillnader sågs mellan grupperna beträffande näringsbrister (vitaminer och mineraler). Dock behövs det längre uppföljning för att bedöma risken för till exempel näringsbrister och benskörhet.

I den aktuella studien var ungdomarna som inkluderades något yngre än i tidigare studier (13–16 år jämfört med 16–18 år). Bedömningen är att yngre tonåringar tål vikt-kirurgi minst lika bra som något äldre ungdomar. X

Kolla in vår nya hemsida!

På dietisten.net kan du ta del av fler nyheter och hålla dig uppdaterad om det senaste från branschen.



Foto: ryanking999/AdobeStock

→ **Snabbast ökning av obesitas bland yngre vuxna.**

Fortsatt ökning av obesitas och övervikt

Folkhälsomyndigheten presenterade ny data för övervikt och obesitas i den vuxna befolkningen På Världsfetmadagen. Sedan 2004 har det blivit dubbelt så vanligt med fetma grad 2 eller högre i den vuxna befolkningen och en ökning har skett i stort sett alla grupper.

Snabbast ökning har skett bland yngre vuxna, men förekomsten ökar i alla samhällsgrupper.

– Fetma är fortsatt ojämnt fördelat i befolkningen, men förekomsten av fetma och även svårare fetma ökar inom stort sett alla grupper. Utvecklingen beror på förändringar i vår sociala och fysiska miljö som påverkar människors val, säger Lena Hansson, utredare på Folkhälsomyndigheten.

För att bromsa utvecklingen behöver många aktörer arbeta tillsammans och förbättra bemötandet av personer med obesitas. De stigmatiseras ofta vilket kan bero på bristande kunskaper om orsakerna bakom obesitas.



Poddtips!

Ingrid Larsson, näringsfysiolog med mer än 30 års erfarenhet inom ämnet obesitas deltar i En yngre podd i ett avsnitt som handlar om övervikt. Podden gästas även av andra personer som på ett eller annat sätt berörs av ämnet övervikt.

ESPEN-kongress

Lyon, 11–14 septemer

Den 45:e kongressen om klinisk nutrition och metabolism, ESPEN, kommer att äga rum i Lyon, Frankrike, 11–14 september 2023. Kongressen lockar deltagare från hela världen.

Evenemanget erbjuder en plattform för att presentera och diskutera forskning, nya riktlinjer och framsteg inom nutritionsbehandling. Deltagarna kommer få tillfälle att höra ledande experter inom området, delta i interaktiva diskussioner och ta del av banbrytande forskning. ESPEN-kongressen erbjuder också möjligheter till nätverkande och utbyte av idéer med kollegor från hela världen.

Kostens sammansättning, övervikt och risk för T1D

Kostens sammansättning under barndomen har betydelse för risken att utveckla typ 1 diabetes. Det öppnar upp för möjligheten till primärprevention hos barn med förhöjd genetisk risk för typ 1 diabetes.



ATT SCREENAS POSITIVT för typ 1 diabetes relaterade autoantikroppar (IA) beskrivs ofta som ett förstadium till typ 1 diabetes (T1D). Det vill säga när immunsystemet har börjat angripa betacellerna i bukspottkörteln, men blodsockret är fortfarande normalt och inga övriga symtom märks. Hög födelsevikt, men även snabb tillväxt, framför allt under de första tolv månaderna, har beskrivits som riskfaktorer för utveckling av både IA och T1D. Den multinationella födelsekohorten TEDDY har tidigare visat på samband mellan ökad tillväxt och risk för utveckling av IA och T1D (1, 2). Det finns även bevis för samband mellan övervikt (definierat som högre BMI) och risk för T1D (3). Nyligen visade man i ytterligare en multinationell födelsekohort att det fanns en ökad risk för utveckling av T1D om barnet var överviktigt vid 2–10 års ålder (4). Då tillväxt hos barn är direkt relaterat till energiintag

var syftet i den nyligen publicerade studien att studera kostens sammansättning, totalt energiintag, tillväxt och utvecklingen av IA hos barn med ärftlig risk att utveckla T1D.

Då det är svårt i matvaneundersökningar att få en korrekt bild av ammande barns totala energiintag sattes den nedersta gränsen för inklusion till analyserna vid 2 års ålder. Totalt ingick 5 084 barn från fyra länder som följdes från 2 till 8 års ålder med blodprovstagning och längd/vikt (4 gånger/år) och 3-dagars kostregistrering (2 gånger/år). Vid 8 års ålder hade 495 (10 %) barn utvecklat IA. Resultatet visade att ett högre energiintag var associerat med högre BMI (uttryckt som z-score) vilket i sin tur ledde till högre risk att utveckla IA. När vi analyserade kostens sammansättning visade det sig att en större andel energi från protein (uttryckt som energiprocent) hade en direkt effekt på utveckling av GADA (specifik autoantikropp) utan inverkan av BMI-status.

Att ett högt proteinintag under de första två åren är associerat med ökad tillväxt och högre BMI är känt (5). Förklaringen till detta kan vara att högre proteinintag ökar koncentrationen av cirkulerande grenade aminosyror som ökar utsöndringen av insulin och IGF-1, vilket i sin tur ökar viktök-



→ Ett högt proteinintag är bland annat kopplat till ett högre BMI

ningen. Proteinbehovet hos barn från 1 års ålder ligger på cirka 0,9 g/kg kroppsvikt. Det är vanligt i höginkomstländer att intaget ligger mycket högre och i vår studie låg det rapporterade proteinintaget på 3,4 g/kg kroppsvikt vid 2 års ålder och minskade något (2,1 g/kg) vid 8 års ålder.

Nästa steg är att med hjälp av insamlad kostdata identifiera specifika kostmönster eller livsmedelsgrupper som är associerade med hög risk att utveckla IA och T1D, till exempel animaliska livsmedel; kött versus mjölk, vegetabiliskt protein. Vilka effekter har olika proteinrika livsmedel på tillväxt hos barn? Det är av stor vikt att identifiera förändringsbara riskfaktorer för IA och T1D. Är det möjligt att med hjälp av kostintervention reducera risken att utveckla T1D hos barn med förhöjd genetisk risk? ✕



Carin André Aronsson

Enhetschef vid Celiaki och diabetes, Lunds universitet
Forskare vid EXO-DIAB: Excellence of Diabetes Research in Sweden



Referenser

Se referenslista på sidan 45.

Studie

Dietary Intake and Body Mass Index Influence the Risk of Islet Autoimmunity in Genetically At-Risk Children: A Mediation Analysis Using the TEDDY Cohort.

C. André Aronsson,
R. Tamura, K. Vehik,
U. Uusitalo, J. Yang,
M. J. Haller, et al.

Pediatric Diabetes 2023 Vol. 2023 Pages 3945064.
DOI: 10.1155/2023/3945064doorg/10.1155/2023/3945064

Mixad mat i gastrostomi

Användandet av mixad mat i gastrostomi ökar och utvecklingen drivs främst av föräldrar till barn med långvarig enteral nutrition som önskar ge barnen vanlig mat. Denna artikel syftar till att sammanställa aktuell evidens och delge användbar information kring mixad mat i gastrostomi.

INOM VÄRDEN FINNS en osäkerhet kring mixad mat i gastrostomi och flera av de riktlinjer som finns avråder från användandet av detta. Å andra sidan finns klinisk erfarenhet av att mixad mat i gastrostomi fungerar väl och bidrar positivt till hälsa och välbefinnande hos patienterna.

Att ge mixad mat i gastrostomi upplevs av föräldrar ge ett mer normalt ätande, med ökad variation, smak och lukt samt ökad social och känslomässig inkludering när familjens mat kan erbjudas. Sondnäring kan kännas som onaturlig föda och vanlig mat i gastrostomin minskar symtom som reflux, kräkningar och förstoppning. Barn som får mixad mat i stället för sondnäring upplevs som friskare, mer välmående och med ökad livskvalitet samtidigt som maten varierar och anpassas utifrån barnets behov (1,2,3).

Föräldrar beskriver att de varken söker eller får stöd från vård-



Få dietister har någon formell utbildning i att utforma en matregim med mixad mat i gastrostomi utan är till stor del självlärda inom området.

en i att ge mixad mat i gastrostomi till sina barn, utan istället främst vänder sig till föräldragrupper eller nätforum för information och råd. Detta innebär risk för otillräcklig eller felaktig information om näringsinnehåll och handhavande vilket kan få negativa konsekvenser för barnets hälsa och nutritionsstatus (3,4).

Riktlinjer som BDA, ESPGHAN och ASPEN¹ har avrått från användande av mixad mat i gastrostomi på grund av risk för kontamination, sämre eller osäkert näringsinnehåll samt oro för ocklusion i gastrostomin. Dock saknas studier som undersökt dessa faktorer och de rekommendationer och riktlinjer som finns är mer baserade på spekulationer än fakta (5,6).

Undersökning av dietisters erfarenhet av mixad mat i gastrostomi visar att det generellt inte rekommenderas, men kan föreslås som en tillsats till kommersiell sondnäring. Farhågorna



Illustration: alex_cardo/stock.adobe.com



Jenny Wannstedt

Leg. dietist med specialisering inom pediatrik, inriktning neurologi
Astrid Lindgrens Barnsjukhus | FE Klinisk Nutrition, Sektion Barn
jenny.wannstedt@regions-tockholm.se

är otillräckligt näringsinnehåll, risk för ocklusion i gastrostomin samt oro för bakteriell kontamination, men klinisk erfarenhet visar att många dietister ser ett övervägande positivt utfall med mixad mat i gastrostomi. Få dietister har någon formell utbildning i att utforma en matregim med mixad mat i gastrostomi utan är till stor del självlärd inom området (7,8,9).

En slutsats är att familjer kommer att fortsätta ge mixad mat i gastrostomi till sina barn, oavsett vårdgivarens kunskapsläge och stöd, och att dietister bör öka sin kunskap kring detta för att kunna ge adekvat kostbehandling.

Hälsa, nutrition och tillväxt

Flera studier har visat att mag-tarmsymtom som reflux, kräkningar och magsmärter minskar hos barn som får mixad mat i stället för sondnäring. Även akutbesök och inläggande vård på grund av luftvägsinfektioner

minskar. Orsakerna till detta tros ligga i att fastare konsistens ger mindre reflux och lägre risk för aspiration samt att variation i livsmedelsval har en positiv inverkan på tarmflora och tarmmotilitet. Barn med gastrostomi som har möjlighet att äta via munnen har visat sig öka sitt orala intag när de får mixad mat i gastrostomin (10,11,12,13).

Näringsinnehåll

Endast få eller inga studier har jämfört näringsinnehåll i mixad mat med sondnäring, men sondnäring innehåller standardiserade mängder från källor som proteinkoncentrat, maltodextrin och majssirap medan mixad mat baseras på en variation av råvaror med olika kvalitet och näring. Det finns risk att maten som ges inte möter kraven på variation och näringsinnehåll, men detta gäller all kosthållning, inte bara vid en matregim med mixad mat i gastrostomi.

Tarmflora

En jämförelse mellan mixad mat med innehåll av grönsaker och fullkornsprodukter och en mjölk-baserad sondnäring visar att mixad mat ökar rikligheten och mångfalden i tarmfloran som liknar den hos personer som inte sondmatas. En standardiserad fiberblandning från sondnäring har också en större negativ inverkan på mineralupptag och ger mer mag-tarmsymtom än varierat fiberinnehåll från mixad vanlig mat (14).

Hygien

Risk för infektioner på grund av bristande hygien i hanteringen av mixad mat i gastrostomi tycks vara en större farhåga än den kliniska erfarenheten visar. Studier som kontrollerat bakterieinnehåll i mixad mat visade inga patogena bakterier i en mängd som innebar hälsofara i någon av blandningarna vid någon tidpunkt (15,16).

Samråd med dietist

Kostens sammansättning avseende livsmedelsval, mat- och vätskemängder samt behov av berikning ska alltid utarbetas i samråd med dietist för att säkerställa näringsinnehållet. Matregimen kan med fördel utgå från familjen egen mathållning och anpassning av kosten kan ske så länge adekvat näringsinnehåll kan säkerställas. Fördelning av antal måltider och portionsstorlekar bestäms utifrån barnets behov och familjens rutiner. Det är möjligt att variera sondnäring med mixad mat på många olika sätt och även en mindre andel mixad mat kan ge önskad effekt på hälsan. →



Mixad mat i gastrostomi kan ges tidigast från den ålder då man introducerar fast föda och för barn under ett år bör den alltid kombineras med tillskotts- eller sondnäring. För barn som ännu inte börjat få fast föda kan mixad mat i gastrostomin introduceras som smakportioner för att säkerställa att barnet tolererar maten. För barn som tidigare ätit mat kan övergången från sondnäring till mixad mat gå fortare eftersom magtarmkanalen tolererar mat och eventuella allergier eller intoleranser är kända. Här kan en till två matskedar mixad mat per mål eller per hundra ml sondnäring tillsättas som en start. Mängd och antal livsmedel ökas sedan på utifrån barnets tolerans och successivt kan sondnäring ersättas med mixad mat.

Praktiska aspekter

I Sverige är sondnäring för barn subventionerad och mixad egen mat kommer att vara dyrare. Även tillredning av maten kan bli en dryg kostnad och man får räkna med ökat slitage när en kraftig mixer används till flera måltider dagligen. För att ge mixad mat i gastrostomi behövs en grövre matningsslang med rak koppling och maten ges med spruta.

”
Sjukvårdspersonal bör vara öppna för att ge stöd och vägledning till familjer som önskar använda mixad mat i gastrostomi så att det kan ske på ett lämpligt och säkert sätt.



Den mixade maten måste vara helt slät och får inte innehålla några bitar som kan fastna i gastrostomin. Maten måste mixas länge och tillräckligt med vätska måste tillföras för att konsistensen ska bli som en helt slät och lös gröt. Den behöver bara spädas så pass att den går igenom matningsslangen, allt för mycket spädning riskerar att tunna ut näringsinnehållet. Livsmedel med trådar, skal och kärnor kan inte mixas tillräckligt släta och kan antingen silas bort eller uteslutas ur kosten. Om maten silas är det viktigt att inte alltför mycket filtreras bort så att näring går förlorad.

Sjukvårdspersonal bör vara öppna för att ge stöd och vägledning till familjer som önskar använda mixad mat i gastrostomi så att det kan ske på ett lämpligt och säkert sätt. Noggrann kontroll av nutritionsordination och nutritionsstatus samt god livsmedelshygien bör beaktas för alla barn som erhåller långvarig enteral nutrition oavsett om de får sondnäring eller mixad mat. ✘

¹ British Dietetic Association, European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, American Society of Parenteral and Enteral Nutrition



Referenser
Se referenslista på sidan 45.



Nutrition Data för varaktiga resultat

Modernare • Enklare • Effektivare

Med ND Kost får du ett professionellt verktyg för rådgivning och näringsberäkning. Vårt verktyg finns både för webb och som app där patienten själv registrerar sina måltider och du skickar måltids-scheman och uppmuntran direkt i programmet. Enkelt och effektivt!

→ Prova gratis på nutritiondata.se



Nutrition Data



Barnobesitas: Dags att kavla upp ärmarna

Förståelse, utmaningar och framsteg i dietistens viktiga roll som vårdgivare för att vända den växande trenden.

Barnobesitas är en av de mest påtagliga hälsoutmaningarna i vår tid och den påverkar inte minst Sverige. Här följer en sammanfattning av det aktuella läget och den befintliga evidensen.

PREVALENSEN AV ÖVERVIKT och obesitas bland 4-åringar i Sverige har ökat under covid-19-pandemin och mellan åren 2018 till 2020 med 16,6 procent. Ökningen var större för obesitas (31,8 %) än för övervikt (13,3 %) (1). Obesitas påverkar inte bara barnets fysiska hälsa, utan även deras psykiska hälsa och sociala liv. Det är en multifaktoriell, komplex, kronisk, återfallande sjukdom som definieras av överdrivet kroppsfett. Hos barn och ungdomar definieras övervikt och obesitas utifrån ålders- och könsspecifika BMI-gränsvärden (tillväxt-BMI-för-ålderskurvor) (2,3).

En kombination av genetiska, miljömässiga och livsstilsfaktorer påverkar utvecklingen av barnobesitas. Några av de biologiska faktorerna som bidrar till obesitas hos barn är obesitas hos modern och graviditetsdiabetes. Individuella skillnader i energiomsättning och genetisk predisposition spelar också en roll (3). Låg hälsokunskap och köpkraft, ökad konsumtion av billig, ohälsosam mat, ökad tillgänglighet av snabbmatsrestauranger och mattillgänglighet samt förändringar i livsmedelsindustrin, har alla stark inverkan på människors sårbarhet för utveckling av obesitas redan från tidiga livsstadier (2,3). Marknadsföring av ohälsosam mat kan också öka risken. Den omfattande användningen av sociala medier och onlinespel, tillsammans

med exponering för matreklam, har omedelbara effekter på barns ätmönster (2,6). Viktiga kostrelaterade faktorer inkluderar ökat intag av energitäta, näringsfattig högprocessad mat, sockersötade drycker samt snabbmat tillsammans med frekventa mellanmål och ökade portionsstorlekar (2,3,5). Ökat stillasittande och skärmexponering förskjuter den tid som annars finns tillgänglig för fysiska aktiviteter och tillräcklig sömn. Störda sömnmönster är tydligt kopplade till insulinresistens och nedsatt reglering av aptithormoner (2,3).

Behandlingsalternativ för barnobesitas

Stora satsningar är på gång när det gäller att hantera barnobesitas, inklusive större fokus på tidig intervention, hälsofrämjande beteenden, konkreta och intensiva kostförändringar, användning av teknologi, minskning av inaktivitet och bättre bemötande inom vården.

Vad kan leda till bättre behandlingseffekter?

Flerkomponentsinsatser, multidisciplinära, intensiva, långsiktiga, familjeinriktade behandlingsinsatser som levereras av kvalificerad vårdpersonal (inklusive dietister) är erkända för att leda till större behandlingseffekter (2-4,7).



Hemmiljö och skolmiljö är viktiga arenor att satsa på.

Barnobesitas ökar risken för typ 2-diabetes, hjärtsjukdomar, högt blodtryck, stroke, cancer och leverproblem. Det kan också leda till sömnapné, andningssvårigheter, muskuloskeletala problem och psykiska hälsoproblem som depression och ångest. Utöver dessa fysiska konsekvenser upplever barn med övervikt eller obesitas ofta sociala problem som mobbning och diskriminering (7).

Konsekvenser och preventionsstrategier

Förebyggande interventioner som kombinerar kost- och fysiska aktivitetsparametrar har visat sig vara måttligt effektiva när de tillämpas på barn 0–5 år. Dock blir interventionseffekten lägre när man riktar sig till äldre barn och ungdomar (6,8). Dietister spelar en viktig roll i kopplingen mellan familjen och vården genom att utbilda familjer i att etablera hälsosamma matvanor. Dessutom når de ett bredare spektrum av patienter när kostutbildning ges till annan vårdpersonal. Hemmiljö och skolmiljö är viktiga arenor att fokusera på. Samverkan mellan vården och skolhälsovård kan ha betydande positiva förebyggande resultat (6,8) och dietister kan ta initiativ till sådana insatser. Dietisterna utgör en värdefull resurs när det gäller att utbilda andra som kommer i kontakt med barn och familjer. Detta kan även bidra till effektivisering av vården.

En välkommande, icke-stigmatiserande och stödjande miljö är grunden i alla behandlingskomponenter (3,4). Beteendeförändringsterapi kan minska stigma, depression, ångest och stress (9). Digital vård i förebyggande syfte och vid behandling ger lovande möjligheter, eftersom hela familjen kan engageras. Den visar sig även vara kostnadseffektiv och stödja bättre följsamhet till behandling (4,7,9).

Läkemedel och obesitaskirurgi

Farmakoterapi är en ny, framväxande behandlingsaspekt inom området, men den är ännu inte definierad och väletablerad i befintliga riktlinjer. De flesta tillsynsmyndigheter i Europa, inklusive Sverige, har godkänt Liraglutid (glukagonliknande peptid 1-receptoragonist) för muskuloskeletala ungdomar > 12 år gamla med svår obesitas och komorbiditeter (2,3,7). Andra mediciner har varit under utvärdering och visat mycket lovande effekter, men är ännu inte allmänt godkända (2,3,9). Bariatrisk kirurgi betraktas som ett möjligt behandlingsalternativ endast vid extremt svår obesitas och/eller svår samsjuklighet (som diabetes typ 2) när mer konventionella ingrepp inte har gett



Vasiliki Karagianni

Leg. Dietist & Nutritionist, MSc. Specialist inom Obesitas med inriktning barn. Arbetar kliniskt på Rikscentrum Barnobesitas, Karolinska Universitetssjukhuset och som föreläsare och utbildare inom kost och dietetik.



Lästips

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Stöd för styrning och ledning april 2022.



Referenser

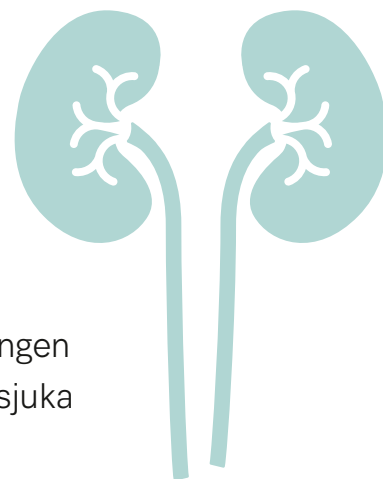
Se referenslista på sidan 45.

gynnsamma effekter (11). I sådana fall är operation den mest effektiva och varaktiga behandling som kan leda till komorbiditetsremission (2,3,11). Ungdomskandidater för kirurgi bör uppfylla uttryckliga kriterier (11). Bristen på långvarig postbariatrik uppföljning och utvärdering av resultat är betydande nuvarande nackdelar och där kan dietisterna spela en viktig roll och bidra. Det är av yttersta vikt att en sådan intervention tillhandahålls av högt specialiserade multidisciplinära expertteam, med lämplig grund för noggranna uppföljningar (7,9,11). X

Viktiga punkter i behandlingen:

- **Fokus på tidig intervention:** Att uppmärksamma och behandla tidigt är avgörande för att minska hälsoriskerna. Livsstilsförändringar bör uppmuntras och initieras när barnet har övervikt eller så fort barnobesitas ställs som diagnos.
- **Koststrategier som fokuserar på konkreta sätt att minska det totala energiintaget:** Genom att minska portionerna, energitäta, näringsfattiga livsmedel och drycker, och samtidigt främja ökad konsumtion av näringsrika livsmedel med lågt energiinnehåll. Specifika tillvägagångssätt föreslås också som kostbehandlingsalternativ, till exempel kaloriberäknade dietplaner, Medelhavskost, trafikljusdiät och DASH kost. Intensiva kostinterventioner. Mycket lågkaloridiet, måltidsersättningar, dieter med hög proteinhalt, lågkolhydratkost eller lågfettkost samt intermittenta fasta forskas på och används hos ungdomar, beroende på graden av övervikt/obesitas, samsjuklighet, familjens engagemang och socioekonomiska faktorer (3,4,10).
- **Specifik målsättning, yttre stöd och ansvarsfördelning.** Insatserna behöver vara föräldrafokuserade för barn i förskoleåldern och övergå till att involvera barnen från 12 års ålder och uppåt (3,9).
- **Fokus på att minska inaktivitet:** Det är viktigt att inkludera åtgärder för att främja ökad fysisk aktivitet och minska skärmtiden/stillasittande (3,9).
- **Långvariga och regelbundna insatser.** Insatser under minst 6 månader och 26 kontakttimmar kan ha flera fördelar, samtidigt som man bibehåller de nödvändiga energiunderskotten och näringsbehoven för tillväxt (3,4,9,10).

Kroniskt njursjuka äldre – en skör grupp



Kronisk njursjukdom är ett folkhälsoproblem i hela världen. Avhandlingen "Nutritionsstatus, kroppssammansättning och kost hos kroniskt njursjuka äldre" baseras på en europeisk studie, med över 1 700 deltagare.

KRONISK NJURSJKDOM ÄR ett folkhälsoproblem i hela världen. I Sverige är förekomsten cirka 10 procent i befolkningen. Bland äldre personer (>75 år) är förekomsten så hög som 28 procent. När njurfunktionen avtar uppstår en rad obalanser i kroppen och så kallade uremiska symtom uppstår. Det är vanligt att aptiten försämras, och många får symtom från mag-tarmkanalen. Då ökar risken för att nutritionsproblem ska uppstå.

I juni förra året försvarades avhandlingen *Nutritionsstatus, kroppssammansättning och kost hos kroniskt njursjuka äldre* av Karin Windahl, leg dietist Danderyds sjukhus och forskare vid Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, enheten för medicinska njursjukdomar

I avhandlingen har data använts från EQUAL-studien, som är en europeisk multicenterstudie. Datasamlingen påbörjades 2012, och på Danderyds sjukhus finns ett av de svenska studiecentra. Huvudsyftet med EQUAL-studien är att kartlägga beslutsfattande och tajming kring dialysstart hos kroniskt njursjuka äldre. Det är drygt 1 700 personer som ingår i studien, varav cirka 300 från Sverige. Delstudierna i avhandlingen fokuserar på att kartlägga nutritionsstatus, riskfaktorer för sjukdomsrelaterad undernäring samt kostbehandling vid njursvikt.

Mät och bedöm nutritionsstatus

Vi kom fram till att det är mycket viktigt att mäta och bedöma nutritionsstatus regelbundet hos kroniskt njursjuka personer eftersom förekomsten av sjukdomsrelaterad undernäring var hög hos deltagarna (26 %). Förlust av muskelmassa var det vanligaste tecknet på undernäring, oavsett kroppsvikt. Nutritionsstatus försämrades hos en tredjedel under studiens första år. Låg fysisk funktion, gastrointestinala symtom och rökning framkom som riskfaktorer.

Vidare studerade vi om proteinreducerad kost är en säker behandlingsform för äldre, njursjuka personer. Protein innehåller mycket kväve som

Viktiga slutsatser

- Prevalensen av sjukdomsrelaterad undernäring är hög i gruppen med kroniskt njursjuka äldre. Därför är det viktigt att bedöma nutritionsstatus tidigt i sjukdomsförloppet.
- En ordinerad proteinreducerad kost är en säker behandlingsmetod för kroniskt njursjuka äldre.
- Spontant minskat proteinintag, utan kostrådgivning, innebär ökad risk för försämring i nutritionsstatus och ökad risk för död över tid.
- Oavsett vilken kostbehandling som rekommenderas bör patienterna ha dietistkontakt.



Karin Windahl

Leg. dietist Danderyds sjukhus och forskare vid Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, enheten för medicinska njursjukdomar

njurarna har svårt att utsöndra, och ett minskat intag kan lindra uremiska symtom. Vi fann att risken för försämrad nutritionsstatus och dödlighet var densamma för personer som åt en ordinerad proteinreducerad kost som för de som åt normalkost. Däremot var det en ökad risk för död och försämrad nutritionsstatus hos individer som spontant åt mindre protein, utan att vara ordinerad proteinreducerad kost.

Vi bedömer det som att det är förenat med risker att ha ett lågt proteinintag, utan kostrådgivning där man säkerställer adekvat energiintag. Vi tolkar det också som att dietistkontakt och nutritionsmonitorering i sig kan ha en skyddande effekt.

Skör grupp med många symtom

Sammanfattningsvis fann vi att kroniskt njursjuka äldre är en skör grupp med många symtom och nutritionsproblem. Det är mycket viktigt med dietistkontakt och nutritionsinsatser tidigt i sjukdomsförloppet för att förebygga sjukdomsrelaterad undernäring, försämring i nutritionsstatus, bibehålla fysisk funktion och livskvalitet långt upp i åldrarna.

Den här kunskapen är oerhört värdefull i vårt dagliga arbete på kliniken när vi möter patienter med kronisk njursjukdom. Andelen äldre personer i västvärlden ökar kraftigt. Vi kan förvänta oss att gruppen äldre, njursjuka kommer att vara en stor grupp inom sjukvården framöver. Både primärvård och specialistsjukvård behöver vara bemannade med dietister för att möta framtidens behov. X

EQUAL-studien i korthet

- En europeisk observationsstudie med sex deltagande länder.
- Startade 2012.
- Inklusionskriterier: äldre personer (>65 år) som följs på en Njurmedicinsk enhet.
- Inkluderas när njurfunktionen sjunker, eGFR <20 ml/min/m².
- Cirka 1 700 deltagare, varav 300 från Sverige.

En god väg mot ett lättare liv!

Modifasts goda kost- och måltidsersättningar hjälper dina patienter att minska sin vikt genom en enkel och effektiv behandlingsmetod.

Vårt breda sortiment ger patienten möjlighet till variation vilket kan underlätta följsamhet i behandlingen.

Låt Modifast LCD kostersättningar bli ditt förstahandsval vid behandling av obesitas samt inför bariatrisk kirurgi. Gott, enkelt och näringsmässigt komplett!

Nu med förbättrat innehåll

- Mer protein och fler näringsämnen
- Kan nu användas upp till 8 veckor utan vårdkontakt

Modifast säljs på apotek och på www.modifast.se

På väg mot nästa utmaning!

PROFILEN
YLVA ORREVALL

Årets Dietist Ylva Orrevall är ständigt öppen för nya tankar, möjligheter och nydanande sätt att arbeta.

– Jag har alltid upplevt att jag har haft en pionjärsroll.

Text: KARIN WANDRELL

Foto: MATILDA KURTSON BELLMAN





VI TRÄFFAS PÅ Karolinska Universitetssjukhuset där Ylva Orrevall har arbetat i snart 40 år. I dag är hon dietist och docent, samt forsknings- och utvecklingsansvarig vid Klinisk nutrition. Hit kom hon av en slump 1985 efter avslutad dietistutbildning i Göteborg. – Det var bara att grabba tag i telefonkatalogen och börja ringa runt till sjukhusen och fråga om det fanns något ledigt dietistjobb. Jag fick napp på andra försöket och började några dagar senare. Då var vi alla knutna till sjukhusköket och jobbade där var fjärde helg. Vårt uppdrag var att arbeta i dietköket och ordna specialkost till patienter med specifika behov.

Ganska snabbt fick hon ett vikariat på det som då hette Radiumhemmet (onkologiska kliniken) och började arbeta med nutritionsbehandling inom cancer vården, något få dietister gjorde vid den tiden.

– Vi började därför söka kontakt med andra dietister och 1987 bildade vi referensgruppen DIO (dietister inom onkologi) som fortfarande finns kvar som en sektion inom Dietisternas Riksförbund (DRF), säger Ylva. Vi fokuserade främst på patienter med cancer i huvud/halsområdet som behandlades med strålning eftersom dessa har många problem, och var tidigt ute med att rekommendera enteral och parenteral nutrition.

Efter bara fem år som dietist ansökte Ylva om och fick pengar från Cancerfonden till ett treårigt vårdkvalitetsprojekt kallat ”Undervisning och konsultation av dietist vid cancerprofilerad geriatrisk och sjukhemsavdelningar”. Det riktade sig till vårdpersonal vid femton cancerprofilerade avdelningar i Stockholmsområdet.

Projektet ledde till att Ylva fick en heltidstjänst i det multiprofessionella teamet vid Radiumhemmets onkologiska konsultverksamhet. Arbetet



ret riktade sig mot personal som vårdar patienter med cancer inom specialiserad palliativ slutenvård och hemsjukvård.

– Jag har fått många möjligheter att utvecklas tillsammans med dem jag har jobbat med. Det är ju aldrig så att man gör något ensam, utan det är ju alltid tillsammans med andra. Mina tidiga kolleger på Radiumhemmet har betytt jättemycket för min utveckling och karriär och vi har fortfarande kontakt. Jag har alltid tagit mig an uppdrag som fått mig att gå vidare på olika sätt.

I december 2008 disputerade Ylva med sin doktorsavhandling ”Nutritional support among cancer patients enrolled in palliative home care services”. När hon återvände till Karolinska blev hon involverad i en upphandling av patientmåltider på Karolinska.

– Det bottnar också i min tidiga erfarenhet från cancer vården om hur viktig maten är för patienterna. Vi måste ha mat som sjuka personer kan och vill äta. Karolinska är i dag till stor del ett högspecialiserat sjukhus med sjukare patienter än

Milstolpar:

1987: Referensgruppen DIO bildas.

1990: Cancerfondsmedel för projektet: Undervisning och konsultation av dietist vid cancerprofilerad geriatrisk och sjukhemsavdelningar.

1995: Publicerar: Den viktiga maten. Praktisk nutritionsbehandling vid cancersjukdom.

2006: Publicerar tillsammans med Marie Esbjörnsson: Råd och recept vid cancersjukdom.

2008: Doktorsavhandling: Nutritional support among cancer patients enrolled in palliative home care services.

2010: Gör tillsammans med Jenny McGreevy första översättningen av NCP-terminologin.

2016: Publicerar tillsammans med Esther Myers: Using the Nutrition Care Process; Critical thinking Vignettes from Eight Clinical Cases.



” Det är ju aldrig så att man gör något ensam, utan det är ju alltid tillsammans med andra.



på andra sjukhus. Därför är det viktigt att faktiskt ställa rätt krav i upphandlingar så att vi får mat som passar och menyer anpassade för sjuka.

Etisk kod för dietister

Runt 2003 blev hon involverad i ett arbete med att skriva den första etiska kodexen för svenska dietister. Efter en enkät till DRF:s medlemmar insåg arbetsgruppen snabbt att det saknades ett gemensamt språk för dietister i Sverige.

– Det gick inte att tolka svaren, eftersom vi inte visste vad de svarande menade med de olika nutritionsbegrepp de använde. En annan intressant aspekt i sammanhanget är att bristen på gemensam terminologi även påverkar läsandet av vetenskapliga artiklar eftersom det gör det svårt att jämföra dem.

Sedan dess har Ylva varit med i DRF:s arbetsgrupp för informatik och etisk kodex. Parallellt med arbetet att skriva den första etiska koden pågick arbetet med att försöka definiera begrepp och termer som används av dietister. Av en ren

↑ **Ylva har alltid strävat efter nya utmaningar.**

slump upptäcktes att det amerikanska dietistförbundet hade utvecklat en arbetsprocess för dietister, Nutrition Care Process (NCP) med tillhörande terminologi. Ylva var drivkraften bakom att Karolinska, tillsammans med DRF och i samarbete med Region Sörmland, översatte den amerikanska terminologin till svenska under 2010 som sedan lanserades under DRF:s kongress 2011.

– Redan 2010 bjöd vi in Esther Myers, som då drev det här arbetet i USA, till Sverige för en utbildningsdag i samarbete med Nutricia. Vi bjöd även hit henne till kongressen 2011. Jag är också med i en internationell arbetsgrupp för implementering av NCP/NCPT. Vi blir inbjudna till ett möte i Chicago varje år av det amerikanska dietistförbundet. Det har varit väldigt viktigt för mig att dela erfarenheter eftersom NCP/NCPT nu implementeras i massor av länder, säger Ylva och fortsätter:

– Ett av de första stegen var att implementera de specifika termer som används för att identifiera de problem dietisten väljer att behandla och åtgärda, de så kallade nutritionsdiagnoserna. I dag ligger fokus främst på att utvärdera dietistens nutritionsbehandling.

Påverka journalsystemen

Inom de närmaste åren kommer större delen av Sveriges sjukvård att få nya journalsystem. I amerikanska Millennium, som Västra Götaland och Skåne har upphandlat, finns redan alla NCP-termer inlagda så de var tacksamma över att de redan fanns på svenska.

– Jag kan se att genom det terminologiarbete som vi initierade 2010 har vi fått en chans att påverka de nya journalsystemen så att vi får en gemensam terminologi. Kvalitetsregister är en annan fråga. Det är inte en stor sak bland dietister i dag, men kommer förhoppningsvis bli i framtiden. →

Ylvas uppdrag på Karolinska rör inte bara dietister utan också det som kallas hälsoprofessionerna, det vill säga de paramedicinska professionerna.

– Vi gjorde en inventering över vilka kvalitetsregister vi använder. Det är mycket dubbel-dokumentering i dag, där samma information skrivs in både i journalsystemet och kvalitetsregistret. Vår förhoppning är att det i framtiden ska vara möjligt att automatiskt överföra data direkt mellan de två och också till andra register med kvalitetsuppföljningar.

Ylva tycker att det är viktigt att dietister är med vid upphandlingar av journalsystem och vid utformningen av hur dietister ska dokumentera i systemen liksom vid upphandling av sjukhusmåltider.

– Kan du inte äta upp maten, får du fel mat eller inte tillräckligt bra mat är det en patient-säkerhetsfråga.

Under årens lopp har hon skaffat sig många internationella kontakter inom både onkologi och professionsutveckling.

– Det har betytt otroligt mycket för mig. Det möjliggjorde också att vi kunde starta forskningsprojektet INIS (the International Nutrition Care Process and Terminology Implementation Survey) en vetenskaplig studie vid Institutionen för kostvetenskap vid Uppsala universitet, där jag är involverad. De första dietisterna från tio länder som deltog i forskargruppen kom via mina kontakter i det amerikanska dietistförbundets internationella NCP-grupp. Nu är 23 länder med i studien. Det är väldigt spännande att ha ett så stort internationellt samarbete.

År 2018 kom en artikel där nutritionsorganisationer från hela världen gått samman och publicerat kriterier för att definiera undernäring, de så kallade GLIM-kriterierna (Global Leadership Initiative in Malnutrition).

– Då var det många dietister i Sverige som blev väldigt intresserade. På Karolinska Universitetssjukhuset är ungefär hälften av patienterna i risk för undernäring vid inskrivning på vårdavdelning. Det jag alltid har tyckt, men som vi inte riktigt har fått till tidigare, är att dietisterna faktiskt ska ta nästa steg och diagnostisera undernäring och sedan GLIM-kriterierna publicerades har det implementerats i dietistgruppen. Det är en spännande utveckling eftersom det lägger ytterligare en dimension till vårt arbete som dietister.

Ylva har också hunnit med att skriva fyra böcker som väl speglar hennes utveckling och intresseområden. Den första kom 1995 och heter



Jag har ju jobbat på Karolinska i snart 40 år, men det här är ett ställe där man kan stanna kvar så länge för det finns så mycket att göra.

”Den viktiga maten. Praktisk nutritionsbehandling vid cancersjukdom”. Då var nutritionsbehandling ett begrepp som sällan användes bland dietister.

Ylva ville visa hur viktigt det är att dietister är involverade i alla sätt att ge patienter näring.

– Under min doktorandtid skrev jag tillsammans med min kollega Marie Esbjörnsson en kokbok ”Råd och recept vid cancersjukdom”. Den är skriven som en vägledning för patienter som har svårt att äta och bygger på massor av intervjuer med patienter och närstående som vi gjorde i mina doktorandstudier.

Den tredje boken är en populärvetenskaplig version av Ylvas avhandling, ”Nutritionsstöd till patienter med cancersjukdom och som vårdas inom specialiserad palliativ hemsjukvård”. Den senaste boken skrev hon tillsammans med Esther Myers, ”Using the Nutrition Care Process; Critical thinking Vignettes from Eight Clinical Cases”.

Årets Dietist x 2

Att bli utsedd till Årets Dietist var en oväntad, men uppskattad ära. I nomineringen beskrivs hon bland annat som en kunskapsförstärkare, kunskapsökande och kunskapsdelande person som entusiastiskt tar sig an alla frågor som kräver uthållighet och ständig omprövning av verkligheten. Och det är faktiskt andra gången Ylva får utmärkelsen. Den första var 1991, då för sitt viktiga arbete inom nutritionsbehandling vid cancer och för att ha varit med och startat referensgruppen för dietister inom onkologi, DIO.

I nomineringen står också att Ylvas passion för att utveckla professionen starkt har bidragit till att Karolinskas dietistverksamhet ligger i framkant och att Sverige inom flera områden är ett föregångsland för dietister, både i Europa och globalt. Hennes arbete inom dokumentation och terminologi är en viktig insats för systematisering och IT-lösningar inom vården.

– Jag har ju jobbat på Karolinska i snart 40 år, men det här är ett ställe där man kan stanna kvar så länge för det finns så mycket att göra. Jag har aldrig övervägt att sluta för jag har fått så många möjligheter. Jag får jobba nära mina kollegor som jobbar med vård, arbeta med utbildning, träffa våra studenter och utbilda kollegor. Dessutom får jag forska och jobba lite grann med innovation på olika sätt. Det är fantastiskt!

Det har blivit dags för nästa möte och nästa projekt. När vi sagt hejdå och ska skiljas åt ropar plötsligt Ylva: ”Jag glömde ju bjuda på kaffe. Men det är så jag är, jag tänker bara på att jobba!” x

FORTIMEL COMPACT PROTEIN SENSATIONS

– vid smakförändringar

Upp till 70% av cancerpatienter upplever smakförändringar.¹⁻³
Men även åldersrelaterade fysiska förändringar kan medföra
smakförändringar.⁴⁻⁵

SVALKANDE
GURKA/LIME,
KOKOS, RÖDA BÄR
VÄRMANDE TROPISK
OCH NEUTRAL



FORTIMEL COMPACT PROTEIN SENSATIONS

- ✓ Särskilt utvecklad för patienter med smakförändringar.
- ✓ Svalkande och värmande smaker.
- ✓ Kompakt näringsdryck med mycket energi och protein i liten volym.

Läs mer på nutricia.se eller kontakta Nutricia på 08-24 15 30

FORTIMEL COMPACT PROTEIN SENSATIONS ÄR ETT LIVSMEDEL FÖR SPECIELLA
MEDICINSKA ÄNDAMÅL OCH ANVÄNDS UNDER MEDICINSK ÖVERVAKNING.

1. Epstein JB, Barasch A. Taste disorders in cancer patients: pathogenesis, and approach to assessment and management. *Oral Oncol* 2010; 46(2): 77-81.
2. McGreevy J, Orreval Y, Belgaid K et al. Characteristics of taste and smell alterations reported by patients after starting treatment for lung cancer. *Support Care Cancer* 2014; 22(10): 2635-2644. 3. Turner et al. 2013 Review of the complications associated with treatment of oropharyngeal cancer: A guide to the dental practitioner. *Quintessence Int.* 2013 March; 44(3): 267-279. 4. <https://www.comfortkeepers.com/articles/info-center/seniors-and-nutrition/aging-gracefully-changes-in-the-taste-buds-and-sense-of-smell>. 5. <https://khni.kerry.com/news/blog/the-retiring-nature-of-taste-perception/>



Debatt

Förbättra samarbetet mellan primärvård och sjukhus

För att patienten ska få en smidig övergång mellan vårdgivare och vårdinstanser måste vi ändra vårt arbetssätt. Vi behöver nyttja de digitala verktygen för en förbättrad kommunikation samt överrapportering – och självklart för att bibehålla patientens behandlingsresultat.

NCD-SJUKDOMAR ÄR oftast kroniska och kräver livslång behandling. Men får patienterna det? Dietister inom primärvårdens behandling oftast patienter en viss period, därefter får de klara sig själva. I vissa fall samarbetar vi med andra yrkesprofessioner på vår arbetsplats, men vi sträcker oss sällan längre än så. Det är dock något som jag och Liisa Tolvanen, dietist vid Överviktscentrum inom Akademiskt specialistcentrum, har gjort.

När patienterna ska skrivas ut från Överviktscentrum skriver Liisa en remiss till mig som arbetar i primärvården och samtidigt bokar vi in ett trepartssamtal för en bättre övergång. Jag får en bra sammanfattning och vet precis var jag ska ta vid samtidigt som patienten direkt får förtroende för sin nya vårdgivare. På så vis får patienterna fortsatt stöttning i sin behandling.

För att kunna förebygga NCD-sjukdomar behöver vi jobba för att förbättra befolkningens ohälsosamma matvanor som är en av de fyra största riskfaktorerna. Som alla vet tar det tid att bryta gamla vanor oavsett vilka det handlar om. Har man redan påbörjat en behandling inom primärvården eller sjukhuset, och sedan behöver slussas över till den andra sektorn, börjar man om på ruta ett igen. Ett trepartssamtal underlättar för alla parter. Det gör det enklare att förklara vad patienten jobbar med i nuläget och vad hen be-



Om övervikt och obesitas ökar i samhället ökar även behovet av långvarig behandling.



Vad tycker du?

Säg din åsikt på Dietisten.net.

höver stöttning kring. Dessutom sparas både tid och pengar.

Enligt Folkhälsomyndigheten försämrades större delen av befolkningens mat- och motionsvanor efter pandemin. Om övervikt och obesitas ökar i samhället ökar även behovet av långvarig behandling. Utvecklar vi vårt arbetssätt och jobbar mer med digitala övergångar minskar risken för att patienter faller mellan stolar och vi bidrar till att bibehålla deras behandlingsresultat.

Utmaningen i denna typ av samarbete är att hitta en mötestid som passar tre personer. Som vårdgivare behöver du vara flexibel för att kunna få till ett gemensamt möte. Ett annat dilemma är vilken enhet som ska ta betalt för besöket, sjukhuset eller primärvården, eftersom det inte ingår i dagens hälso- och sjukvårdsavtal. Dessutom har företaget och Region Stockholm olika videoplattformstjänster.

Vi löste det genom att Liisa bjöd in via Alltid öppet-appen där jag som vårdgivare kunde logga in via mitt E-tjänstekort. Patienterna har blivit väldigt imponerade och tacksamma över att snabbt ha slussats vidare till nästa behandlare utan uppehåll i sin behandling. Det gäller alltså att tänka bortom våra vanliga rutiner. Det bör också politikerna göra för att hälso- och sjukvårdstalen ska kunna matcha vårt arbetssätt.

Fler resurser och möjlighet till överrapportering mellan olika vårdinstanser behövs för bättre resultat och för att långsiktigt minska prevalensen av NCD-sjukdomar. ✕

allévo



OATMEAL (GRÖT)
Äpple & Kanel
Crunchig med
solros- och linfrön.
150 kcal/portion

SOUP
Kyckling & Nudlar
Matig med hetta
av röd chili.
149 kcal/portion

SHAKE
Choklad
Fyllig chokladsmak.
155 kcal/portion



SOUP
Potatis & Purjolök
Klassisk snäll soppa.
151 kcal/portion

SHAKE
Banan & Hallon
Söt smak.
153 kcal/portion



SHAKE
Forest Fruit
Lite syrlig smak.
152 kcal/portion

VLCD!

Välsmakande kostersättning för viktkontroll

Utvecklad & tillverkad i Sverige med äkta råvaror!

Allévo erbjuder ett brett sortiment inom Very Low Calorie Diet (VLCD). Måltiderna finns i många olika smaker och beredningar för en varierad kost. I alla våra produkter används äkta råvaror såsom riktig kyckling och nudlar i soppan och riktig banan och hallon i shaken. Bara äkta smaker, inga aromer. Precis som det ska vara.

FINNS PÅ APOTEK.

www.allevo.nu

Besök vår hemsida för mer information om våra produkter, allergiinformation, nedladdningsbara faktablad med ingrediensförteckning samt Allévo näringstabletter.



karo[®]
healthcare

Karriärvägar

Som dietist finns det många möjligheter till jobb inom olika branscher. Läs och inspireras - kanske är det dags att byta spår!



Paula Frösell

Leg dietist och Senior Brand Manager med ansvar för hälsa, ICA Sverige AB.

Utbildning: Ekonomie magisterexamen och dietistprogrammet, Uppsala universitet (med 15 års mellanrum). Kurser: Bland annat Idrottsnutrition, Kost vid graviditet och amning (Umeå universitet), Stress (Karolinska Institutet).

Vad har du arbetat med sedan examen?

– Efter ekonomexamen började jag som trainee på ICA. Där hade jag sedan förmånen att ha olika tjänster. När jag senare fick min drömtjänst på marknadsavdelningen, hade fått barn och skulle börja arbeta igen så infann sig inte lusten, trots det roliga jobbet. Jag ville istället jobba med hälsa och mat och började dietistprogrammet. Därefter arbetade jag kliniskt på Danderyds sjukhus med bland annat diabetes. Parallellt drev jag eget företag; föreläste och skrev böcker om kost. När jag blev tillfrågad om att återgå till ICA i en ny roll inom hälsa såg jag möjligheten att kombinera mina två utbildningar och erfarenheter.

Vad gör du nu?

– Jag ansvarar för den långsiktiga inriktningen av ICA:s hälsoarbete vilket innebär att skapa strategier för vad och mot vilka vi ska fokusera. Jag involveras även mycket i operativt arbete i sam-

arbete med andra inom ICA; till exempel kostutbildning, att föra in nutitionsperspektivet i sortimentsutveckling, kontrollera att vår kommunikation följer lagstiftningen eller vara bollplank i utvecklingsprojekt om nya hälso-tjänster. Och så är jag ICA:s talesperson för hälsa i media. Eftersom mitt arbete är brett så behöver jag ofta förkovra mig inom något specifikt, till exempel genom föreläsningar och nätverk.

Vad brinner du extra för?

– Matens potential att förbättra måendet fascinerar mig! Att äta hälsosamt är inte komplicerat, dyrt eller tråkigt, det vill jag förmedla!

Tips till studenter

- På utbildningen finns lärare med stor kompetens! Fråga och var nyfiken så blir det både roligare och mer lärorikt.
- Testa olika tjänster, med lite tålamod hittar du rätt. Allt på vägen dit ger kunskap och erfarenhet.



Charlotte Droeser Ehlin
Produktspecialist/Leg.dietist,
Nestlé Health Science Sverige.

Utbildning:

Kostvetare + Dietistprogrammet vid Uppsala universitet, Dietetik vid UC Davis samt DIHM.

Vad har du arbetat med sedan examen?

– Jag har arbetat som primärvårds- och sjukhusdietist, näringskonsulent, produktchef på Semper AB och produktspecialist på nutritionsföretagen MediFood och Novartis MN.

Vad gör du nu?

– Jag arbetar som Account Manager för Nestlé Health Science nutritionsprodukter för vuxna och ansvarar för kundbearbetning med mera för personal som arbetar inom öppen- och slutenvård såsom dietister, sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, kostchefer med flera.

Tips till studenter

- Lyssna på din magkänsla! Utbildning och arbetsliv liknas vid ett hus. Grunden är viktig.
- Sist men inte minst VÅGA.



Helena Björck
Leg. dietist på Dagab Inköp och Logistik en del av Axfood.

Utbildning:

Dietistprogrammet, Uppsala universitet.

Vad har du arbetat med sedan examen?

– Jag jobbade en kort period som dietistvikarie på Barnhabiliteringscentrum i Lund, med neurologiskt handikappade barn. Efter det så hamnade jag som dietist på Dietistrådet i Stockholm i några år.

Vad gör du nu?

– Jag är dietist och kvalitetssäkrare på Dagab/Axfood. Det innebär att ha koll på forskning inom allergi och hälsa samt en hel del produktutveckling och märkningslagstiftning inom dessa områden.

Tips till studenter

- Att vara öppen för nya möjligheter.
- Våga prova uppgifter och utmaningar utanför och inom ditt kompetensområde.



Anneli Bylund
Senior Hållbarhetsstrateg,
Coop Sverige.

Utbildning:

Leg. dietist.

Vad har du arbetat med sedan examen?

– Jag har jobbat på kockskola, haft egen konsultverksamhet och därefter jobbat inom livsmedelsbranschen på några olika företag, mestadels på Coop. Jag har jobbat med näringsberäkning, kommunikation och omvärldsbevakning, lagstöd för vad som är tillåtet att säga om en produkt, men framförallt hälsostراتيجier för företag. Jag halkade också in på kvalitets- och livsmedelssäkerhetsfrågor både för butik och livsmedel och allt fler hållbarhetsfrågor.

Vad gör du nu?

– I dag arbetar jag som Senior Hållbarhetsstrateg med en bredd av frågeställningar för livsmedel och dagligvaruhandel. Äntligen går det upp för allt fler att hälsosam mat nästan alltid är den hållbara!

Tips till studenter

- Vill man jobba inom livsmedelsbranschen är mitt tips att bredda sig inom hållbarhet.



Mia Brodén Borgvall
Leg. dietist och kvalitetschef på Lidl Sverige.

Utbildning:

Kandidatexamen inom Food Science and Human Nutrition från University of Hawaii. Dietistinternship på University of Houston. Masterexamen i Molekylär nutrition från Stockholms universitet.

Vad har du arbetat med sedan examen?

– Jag arbetade på Spendrup som produktutvecklingskoordinator under ett år, sedan bytte jag till Lidl som kundtjänstansvarig och arbetar nu som kvalitetschef.

Vad gör du nu?

– Jag jobbar med alla typer av kvalitetsfrågor, internt och globalt. Mina uppgifter varierar från dag till dag. Jag har huvudansvaret för livsmedelssäkerhetsbevakning, följa upp riksärenden, att utreda och hitta huvudsakerna till problem och även att utföra återkallelser vid behov. Jag är i kontakt med myndigheter och branschorganisationer och driver interna utvecklingsprojekt. Jag guidar och leder teamchefen och gruppchefer för att skapa förutsättningar för dem att kunna utföra ett så bra arbete som möjligt!

Tips till studenter

- Var öppen för olika möjligheter och utmaningar.
- Våga drömma och sätt mål, men du behöver även jobba för att nå dem!

Relativ energibrist och ätstörningar inom idrott

Relativ energibrist med eller utan ätstörning är ett av de största nutritionsrelaterade problemen inom idrotten. Det är speciellt inom idrotter med fokus på låg kroppsvikt och fettmassa som förekomsten av relativ energibrist och ätstörningar är högst – både bland män och kvinnor.

RELATIV ENERGIBRIST ÄR ett syndrom som beskriver negativa konsekvenser för hälsa och prestation på grund av låg energitillgänglighet (LEA). Energitillgänglighet är den mängd energi som finns kvar till kroppens grundläggande fysiologiska processer när den mängd energi som används under träning dras bort från energiintagen. Kortare perioder med LEA leder bland annat till nedsatt syntes av protein och kreatinfosfat vilket påverkar återhämtning och träningsrespons. Vid långvarig/omfattande LEA sker hormonella förändringar som bland annat leder till menstruationsrubbingar hos kvinnor samt subkliniskt låga testosteronnivåer och nedsatt sexualdrift hos män.

Det medför även GI-problem, nedsatt benmineralisering samt hjärtkärlpåverkan. Omfattande metabola adaptationer med lägre RMR och NEAT samt högre arbetseffektivitet medför samtidigt att idrottare kan vara viktstabla inom normalområdet, men samtidigt ha för lite energi tillgängligt för att bibehålla normal fysiologisk funktion som till exempel reproduktionsförmåga och ha ökad risk för ohälsa, överbelastningsskador och nedsatt prestation.

Ett komplext problem

Att låg energitillgänglighet kan leda till utebliven menstruation och nedsatt benmineralisering hos kvinnliga idrottare har varit ett känt problem sedan 1990-talet. Senare års studier visar att låg energitillgänglighet med eller utan ätstörning

och tvångsmässig träning även drabbar manliga idrottare. Även om studier indikerar att kvinnor är mer känsliga för LEA än män så verkar långvarig/omfattande LEA medföra samma allvarliga konsekvenser för både män och kvinnor.

Låga testosteronnivåer med nedsatt sexlust har framför allt rapporterats hos unga manliga uthållighetsidrottare och associeras bland annat med nedsatt proteinsyntes och återhämtning, men även ökad risk för stressfrakturer. Oregelbunden och utebliven menstruation är vanligt bland kvinnliga idrottare, men ignoreras ofta trots att det kan medföra allvarliga hälsomässiga konsekvenser såsom överbelastningsskador, endoteldysfunktion, förhöjt LDL-kolesterol och osteoporos. Kliniska studier har samtidigt visat att hormonsystemet hos yngre kvinnor är känsligare för LEA än vad det är hos vuxna kvinnor. Låg energitillgänglighet och symtom på relativ energibrist hos unga är därför extra bekymmersamt, eftersom det är i den perioden i livet till exempel skelettet utvecklas allra mest.

Orsaker till låg energitillgänglighet

Det är speciellt inom idrotter med fokus på låg kroppsvikt och fettmassa som förekomsten av relativ energibrist och ätstörningar är högst – både bland män och kvinnor. Låg energitillgänglighet kan förekomma omedvetet. Det är till exempel många idrottare och elitmotionärer som inte vet hur mycket och vad de måste äta för att kompensera för ett högt energibehov.

Både LEA och högintensiv träning påverkar



↑ Idrottare kan vara viktstabla och samtidigt ha för lite energi.



Foto: Mirko Vitari / stock.adobe.com

aptiten negativt och kombinationen av nedsatt aptit och mat med låg energidensitet gör det extra svårt att få i sig tillräckligt med energi. Det är vanligt att idrottare i perioder medvetet äter mindre eller tränar mer för att gå ner i vikt. Det behöver inte medföra något problem så länge perioderna med LEA inte blir för långa. Men, många idrottare får positiv respons vid en viktmedgång, både på träningen och från omgivningen. Därför är det lätt att komma in i ett negativt beteende med ökat fokus på vikt och mat, tvångsmässig träning och återkommande bantningskuror, som med tiden kan utveckla sig till en ätstörning vilket är en vanlig orsak till LEA.

De flesta studier tyder på att förekomsten av



Anna Melin

Leg dietist, MSc klinisk nutrition, PhD, Docent Idrottsvetenskap, Linnéuniversitetet

ätstörningar är högre inom elitidrotten än i samhället generellt, högre bland kvinnliga än manliga elitidrottare och högre bland vuxna kvinnliga idrottare än unga. Den rapporterade förekomsten bland kvinnliga idrottare på landslagsnivå i Norge och Danmark är 17–20 procent jämfört med 9 procent i kontrollgruppen, med högst förekomst inom estetiska (44 %) och viktclassidrotter (30 %). Den rapporterade förekomsten bland manliga landslagsidrottare är 4–8 procent jämfört med 0.1 procent i kontrollgruppen. En norsk studie har även visat en högre förekomst av ätstörningar bland unga elitidrottare (7 %) jämfört med kontrollgruppen (2 %). Vi genomför en likartad studie REI-projektet inom svensk elitidrott under 2023. →

Rekommendation

Relativ energibrist med eller utan ätstörning är ett av det största nutritionsrelaterade problemet inom idrotten vilket understryker betydelsen av att svensk idrott följer internationella rekommendationer på området och inför förebyggande insatser med fokus på tidig upptäckt och behandling hos både manliga och kvinnliga idrottare.

- Implementera förebyggande utbildningsprogram och riktlinjer som ska vara riktade mot tränare, ledare och idrottsmedicinskt stöd.

Allmänna riktlinjer:

1. Minskat fokus på kroppsvikt och kroppssammansättning.
2. Fokus på hälsa och optimal återhämtning (vila, sömn, nutrition) som prestationsfrämjande faktorer.
 - a. Ta hjälp av legitimerad dietist specialiserad inom idrottsnutrition för utbildning och rådgivning inom nutrition.
3. Realistiska och hälsobefrämjande mål i relation till vikt och kroppssammansättning.
 - a. Tränare och ledare ska ej uttala sig om idrottarens kroppsvikt, kroppssammansättning eller kroppssform.
 - b. Unga idrottare under 18 år ska ej uppmanas till att gå ner i vikt eller ändra kroppssammansättning.
4. Tränare och ledare ska ej genomföra mätningar av vikt och kroppssammansättning.
 - a. Mätningar av vikt och kroppssammansättning ska ej göras på unga idrottare under 18 år.
 - b. Vid misstanke om ätstörning eller annan ohälsa där mätningar av vikt och kroppssammansättning kan vara relevanta i behandlingen, ska mätningar utföras inom behandlarteamet.
 - c. Om mätningar av vikt och kroppssammansättning ska genomföras på idrottare > 18 år ska relevans och behov, mätmetod, disciplin-/ålder-/könsspecifik bedömning, individuell återkoppling och uppföljning planeras, således att det sker med en vetenskaplig, medicinsk, fysiologisk och etisk förankring.
 - d. Om mätningar av vikt och kroppssammansättning ska genomföras bör det utföras av en på området utbildad person, utan personlig koppling till idrottaren.
5. Vid misstanke om ohälsa uppmuntra och stötta till vidare utredning samt lämplig och effektiv behandling av relativ energibrist.

→ Unga idrottare under 18 år ska aldrig uppmanas att gå ner i vikt.



Foto: Rawpixel.com / stock.adobe.com



Referenser

Se referenslista på sidan 45.

Behandling

Den primära behandlingen består av ökad energitillgänglighet genom ett ökat energiintag, reducerad träningsmängd/-intensitet eller en kombination av dessa. De flesta idrottare med LEA är normalviktiga och ökning av energitillgänglighet bör därför ske gradvis för att förhindra oönskad viktökning.

De flesta idrottare med LEA har ett otillräckligt kolhydratintag. Det påverkar inte bara prestationsförmågan negativt utan även produktionen av hypothalamus-hypofys-axel hormoner, biotillgängligheten av järn samt skelettmetabolismen. Därför bör fokus i dietbehandlingen ofta ligga på ett ökat kolhydratintag (ofta 6–8 gram kolhydrat/kg kroppsvikt). En ökad glykogeninlagring i musklerna kan ge 1–3 kg viktökning då 1 gram glykogen binder cirka 3 gram vatten, vilket ofta är bra att förbereda idrottaren på.

För att säkra en ökad energi- och kolhydrattillgänglighet bör kostens energidensitet ökas – ofta genom ett ökat intag av lättillgängliga kolhydrater i form av till exempel vanlig pasta, ris, torkad frukt, och även intaget av tillsatt socker. Då elitidrottare generellt sett bör ha ett högt energiintag, säkerställs intaget av essentiella näringsämnen samt kostfiber utan problem. X

MedMade®

Everyday Balance Made Easy



Unikt tillskott – underlättar supplementering efter bariatrisk kirurgi

MedMade – Livsmedel för speciella medicinska ändamål

- Komplet allt-i-ett multivitamin
- Kan sväljas hela eller lösas upp i vatten
- Endast 4 tabletter per dag
- Kalciumcitrat och järnfumarat för optimerat upptag
- Följer Nordiska riktlinjer för supplementering efter bariatrisk kirurgi



Fotograf Eva Malm - Odd brown bird Photography

SE-MEDM-2304-002

Recept samt inspiration kring kost, motion och hälsa efter operationen finns på [MedMade.se](https://www.MedMade.se)

modifast®

apotea.se

apohem

APOTEK

MEDS

Impolin AB, en del av Navamedic Group, Kanalvägen 15, 183 38 Täby, 08-544 999 00.
Kontakta oss för prover på medmade@impolin.com

Finns proteinbristsjukdomar?

I förslag till Nordiska näringsrekommendationer (NNR2022) och i olika länders näringsrekommendationer (dietary guidelines) finns det ingen vetenskaplig studie presenterad som visar att det finns en proteinbristsjukdom under förutsättning att det inte råder energibrist

FRÅGAN OM DET finns proteinbristsjukdomar har stötts och blötts sedan 1930-talet [1]. Men ända fram till i dag är frågan olöst.

I förslag till NNR2022 står följande [2]: *“The evidence regarding the association of protein intake per se with health outcomes is limited or suggestive and is difficult to separate from the effect of other nutrients or ingredients in protein-rich foods.”*

Att det är svårt att få proteinbrist kan förklaras av: *“Proteins are widespread in foods, deriving from both animal and plant sources... Body proteins are continually being broken down and synthesised. The protein turnover of about 300 g/d in adults is higher than the proteins consumed from the diet (Figure 1). This indicates an extensive reutilisation of amino acids in protein metabolism”* [2].

Förslag till NNR2022 visar att man inte kan visa att en ren proteinbristsjukdom utan energibrist finns samt att det är svårt att få brist på grund av att det finns protein i stort sett i alla livsmedel och i all mat, oavsett om det är vegetabiliska eller animaliska livsmedel [2].

Hur protein blev kungen av näringsämnen

Sedan de många biokemiska genombrott som skedde under 1800-talet, har det varit fokus på att vissa specifika ämnen i maten är viktiga för människans hälsa [1]. Protein var det första viktiga näringsämnet som fick en längre glansperiod och som lyftes fram som kungen av näringsämnen.



Gunnar Johansson

Professor i kostvetenskap
Gunnar.johansson11@gmail.com



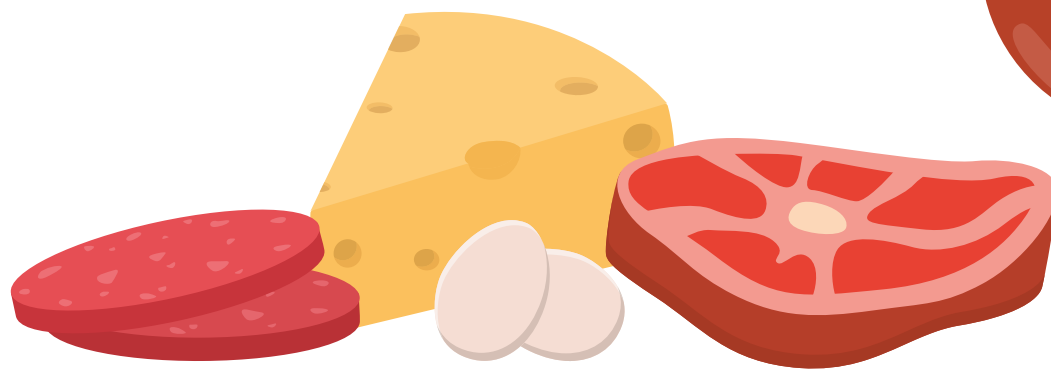
Referenser

Se referenslista på sidan 46.

Det var den svenske kemisten Jöns Jakob Berzelius som, redan 1838, började använda ordet protein som han skapade från det grekiska ordet ”proteios”, som ungefär betyder ”det främsta” [1, 3]. Men de som främst lyfte fram protein som kungen av näringsämnen var dels den holländske kemisten Gerard Mulder i en artikel från 1838 [1, 4], dels den ledande nutritionsforskaren på 1800-talet, den tyske kemisten Justus von Liebig. Han hävdade i artiklar från 1840 respektive 1842 att protein var det enda sanna näringsämnet eftersom han ansåg protein vara det enda ämne som gav muskeln energi som omvandlades till blod och kunde bilda kött [1, 4]. Även om detta motsades senare gav det en bestående bild av protein som ett mycket viktigt, upphöjt, nästan heligt näringsämne och kött hade en hög status på menyn: *“På 1800-talet var protein synonymt med kött och den uppfattningen har hållit i mer än hundra år. Många likställer fortfarande protein med animaliska livsmedel.”* [5].

Kött blev högstatusmat, främst på grund av att kött ansågs vara nödvändigt som proteinkälla. Protein och kött blev nästan synonymt. Till exempel blev protein, lika med kött, en viktig del i hur man planerade soldaters matransoner från 1800-talet fram till i dag [6]. Köttets och proteinets status dalade något i början av 1900-talet när man upptäckte en mängd andra näringsämnen, till exempel vitaminer, och insåg att det fanns många andra näringsämnen i vår mat [4].

Protein, speciellt animaliskt protein, spelade



återigen en central roll när USA 1956 lanserade "the Basic Four food guide". Man framhävde där "the Milk Group" och "the Meat Group" som viktiga. Det handlade inte enbart om nutrition när man upphöjde det animaliska proteinet till kung av näringsämnen [1]. Det fanns även ekonomiska incitament från statsmakten som försökte ta sig an problemet med överproduktionen av mjölk och kött efter andra världskriget.

"The continuing fetish for animal protein" [1], det animaliska proteinets höga status i hundra års tid kunde på så vis fortgå. Det som också bidrog till det stora intresset för protein på 1950-talet var att The Food and Agriculture Organization (FAO) inom Förenta Nationerna (FN) identifierade proteinbrist som ett allvarligt globalt näringsproblem [1]. Många forskare opponerade sig dock mot denna beskrivning: "...this is an incorrect statement of the problem: that what the world with its expanding population has to face is primarily a food gap or an energy gap and not a protein gap." [7].

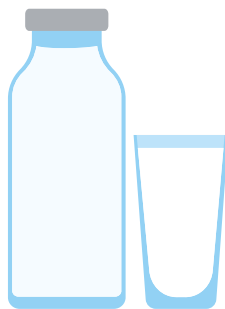
"The great protein fiasco"

Den stora beundran för protein började svalna under 1960-talet då ett flertal forskare mer och mer tvivlade på protein som kung av näringsämnen och på förekomsten av proteinbristsjukdomar. Det man främst ifrågasatte var om det var möjligt att få brist på specifikt protein.

De ifrågasatte också om det som tidigare kallades proteinbristsjukdomar verkligen var en proteinbristsjukdom. Redan 1935 ifrågasatte Cicely Williams kwashiorkor som proteinbristsjukdom [8]. Dock fick hennes studie inte så stor genomslagskraft på 1930-talet, mycket talar för att det berodde på att hon var kvinna, men den "återupptäcktes" på 1960-talet av ett flertal forskare [7, 9–12]. De betvivlade riktigheten i FAO:s uttalanden om proteinbristsjukdomar och publicerade sin kritik i tunga vetenskapliga tidskrifter såsom The Lancet och Nature [7, 9–12].

Donald McLaren skrev 1966 i den väl ansedda medicinska tidskriften Lancet att proteinbehovet var överskattat och ifrågasatte riktigheten i proteinbristsjukdomar [9]. Han upprepade detta 1973 [10] och 1974 i artikeln "The great protein fiasco" [11]. Något han vidhöll även år 2000 i

”
Kött blev
högstatus-
mat, främst
på grund
av att kött
ansågs vara
nödvän-
digt som
proteinkälla.



artikeln "The great protein fiasco revisited" [12]. McLaren menar att det man kallar proteinbristsjukdomar handlar om undernäring och felnäring och botas med bra och tillräcklig mat, men inte specifikt med protein. "There is mounting recognition that the emphasis that has been given to the role of protein in human undernutrition, resulting in the claim that there is a global protein "gap", "crisis" or "problem", is wrong." [11].

McLaren fick stöd av Waterlow och Payne i Nature 1975: "The evidence we have put forward leads to the conclusion that the protein gap is a myth and that what really exists, even for vulnerable groups, is a food gap and an energy gap." [7]. Forskarsamhället är fortsatt eniga om att kwashiorkor är en multifaktoriell sjukdom och inte en specifik proteinbristsjukdom [1].

Samma resonemang kan föras om sarkopeni som nu anses vara en multifaktoriell sjukdom och inte en specifik proteinbristsjukdom [13–16]. Sarkopeni kan bland annat bero på ett minskat matintag som i sin tur kan bero på att hungerkänslorna minskar med ökande ålder, ändrad balans i hunger- och mättnadssignaler och sjukdomar tillsammans med ändrade smakupplevelser. Effekten av sarkopeni kan lindras genom botande av en bakomliggande sjukdom, fysisk aktivitet och bra kost.

Skillnad på protein och protein

I vetenskapliga studier ser man olika samband beroende på om det gäller vegetabiliskt eller animaliskt protein. Med proteinkällor från växtriket ses generellt sett färre sjukdomar och mindre dödlighet jämfört med proteinkällor från djurriket. Det man tittat på är bland annat för tidig död, hjärt-kärlsjukdomar och ett flertal cancerformer [17–21].

Tänkbara mekanismer bakom skillnaden mellan effekter av animaliskt och vegetabiliskt protein kan involvera skillnader i aminosyror [20]. Animaliskt protein innehåller mer förgrenade och aromatiska aminosyror, vilket kan förklara skillnader i sjukdomseffekt. Andra skillnader är att animaliska livsmedel innehåller mer kolesterol och mättat fett och mindre av fibrer och fytokeikalier. X

Har vi nycklarna till bestående beteendeförändring?

Att vuxnas livsstilsval relaterade till mat spelar en betydande roll i utvecklingen av vissa icke-smittsamma sjukdomar är inget vi behöver upprepa för läsarna av den här tidningen. Behovet av att åstadkomma bestående beteendeförändringar hos stora delar av befolkningen kan uppfattas som akut.

Ofta talas det om att nycklarna till att lyckas kan vara att implementera förändringar i enkla och realistiska steg samt att fokusera på hälsa – inte vikt. Andra säger att lösningen är inre utveckling och kunskapsbaserad motivation. Eller är det så att det behövs mer forskning? För att få förståelse för om det finns råd som fungerar när vi vill åstadkomma hållbar beteendeförändring ställde Frisk Mat två frågor till fyra dietister.

Frågor

1.

Vad är ditt bästa tips för att åstadkomma en långsiktigt hållbar beteendeförändring?

2.

Vilket är i din mening det vanligaste hindret för att lyckas ställa om till hälsofrämjande matvanor?





Susann Ask

**Leg. dietist, Verksamhetsutvecklare
Region Kronoberg.**

1. Att involvera andra som man har i sin närhet, och på så vis ha stöd i förändringen. Under alla mina år i patientverksamhet så skrev jag alltid på kallelsen "ta gärna med den person som du brukar äta dina måltider med".
2. Att matvanorna inte "passar" den sociala kontext som personen befinner sig i. Mat och måltider är en viktig del av den sociala struktur som personen lever i. Om de nya matvanorna skiljer sig från vad som är gängse i den sociala kontexten kan det påverka omställningen.



Caroline Wilbois

Leg. dietist, Grundare @dietistensval.

1. Att börja där du står, lägga till förändringar som ligger nära så som vardagen ser ut för dig i dag. Göra det lätt att lyckas för att skapa självförtroende i att låta förändringen bli en vana. Resultat skapar motivation!
2. Att förändringen är för stor, vilket gör att den inte blir realistiskt hållbar. När man inte håller sig till planen kommer ofta känslan av misslyckande och det klassiska allt-eller-inget-tänket. Att känna sig misslyckad eller dålig gör det svårt att behålla motivationen.



Sofia Knáz Uppvik

**Leg. dietist, intressepolitiskt
sakkunnig och projektledare.**

1. Att lyssna, utreda och vägleda patienten mot en hållbar, evidensbaserad, görlig och realistisk kosthållning är min uppgift. Det är dock omöjligt för vården att säga hur patienten ska leva sitt dagliga liv om patienten själv inte har satt ord på hur, vad och varför den ska ändra något.
2. Att personen inte är tillräckligt motiverad, tappar fokus eller inte ser tillräckligt snabba resultat. Det finns inga matscheman eller färdigtryckta formulär i världen som kan styra en persons ihärdighet och vilja att välja hälsosamt. Det sker steg för steg, efter egen förmåga.



Sofia Antonsson

**Leg. dietist, grundare BellyBalance,
receptmoderator FriskMat.se.**

1. Alla som ska göra en förändring behöver ett incitament och en inre motivation. När man väl har det gäller det att göra små förändringar som man lyckas hålla. I dag har vi tillgång till många olika verktyg och behandlingar. Möjligheten att ge råd utifrån den individ man har framför sig ökar sannolikheten att lyckas.
2. Att livet kommer emellan. Stress och vardagssysslor är en vanlig anledning till att man inte kommer igång eller orkar hålla i. Många prioriterar andra framför sig själva, äter sina känslor, har psykiska utmaningar och saknar motivation och ork.

En tung vikt att bära

Ett magisterarbete vid Högskolan Kristianstad har visat att många kvinnor är missnöjda med sina kroppar på grund av bantningskulturens influenser. Det kan ha en negativ påverkan på relationen till mat.

SYFTET MED projektet, som genomfördes vid Högskolan i Kristianstad, var att utforska hur kvinnor mellan 25–40 år upplevde bantningskulturen, och hur detta påverkade deras relation till kroppen, mat och matvanor. Det finns ingen specifik definition av bantningskultur, men den kan beskrivas som ett system av trosuppfattningar som värderar kroppsvikt och utseende snarare än allmänt välbefinnande. Vidare handlar bantningskultur om myter kring mat och kroppen som kretsar kring det smala idealet och motstridiga hälsobudskap. Det kan liknas vid en moralisk hierarki av mat och kroppar som främjar viktstigma och smala ideal, samt en patriarkalisk kultur som förtrycker människor som inte lever upp till bilden av hur kroppen och dess matvanor ska se ut (Jovanoski och Jaeger, 2022).

Utöver omfattande litteraturstudier bestod arbetet av semistrukturerade intervjuer med sex kvinnor som fick frågor om kroppsidealen i samhället, sina matvanor och ät beteende under barn- och ungdomsåren, samt deras matvanor som vuxna. Intervjuerna följdes upp av



Hannah Kristofers

Nyutbildad med en magisterexamen inom mat- och måltidsvetenskap från Högskolan i Kristianstad. Hon är uppväxt i Australien och bosatt i Sverige sedan 2015. Hennes intressen inkluderar mat, hållbarhet, feminism och forskning.

en tematisk analys som identifierade följande nyckelteman:

Det smala idealet

"Jag minns att jag skrev ner i min dagbok, eller någon annanstans, att 'Ingenting smakar så gott som att vara smal!'. En perfekt smal kropp beskrivs som kvinnokroppens ideal, ett koncept som växlar genom åren och befästs av traditionella och sociala medier (Qi & Chi, 2018). Det smala idealet är kopplat till en stigmatisering av fetma, vilket gör att människor upplever sig diskriminerade på grund av sin kroppsvikt och -storlek (Himmelstein, et al. 2015). Kvinnorna i studien beskrev hur deras relation till kroppen och sina matvanor påverkats av bantningskultur. Trots att de var medvetna om att det smala idealet finns, och att det är ouppnåeligt, berättade kvinnorna att deras ätande var restriktivt för att de ville bli smalare, eller för att de var rädda för att gå upp i vikt.

Moderlig influens

Kvinnorna uttryckte att de under sin barndom utstött negativa samtal kring kroppen och fått viktrelaterade kommentarer från både familjemedlemmar och den

närmsta kretsen. Den starkaste påverkan hade deras mödrar, som både direkt och indirekt uppmuntrade till viktminskning. De indirekta uppmaningarna kunde vara att bevittna mödrarna ägna sig åt restriktivt ätande eller negativt kommentera den egna kroppen. En av deltagarna blev uppmuntrad av sin mor att gå med i Viktvaktarna när hon var 16 år gammal, och erbjöds 9 000 kr om hon nådde en viktneđgång på 12 kilo.

Kompisinfluenser

Under tonåren tillkom en annan och mycket stark influens från kvinnliga kamrater. Samtliga deltagare ägnade sig åt restriktivt ätande och kommenterade sina egna kroppar negativt när de pratade med sina väninnor. Restriktivt ätande var dessutom vanligt i vänskapskretsen och bidrog till gemenskapen: "Jag tror vi hade en ganska toxisk kompisgrupp, vi uppmuntrade varandra att banta (...) Det var normalt att banta tillsammans för alla ville vara smalare".

Manlig influens

Några av deltagarna påverkades av sina manliga jämnåringar eftersom



Det var som en bedömning, jag kände mig snyggare för att jag gick ner i vikt.

de ville vara eftertraktade genom att visa upp smala kroppar och göra "attraktiva och feminina" matval. De var mycket medvetna om sitt utseende i närvaro av sina manliga kamrater, vilket starkt påverkade matval och hur den egna kroppen betraktades. En av kvinnorna i studien sa "Aldrig i livet åt jag framför pojkar".

Positiv förstärkning

Deltagarna beskrev att de fick positiv förstärkning efter vikt-nedgång, i form av komplimanger och uppmuntran som blev en form av validering. De beskrev att de kände sig mer åtråvärda i sina smalare kroppar och denna känsla uppmuntrade dem att begränsa och kontrollera sitt matintag. En kvinna berättade att hon fick positiva kommentarer om sin viktminskning under tonåren, trots att hon uppnådde denna viktminskning genom restriktivt ätande och överträning som gjorde att hon kände sig konstant utmattad: "Det var som en bedömning, jag kände mig snyggare för att jag gick ner i vikt".

Skam och skyldighet

Kvinnorna talade om att mat



Foto: Gemma Chua-Tran / Unsplash

→ Jakten på den perfekta kroppen.

hade ett värde beroende på om den ansågs vara 'bra' eller 'dålig'. Att äta det som ansågs vara dåligt eller onyttigt resulterade i skuld känslor, skam och frustration, samt i restriktivt ätande och överträning som kompensation: "Om jag åt dåligt skulle jag svalta mig själv eller träna bort det jag hade ätit".

Studien visar att bantningskultur kan påverka kvinnans psykiska och därmed fysiska hälsa, och skapa hinder för att främja positiv

långsiktig hälsa. Relationen mellan maten och kroppen är nyanserad och komplex. Föreställningarna kring mat och kropp formas av samhället och den kultur som vi ständigt omges av utan att tänka på det. Eftersom vi är formade av sociala och kulturella normer är bantningskultur ett nät som upprätthåller myter om en hierarki av mat- och kroppstyper samt en kultur av förtryck som påverkar kvinnans relation både till sin egen kropp och den mat hon äter. X



Läs mer

Här finns hela projektet att läsa: researchportal.hkr.se/en/studentTheses/you-are-what-you-eat

När vi samarbetar blir vi som starkast

Dietist i dagligvaruhandeln

Dietistutbildningen är till största del kliniskt inriktad med fokus på viktigt nutritionsarbete inom vården. Men i slutändan arbetar inte alla dietister kliniskt. Dietisten har mött Anneli, Helena, Mia och Paula, fyra dietister inom dagligvaruhandeln som alla betonar nytta med samarbete, både inom och utanför branschen.

”**K**AN JAG RINGA tillbaka?”. Paula Frösell, Senior Brand Manager ansvarig för hälsa på ICA Sverige, är lägligt nog på väg in i ett möte med dietistkollegorna i branschen; Anneli Bylund (Coop), Helena Björck (Axfood) och Mia Brodén Borgvall (Lidl) när Dietisten ringer för att fråga om en intervju. Senare under dagen berättar hon att de möts med jämna mellanrum för att diskutera frågor som är gemensamma och där det finns en poäng med att samarbeta. ICA, Coop, Axfood och Lidl ingår i branschorganisationen Svensk Dagligvaruhandel och i Mat- och hälsorådet träffas de som organisationsrepresentanter för att diskutera branschgemensamma åtaganden, remisser och mycket annat.

En solig vinterdag någon vecka senare ses vi alla fem i ett ljusst rum på Svensk Dagligvaruhandels kontor mitt i centrala Stockholm. Stämningen är lättsam och det märks att det här gänget känner varandra väl.

– Som dietist är man ofta ganska ensam i sin roll så det är värdefullt att kunna bolla olika frågor. Som när vi nyligen gav Livsmedelsverket våra gemensamma inspel på nya NNR som snart lanseras, precis som vi gjorde när förslaget på de nya nyckelhålskriterierna skickades på remiss, berättar Helena Björck, dietist och kvalitetssäkrare på Axfood.

Anneli Bylund är Senior hållbarhetsstrateg på Coop och har liksom Helena varit med i Mat- och hälsorådet länge. Hon har under årens lopp stött på en rad olika frågor och sett diettrender komma och gå.



– När energidryckerna blev heta bland ungdomar så ville vi ta ansvar. Inte genom att sluta sälja dem, för efterfrågan finns och den behöver vi möta, utan genom att sätta gränser. Vi införde en branschöverenskommelse om åldersgräns på 15 år vid försäljning av energidryck. Det är i frågor som dessa som vi blir starkast tillsammans för det är först när vi gör det här allihop som det får verkan. I ett enskilt bolag skulle effekten inte bli lika kraftig, berättar hon.

– Exakt! Det blir starkt när vi gör saker ihop. Men vi kan ändå inte dela allt, vi är trots allt konkurrenter. Jag tycker det finns en tydlig men outtalad respekt och gräns för vad vi delar och inte med varandra. Att diskutera lagstiftning och märkningar, hur man kan hantera aktuella samhällsdiskussioner eller forskningsrapporter kring mat och hälsa är givande att ta upp i vår konstellation. Då kan vi dra nytta av varandras erfarenheter, kunskap och syn på frågan, tycker Mia, kvalitetschef på Lidl.

Ohälsotalen ökar

De kommer in på ett samtal om vilken roll branschen har för folkhälsan. Dessvärre ökar flera ohälsotal. Maten har stor påverkan på risken att utveckla sjukdom och enligt Riskmaten åter långt ifrån alla enligt kostråden. Det finns mycket att jobba med och det är i det preventiva arbetet som dagligvaruaktörerna ser sin största potential att göra skillnad. Nyligen har de, på uppdrag av Livsmedelverket och Folkhälsomyndigheten med utgångspunkt i ett regeringsuppdrag som handlar om att främja goda levnadsvanor, enats om att arbeta gemensamt för ökad frukt- och grönsaks-konsumtion och att guida kunderna till hälso-sammare livsmedelsval genom Nyckelhålet. En gemensam strävan, men det exakta uttaget mot kund håller företagen för sig själva och gör unikt.

Det preventiva hälsoarbetet inom dagligvaruhandeln handlar om att främja goda matvanor. Dietisterna ler vid frågan om hur de ställer sig till att det också säljs godis, chips och läsk i deras butiker.

– Om du visste hur ofta vi får den frågan! Varför slutar ni inte bara sälja chips och godis? Svaret är att våra kunder efterfrågar utrymmesmat. Om ICA skulle sluta sälja det så skulle kunderna köpa det hos våra konkurrenter och skulle vi alla fyra sluta sälja det så skulle försäljningen förflyttas till andra aktörer i vår bransch. Vi löser inte problemet så. I stället vill vi inspirera till de hälsosammare valen, berättar Paula.

– Precis, inga pekpinningar, fyller Anneli i. Vi erbjuder ingen att äta utrymmesmat, för det kan



Jag tycker
det finns en
tydlig men
outtalad
respekt och
gräns för vad
vi delar och
inte med
varandra.

ingå i en i övrigt sund kost och skapa guldkant i livet. Problemet är att många inte får till en hälsosam kost i vardagen, de äter exempelvis för lite frukt och grönt, fisk och fullkorn. Lyckas vi få människor att äta mer av det hälsosamma så äter de kanske mindre av det ohälsosamma.

– Det som de företag vi fyra representerar gemensamt är en stor kraft när det gäller att kommunicera. Vi kan, om vi vill, verkligen påverka människor, säger Mia.

Branschöverskridande samarbeten

Helena berättar vidare att samarbetet gärna får sträcka sig utanför den egna branschen. Alla företagen har egna samarbeten, med alltifrån forskningsvärlden till organisationer. Axfood har nyligen efterträtt ICA som samarbetspartner till Generation Pep, Coop har deltagit i en studie av GIH om hjärnhälsa i skolan medan Lidl stöttar Barncancerfonden, för att nämna en bråkdel av vad de engagerar sig i.

– Det finns något oerhört fruktbart och spännande i branschöverskridande samarbeten. ICA deltar i en forskningsstudie i Region Halland där vår Matkasse testas som en del i nutritionsbehandling av barn med fetma, berättar Paula.

– Verkligen, säger Helena, den försämrade folkhälsan kan inte lösas av bara en del av samhället, som vården exempelvis. Vi behöver se till att det är ett åtagande som ligger på många.

– Vi som har kunskapen, oavsett funktion i samhället, måste hjälpas åt på olika sätt och ibland tillsammans, fortsätter Mia.

De fyra sänder en uppmaning till andra dietister – har ni samarbetsidéer, små som stora, hör av er! Ibland kan det bli något, ibland inte. Då och då hittar man guldkornen som kan verka små, men som blir riktigt bra och som gör stor nytta för få eller många.

Vår timme har passerat, det är dags att skiljas åt. På utvägen gör dietisterna ett medskick, som för att föregå den frågeställning som så ofta kommer: Nej, de är inte köpta, vare sig av Livsmedelverket eller någon annan! Men i företagsvärlden är ekonomiska värden prioriterade, vilket gör att annat ibland behöver nedprioriteras. Men viljan finns att bidra till förbättrad folkhälsa och just därför är dietisterna anställda där. Och det förvånar inte. I en timme har de engagerat pratat om sina frågor och tron på att det går att vända trenden tillsammans. Vi säger hej då och kvar finns känslan av att det finns en enorm kraft i vad vi dietister kan åstadkomma, oavsett var i samhället vi verkar. ✕

Avvikelser inom nutritionsvården

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera en avvikande händelse i vården som har, eller kunde ha lett till en vårdskada. Men kunskapen om vårdskador inom nutritionsområdet är låg, och det saknas en överblick över vilka områden som berörs.

I SYFTE ATT ÖKA kunskapen om de nutritionsrelaterade avvikelsernas innehåll samt belysa möjligheter till förbättringsarbete inom nutritionsvården har Lovisa Selin Lännevall och Sandra Germundsson nyligen skrivit en kandidatuppsats om ämnet vid Uppsala universitet.

För alla vårdprofessioner är det angeläget att veta var nutritionsvården brister, och dietisten bör ha en central roll i förbättringsarbetet kring nutritionsrelaterade avvikelser på sjukhus. I uppsatsen "Nutritionsrelaterade avvikelser på ett universitetssjukhus i Mellansverige" har 92 avvikelserapporter analyserats tematiskt med hjälp av en kvalitativ sekundäranalys.

Totalt identifierades sex teman; utebliven nutritionsrelaterad vård och omsorg, felaktigt genomförande vid tillämpning av nutritionsbehandling, skilda åsikter mellan personalen i nutritionsbehandlingen, faktorer bortom personalens kontroll, bristfällig samordning mellan hälso- och sjukvårdspersonal samt inadekvat ifyllda kost- och vätskeregistreringar.

Inspirerande och lärorikt

Dietistenheten vid Danderyds sjukhus, där Lovisa är nyanställd, välkomnar uppsatsen med öppna armar.

– Den här typen av systematiska arbeten är oerhört viktiga och lärorika för oss som arbetar inom



**Sandra
Germundsson**

Dietist på
Lasarettet i
Landskrona.



**Lovisa Selin
Lännevall**

Dietistenheten
vid Danderyds
sjukhus.



Läs mer

Uppsatsen som
helhet finns
att läsa på:
[ikv.uu.se/
utbildning/
studentuppsatser](http://ikv.uu.se/utbildning/studentuppsatser)



Foto: sudok1 / AdobeStock

→ Bättre rapportering ger säkrare vård.

vården, säger Robin Järnmark, enhetschef vid Dietistenheten. Vi har inspirerats av uppsatsen och tycker det är viktigt att tillvarata den kunskap som studenterna och våra nya kollegor har med sig. Vi planerar nu en likande genomlysning av våra nutritionsrelaterade avvikelser på sjukhuset. Förra året hade vi 76 avvikelser inom Nutritionsområdet på Danderyds sjukhus. Det ska bli intressant att se om de är inom samma teman som i uppsatsen, eller om vi har avvikelser inom andra områden.

En ökad insikt om var avvikan- de händelser sker inom nutritionsvården öppnar möjligheter att driva förbättringsarbeten på dessa punkter. En viktig slutsats från uppsatsen är dock att avvikelserna måste vara komplett skrivna. Hela händelseförloppet, med alla

olika delmoment, måste beskrivas så detaljerat som möjligt, annars är förutsättningarna dåliga för att använda dem som verktyg i ett förbättringsarbete. X

6 identifierade kategorier av nutritionsavvikelser på sjukhus

- Utebliven nutritionsrelaterad vård och omsorg.
- Felaktigt genomförande av nutritionsbehandling.
- Skilda åsikter i nutritionsbehandlingen.
- Faktorer bortom personalens kontroll.
- Bristfällig samordning mellan personal.
- Inadekvat ifyllda kost- och vätskeregistreringar.



STARTA RÄTT

Creon 25 000
rekommenderas vid
brist på matsmält-
ningsenzym^{1,2}



Tillräckliga doser av Creon[®] varje gång patienten äter.

Behandlingsmålen vid exokrin pankreasinsufficiens (EPI) är ett normalt näringsupptag samt ett liv utan besvärliga diarréer och andra symtom.

2 x 25 000 lipasenheter vid huvudmål och **1 x 25 000** vid mellanmål är den startdos som rekommenderas vid brist på matsmältningenszym^{1,2}.

Vid pankreascancer och efter pankreaskirurgi rekommenderas följande:

75 000 lipasenheter till huvudmål och 50 000 lipasenheter till mindre måltid. Behandlingen är individuell och dosen kan behöva titreras.³

Referenser 1. Internetmedicin.se 2. United European Gastroenterology Journal 2017, Vol. 5(2) 153–199 3. Nationellt vårdprogram Bukspottkörtelcancer. Vårdprogrammet är fastställt av RCC i samverkan, 2021-03-11.

Creon[®] (pankreatin) F, OTC. **ATC kod:** A09AA02. **Verksamma beståndsdelar:** pankreasenzymer (amylas, lipas, proteas). **Beredningsform:** enterokapslar. **Indikation:** exokrin pankreasinsufficiens med malabsorption. **Styrkor:** 10 000, 25 000 och 35 000 (motsvarande Ph.Eur.enheter lipas) **Dosering:** Bör anpassas individuellt baserat på graden av maldigestion och mängden fett i måltiden. Den dos som krävs för en måltid varierar från cirka 25 000 till 80 000 Ph. Eur.enheter lipas och hälften av den individuella dosen för mellanmål. **Produktresumé senast uppdaterad:** 2022-12-27 och 2022-12-28. För ytterligare information och priser se www.fass.se. **Marknadsförs av:** Viatris AB. Tel: 08-630 19 00.

"Simplink™ är enklare att använda jämfört med andra bolussystem"

För att få ökad förståelse om patienters erfarenhet av Simplink™ har Nestlé Health Science genomfört en undersökning på sondmatade patienter i Danmark, Sverige och Finland.¹

Med hjälp av Simplink™ kan du **öka pålitligheten** och **självständigheten** vid näringstillförsel för dina patienter, med en lösning som är **smidig** och **enkel** att använda, även utanför hemmet.

Simplink™-tekniken finns för:
Isosource® Mix, Isosource® Protein Fibre, Isosource® Junior Mix och Peptamen® Junior Advance.

KOPPLA IHOP & MATA

96%

TYCKER ATT SIMPLINK™ VAR ENKLARE ATT ANVÄNDA OCH TA MED¹

FÖR BARN & VUXNA



Till hälso- och sjukvårdspersonal

Läs mer på www.nestlehealthscience.se/produkter/simplink eller scanna QR-koden

1. Marknadsundersökning utförd av Nestlé Health Science, på sondmatade patienter i Norden, 2021-2022
Livsmedel för speciella medicinska ändamål. Ska användas under medicinsk övervakning.

→ Det gäller att sprida ut proteinintaget över dagen.



Fråga Experten

Planerat proteinintag

? Hur bör man planera proteinintaget i samband med fysisk aktivitet?

! Idrottarens proteinbehov är generellt högre än normalpopulationens.

Mekanistiska studier har visat att muskelproteinsyntesen i vila och efter träning påverkas i olika utsträckning beroende på när i tid och vilken proteinkälla som konsumerats (1). Senare forskning och granskning av litteratur har visat att tajningen i sig själv verkar ha mindre betydelse för själva tillväxten av fettfri massa och prestation (1, 2). Att nå totalmängden protein per dag (1.2–2.4g/kg) verkar vara av överordnad betydelse.

Den samlade erfarenhet jag har är att proteininnehållet varit lägst i idrottarens frukost och inte sällan för högt vid lunch och middag.

Fokus på innehållet av mängden protein (0,3–0,4g/kg per måltid) utspritt över åtminstone 3–4 måltider, hjälper idrottaren att nå totalmängden och få ett balanserat intag som möjliggör ett så positivt svar på träningseffekten som möjligt.

📎 Se referenslista på sidan 46.

→ PETER STENBERG

? Hur kan dietisten stödja patienter med viktrecidiv efter obesitaskirurgi?

! Tack för din fråga. Patienter som återtagit vikt anklagar ofta sig själva för viktökningen. Därför är det viktigt att prata om känsliga frågor på ett empatiskt och personcentrerat sätt.

Orsakerna till viktrecidiv är komplexa, där genetik och hormonella faktorer kan spela stor roll. Dietisten kan behöva hjälpa patienten rätt i vården och samarbeta med andra vårdgivare. Kanske har patienten drabbats av psykisk ohälsa, ätstörning, beroendeproblematik, eller annat som bidrar till svårigheter med vikt-hantering.

Nutritionbehandlingen behöver alltid individualiseras, centra-

la delar är hälsosamma matvanor, måltidsstruktur och portionsstorlekar. Kolhydratskvalitet och tillräckligt proteinintag kan behöva få extra fokus. Stöd i förändring av matvanor utgår alltid från patientens förutsättningar. Vidare kan tillägg av KBT/ACT eller obesitasläkemedel vara hjälpsamt. Förväntad viktninskning är som i icke-kirurgisk obesitasbehandling.

Som dietist spelar du också en viktig roll i att uppmärksamma att patienten tar sina ordinerade vitamin- och mineraltillskott samt får årliga nutritionsprovkontroller via vårdcentralen.

→ LIISA TOLVANEN

Har du frågor till experterna?
Hör av dig till Maria Masoomi
maria.masoomi@dietisten.net

Om Experterna



Peter Stenberg
Dietist sedan 2007. Master i kostvetenskap, diplomerad idrottsnutritionist av den Internationella Olympiska kommittén.



Liisa Tolvanen
Specialistdietist obesitas vid Överviktscentrum Akademiskt Specialistcentrum. Kognitiv beteendeterapeut, folkhälsovetare, doktorand.



Illustration: Valery / AdobeStock

Kommundietist – ett drömjobb?

SOM ENDA DIETIST inom äldreomsorgen i en stor kommun kan man lätt känna sig som lille David när man försöker få jätten Goliat att förstå vikten av att arbeta förebyggande mot undernäring. Men med ett rejält mått envishet och stöd från rätt håll, är det faktiskt möjligt även för en kommundietist att få gehör för sina hjärtefrågor till slut.

I ärlighetens namn var starten på min kommundietistresa i Södertälje 2017 ganska motig. Den började med att jag entusiastiskt gick in i min nya roll med en massa idéer och höga ambitioner, och visste precis vad jag ville åstadkomma. Mitt uppdrag var otydligt, så i brist på vägledning satte jag istället full fart efter eget huvud.

Jag skrev rutiner för glatta livet, bjöd in till utbildningar och försökte inleda samarbeten med bland annat kommunens kostenheter och biståndshandläggare. Jag jobbade på så jag blev blå – men inget hände. Ingen var intresserad av rutinerna jag skrev, och på mina utbildningar var det ofta bara ett fåtal som dök upp. Kostchefen ville visserligen gärna samarbeta, men det fanns varken tid eller resurser. Samma sak var det med bi-

”
Jag undrade varför jag som jobbade så hårt och ville så mycket inte kom någon vart.



Kom ihåg!
Åsikter som uttrycks i krönikan är krönikörens egna.

ståndshandläggarna. Just då kändes det hopplöst. Jag undrade varför jag som jobbade så hårt och ville så mycket inte kom någon vart.

Nu sex år senare förstår jag precis vad det var som saknades och varför ingen lyssnade på mig. Motståndet och svårigheterna jag mötte i början berodde på att det jag försökte åstadkomma inte var förankrat. Jag hade inte fått i uppdrag av någon att göra det jag gjorde, och då fanns det heller ingen som följde upp och rapporterade mina resultat vidare uppåt i organisationen.

Men, efter några år av stampande på samma ställe, hände plötsligt något. Politikerna i Södertälje beslutade att mat och måltider inom äldreomsorgen skulle vara en prioriterad fråga. Man hade insett vikten av en fungerande måltidskedja och att arbeta förebyggande mot undernäring. Statsbidrag rullade in och ett mat- och måltidsprojekt drogs igång med en duktig projektledare i spetsen. Tillsammans drev vi projektet i tre år – hon med sin långa erfarenhet av kvalitetsutveckling och förändringsprocesser och jag med min nutritionskompetens.

Projektet blev framgångsrikt och vad som gjorde det möjligt var att projektledaren rapporterade direkt till nyckelpersoner och beslutsfattare i kommunen. Det är först när de är med på tåget som verklig förändring kan ske. Det är min viktigaste lärdom under mina sex år som kommundietist.

Så till dig som vill börja arbeta som kommundietist är mitt bästa råd att se till att allt du gör är väl förankrat uppåt i organisationen. Bara då kan ditt arbete få den effekt och uppmärksamhet som det förtjänar. ✕

Referenser

Kostens sammansättning, övertikt och risk för T1D

Sid 8

1. Elding Larsson H, Vehik K, Haller MJ, Liu X, Akolkar B, Hagopian W, et al. Growth and Risk for Islet Autoimmunity and Progression to Type 1 Diabetes in Early Childhood: The Environmental Determinants of Diabetes in the Young Study. *Diabetes*. 2016;65(7):1988-95.
2. Liu X, Vehik K, Huang Y, Elding Larsson H, Toppari J, Ziegler AG, et al. Distinct Growth Phases in Early Life Associated With the Risk of Type 1 Diabetes: The TEDDY Study. *Diabetes care*. 2020;43(3):556-62.
3. Verbeeten KC, Elks CE, Daneman D, Ong KK. Association between childhood obesity and subsequent Type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2011;28(1):10-8.
4. Nucci AM, Virtanen SM, Cuthbertson D, Ludvigsson J, Einberg U, Huot C, et al. Growth and development of islet autoimmunity and type 1 diabetes in children genetically at risk. *Diabetologia*. 2021;64(4):826-35.
5. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res*. 2013;57.

Mixad mat i gastrostomi

Sid 10

1. Bobo E. Reemergence of blenderized tube feedings: exploring the evidence. *Nutr Clin Pract*, vol 31, no 6, Dec 2016 730-735.
2. Trollip A. Parental perspective on blenderized tube feeds for children requiring supplemental nutrition. *Nutr Clin Pract* 2019 jul 7.
3. Batsis ID. Efficacy and tolerance of blended diets in children receiving gastrostomy feeds. *Nutr Clin Pract* 2019; 00:1-7.
4. Philips G. Patient and carer experience of blended diet via gastrostomy: a qualitative study. *J Hum Nutr and Diet* 2019; 32, 391-399.
5. Coad J. Blended foods for tube-fed children: a safe and realistic option? A rapid review of the evidence. *Arch Dis Child* 2017; 102:274-278.
6. Breaks A. Blended diets for gastrostomy fed children and young people: a scoping review. *J Hum Nutr Diet* 31, 634-646.
7. Johnson TW. Survey study assessing attitudes and experience of pediatric registered dietitians regarding blended food by gastrostomy. *Nutr Clin Pract*. 2015;30:402-405.
8. Armstrong J. Dietitians perceptions and

experience of blenderized feeds for paediatric tube-feeding. *Arch Dis Child* 2017;102:152-156.

9. Kariya C. Blenderized tube feeding: a survey of dietitians perspectives, education, and perceived competence. *Can J Diet Pract Res* 2019 Dec 1;80(4):190-194.
10. Petiuk S. Pureed by gastrostomy tube diet improves gagging and retching in children with fundoplication. *J Parenter Enteral Nutr* 2011;35:375-379.
11. Jhonson TW. Reemergence of blended tube feeding and parent's reported experiences in their tube fed children. *J Altern Complement Med* 2018 Apr; 24(4):369-373.
12. Gallhager K. Blenderized enteral nutrition diet study: feasibility, clinical outcome and microbiome outcomes of providing blenderized feeds through a gastric tube in a medically complex pediatric population. *J Parenter Enteral Nutr* 2018;42:1046-1060.
13. Hron B. Health outcomes and quality of life indices of children receiving blenderized feeds via enteral tube. *J of Paediatrics* May 2019.
14. McClanahan D. Pilot study of the effect of plant-based enteral nutrition on the gut microbiota in chronically ill tube-fed children. *J Parenter Enteral Nutr*, vol 43, iss 7.
15. Johnson TW. Comparison of microbial growth between commercial formula and blenderized food for tube feeding. *Nutr Clin Pract*. 2019 Apr;34(2):257-263.
16. Weeks C. Home blenderized tube feeding: a practical guide for clinical practice. *Clin and trans gastro* Feb 2019; 10.

Barnobesitas: Dags att kavla upp ärmarna

Sid 14

1. Miregård, J, Nowicka, P, Nylander, C. National data showed an increased prevalence of overweight and obesity among four-year-old Swedish children during the first year of COVID-19. *Acta Paediatr*. 2023; 00: 1–6.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022 [cited 2022 Nov 11]. x, 206 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>
3. Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 May;10(5):351–65.
4. Kirk S, Ogata B, Wichert E, Handu D, Rozga M. Treatment of Pediatric Overweight and Obesity: Position of the Academy of Nutrition and Dietetics Based on an Umbrella

Review of Systematic Reviews. *J Acad Nutr Diet*. 2022 Apr;122(4):848–61.

5. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet Lond Engl*. 2011 Aug 27;378(9793):804–14.
6. Brown T, Moore TH, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 12];(7). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub4/full>
7. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity-Long-term consequences and effect of weight loss. *J Intern Med*. 2022 Dec;292(6):870–91.
8. Hoelscher DM, Brann LS, O'Brien S, Handu D, Rozga M. Prevention of Pediatric Overweight and Obesity: Position of the Academy of Nutrition and Dietetics Based on an Umbrella Review of Systematic Reviews. *J Acad Nutr Diet*. 2022 Feb;122(2):410-423.e6.
9. Tully L, Arthurs N, Wyse C, Browne S, Case L, McCrea L, et al. Guidelines for treating child and adolescent obesity: A systematic review. *Front Nutr*. 2022;9:902865.
10. Duncanson K, Shrewsbury V, Burrows T, Chai LK, Ashton L, Taylor R, et al. Impact of weight management nutrition interventions on dietary outcomes in children and adolescents with overweight or obesity: a systematic review with meta-analysis. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc*. 2021 Feb;34(1):147–77.
11. Janson A, Järholm K, Sjögren L, Dahlgren J, Beamish AJ, Gronowitz E, et al. Metabolic and Bariatric Surgery in adolescents - for whom, when, and how? *Horm Res Paediatr*. 2022 Mar 9;

Relativ energibrist och ätstörningar inom idrott

Sid 28

1. Melin A, Heikura I, Tenforde A, Mountjoy M. Energy Availability in Athletics: Health, Performance and Physique. *Intern J Sport Nutr Exerc Metab.*, 2019, 29, 152-164.
2. Logue M, Sharon M, Melin A, Delahunt E, Heinen M, Mc Donnell S-J, Corish CA. Low Energy Availability in Athletes 2020: An Updated Narrative Review of Prevalence, Risk, Within-Day Energy Balance, Knowledge, and Impact on Sports Performance. *Nutrients*. 2020 Mar 20;12(3):835. doi: 10.3390/nu12030835.
3. Mountjoy, M., Sundgot-Borgen, J.K., Burke, L.M., Ackerman, K.E., Blauwet, C., Constantin, N., ... & Budgett, R. (2018). IOC consensus statement on relative energy →

Referenser

- deficiency in sport (RED-S): 2018 update. *Br J Sports Med.*, 52(11), 687–697.
- Burke LM, Lundy B, Fahrenholtz I, Melin A. Pitfalls of Conducting and Interpreting Estimates of Energy Availability in Free-Living Athletes. *Intern J Sport Nutr Exerc Metab.*, 2018, 28, 350-363.
 - Melin A, Tornberg ÅB, Skouby S. et al. Low-energy density and high fiber intake are dietary concerns in female endurance athletes. *Scand J Med Sci Sports.* 2015. doi: 10.1111/sms.12516.
 - Melin A, Tornberg ÅB, Skouby S. et al. Energy availability and the female athlete triad in elite endurance athletes. *Scand J Med Sci Sports.* 2014; 25:610-622.

Finns proteinbristsjukdomar?

Sid 32

- Carpenter KJ. Protein and energy: a study of changing ideas in nutrition. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1994.
- NNR2022 – Public consultation – January 2023. https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nordic-nutrition-recommendations-2022-nnr2022?utm_source=abonnement&utm_medium=epost&utm_campaign=horing. (citerad 2023-03-16).
- Johansson U, Stubbendorff A, Blücher A, Mattisson I, Sonestedt E. Näring och hälsa. Studentlitteratur AB, Lund. 2020.
- Scrinis G. Nutritionism: The science and politics of dietary advice. New York, USA: Columbia University Press; 2013.
- Campbell TC, Thomas M. Campbell TM. Kinastudien: den mest omfattande näringsstudien någonsin med uppseendeväckande resultat för viktnedgång och långsiktig hälsa. Soulfoods Publishing. Järna. 2015.
- Institute of Medicine (US) Committee on Military Nutrition Research. The Role of Protein and Amino Acids in Sustaining and Enhancing Performance. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. 1. Committee Overview. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224619/>.
- Waterlow JC, Payne PR. The protein gap. *Nature* 1975;258:113-117.
- Williams CD, Oxon BM, Lond H. Kwashiorkor: a nutritional disease of children associated with a maize diet. (From the *Lancet*, Nov. 16, 1935, p. 1151-1935). *Bull World Health Organ.* 2003;81(12):912-3.
- McLaren DS. A fresh look at protein-calorie malnutrition. *Lancet.* 1966;2(7461):485-8.
- McLaren DS. Energy-protein malnutrition. *Lancet.* 1973;1(7810):994.
- McLaren DS. The great protein fiasco. *Lancet.* 1974;2(7872):93-6.
- McLaren DS. The great protein fiasco revisited. *Nutrition.* 2000;16(6):464-5.
- Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet* 2019;393(10191):2636-46
- Santilli V, Bernetti A, Mangone M, Papoloni M. Clinical definition of sarcopenia. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2014;11(3):177-80
- Vikberg S. et al. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;20:28-34.
- Cederholm T. Muskler, mat och träning under åldrandet. *Nordisk Nutrition* 2009(2):21-23.
- Zhong VW, Allen NB, Greenland P, et al. Protein foods from animal sources, incident cardiovascular disease and all-cause mortality: a substitution analysis. *Int J Epidemiol.* 2021;50(1):223-233.
- Huang J, Liao LM, Weinstein SJ, Sinha

R, Graubard BI, Albanes D. Association Between Plant and Animal Protein Intake and Overall and Cause-Specific Mortality. *JAMA Intern Med.* 2020;180(9):1173-1184.

- Song M, Fung TT, Hu FB, Willett WC, Longo VD, Chan AT, Giovannucci EL. Association of Animal and Plant Protein Intake With All-Cause and Cause-Specific Mortality. *J Am Med Assoc Intern Med.* 2016;176(10):1453-1463.
- Chen Z, Glisic M, Song M, Aliahmad HA, Zhang X, Mounjdjian AC, Gonzalez-Jaramillo V, van der Schaft N, Brammer WM, Ikram MA, Voortman T. Dietary protein intake and all-cause and cause-specific mortality: results from the Rotterdam Study and a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(5):411-429.
- Qi XX, Shen P. Associations of dietary protein intake with all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2020;30(7):1094-1105.

Fråga Experten

Sid 43

- Witard, O. C., Bannock, L., & Tipton, K. D. (2022). Making Sense of Muscle Protein Synthesis: A Focus on Muscle Growth During Resistance Training. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 32(1), 49-61
- Schoenfeld, B.J., Aragon, A.A. & Krieger, J.W. The effect of protein timing on muscle strength and hypertrophy: a meta-analysis. *J Int Soc Sports Nutr* 10, 53 (2013). <https://doi.org/10.1186/1550-2783-10-53>

Prova på en prenumeration!

Visste du att du kan kostnadsfritt

PROVA-PÅ en prenumeration om du är:

Dietist, nutritionist/näringsfysiolog, nutritionssjuksköterska, logoped, kostekonom/kostchef, läkare, forskare, skribent (vetenskaplig/populär-vetenskaplig) eller student.

Prenumerera på: dietisten.net/prenumerera



The logo for Semper, featuring the word "Semper" in a white, serif font inside a red oval.

NUTRITION

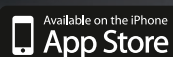
FORSKNING & UTVECKLING I SAMRÅD MED BARNLÄKARE

STEP-METODEN - EN SMAKRESA MOT HÅLSOSAMMA MATVANOR OCH EN MER HÅLLBAR MILJÖ

Du vet väl om att Semper har utvecklat STEP, en metod som fungerar som ett praktiskt stöd vid introduktionen av små smakprov* som på sikt kan leda till mer hälsosamma och hållbara matvanor?

STEP-metoden är baserad på OTIS**-studien och ger praktisk och pedagogisk vägledning i hur man som förälder systematiskt introducerar hemlagade puréer av grönsaker, rotfrukter, frukt och bär, med en variation av lite mer syrliga och bittra smaker, under en 24-dagarsperiod^{1,2}. Allt i form av en användarvänlig app.

Förutom att guida föräldrarna genom de olika stegen, innehåller appen enkla tips och recept samt gör det lättare att följa barnets framsteg under den viktiga smakresan. Semper STEP är helt kostnadsfri och finns att ladda ner på Google Play eller App Store.



* Helmjölk rekommenderas under barnets första 6 månader och Semper stödjer rekommendationen. Under introduktionen av små smakprov rekommenderas därför fortsatt amning eller, om barnet inte ammas, modersmjölksersättning, precis som vanligt.

** OTIS (optimerad tilläggskoststudie)

1. Johansson U, et al. Acceptance of a Nordic, Protein-Reduced Diet for Young Children during Complementary Feeding—A Randomized Controlled Trial. *Foods* 2021, 10, 275. <https://doi.org/10.3390/foods10020275>.

2. Johansson U, et al. Protein-Reduced Complementary Foods Based on Nordic Ingredients Combined with Systematic Introduction of Taste Portions Increase Intake of Fruits and Vegetables in 9 Month Old Infants: A Randomised Controlled Trial. *Nutrients* 2019, 11,1255; doi:10.3390/nu11061255.

Läs mer på WWW.SEMPER.SE/NUTRITION
Om du har frågor, kontakta våra dietister på dietist@semper.se



POSTTIDNING B

Returadress:
Dietisten
Bellmansgatan 8
SE-118 20 Stockholm

TRÄFFAR DU BARN MED CELIAKI?

Du vet väl att du kan beställa gratis informationsmaterial från Svenska Celiakiförbundet.

Läs mer och beställ på:

www.celiaki.se

Bli gratismottagare av tidningen Celiaki-Forum och beställ våra informationsfoldrar. →



SVENSKA
CELIAKIFÖRBUNDET

www.celiaki.se

