
Sygeplejerske & Diætist sessionen Årsmøde 2010 – Auditorium 2

13:30-13:35 Sessionens program

Anne Marie Beck

13:35-13:50 Effekten af n-3 fedtsyrer på lungefunktion og medicinforbrug hos eliteidrætsudøvere med astma *Birthe Stenbæk Hansen*

13:50-14:05 Low Energy Diet (LED) versus Very Low Energy Diet (VLED) in Obese Patients with Knee Osteoarthritis: A Pragmatic Randomized Controlled Trial *Pia Christensen*

14:05-14:20 Supply of food for outpatients during chemo-radiotherapy for cancer

Rikke Baggersgaard og Lisette Rasmussen

14:20-14:35 Systematisk model for ernæringscreening, erfaringer fra projekt i Faaborg-Midtfyn Kommune

Berit Knold

14:35-14:50 Projekt: Underernæring blandt borgere på plejecentre

Mette Merlin Husted

14:50-15:05 Increasing Knowledge about Nutritional Screening of Hospitalised Patients – using an e-learning course.

Anne Mette Kristiansen

15:05-15:20 Monitorering af kostindtag hos indlagte patienter – en validering af et patientadministreret kostregistreringsskema

Lise Munk Plum

15:20-15:30 Opsamling og afslutning

Anne Marie Beck

Årsmødet er sponsoreret af:

Fresenius Kabi

Nutricia

Nestlé

Baxter

Abstract

Effekten af n-3 fedtsyrer på lungefunktion og medicinforbrug hos eliteidrætsudøvere med astma

Birthe Stenbæk Hansen & Anna Ottsen.

Vibeke Backer & Lars Pedersen, Lungemedicinsk Forskningsenhed, BBH.

Lotte Lauritzen & Jens Rikardt Andersen, Inst Human Ernæring, Kbh Universitet.

Team Danmark.

Kontakt :stenbaek.hansen@mail.tele.dk

Baggrund: Forekomsten af astma er høj, især blandt idrætsudøvere. Astma medfører bronkial inflammation, som behandles med medicin, der på sigt kan give bivirkninger. n-3 LCPUFA i fiskeolie (FO) har antiinflammatorisk effekt, og nogle få studier har vist klinisk effekt af FO i form af forbedret lungefunktion og reduceret brug af astmamedicin.

Formål: Formålet med dette projekt er at undersøge, i hvilket omfang FO kan forbedre lungefunktion, reducere medicinforbrug og bronkial inflammation hos én velkarakteriseret forsøgspopulation af eliteidrætsudøvere med astma.

Metode: Undersøgelsen er en randomiseret, dobbelt-blindet klinisk undersøgelse. Forsøgsdeltagerne blev rekrutteret blandt eliteidrætsudøvere på Team Danmark liste over støttede atleter med et medicincertifikat på astmamedicin fra Anti Doping Danmark. Ud fra om de anvendte inhalationscorticosteroider eller ej, blev forsøgsdeltagerne parvist randomiseret til enten fiskeoliekapsler (FO) (2 g EPA og 1,3 g DHA) eller sojaoliekapsler (SO) i 8 uger. Lungefunktion, målt ved anstrengelsesudløst ændring i FEV1, brug af astmamedicin samt graden af bronkial inflammation målt ved induceret sputum og nitrogenoxid i udåndingsluften blev undersøgt før og efter intervention.

Resultater: 10 atleter i alderen 15-46 år med en positiv mannitoltest har indtil nu gennemført projektet. Randomiseringskoden er endnu ikke brudt, og antallet af forsøgsdeltagere er på nuværende tidspunkt for lille til at opnå signifikante resultater. Der er dog en tendens til et reduceret anstrengelsesudløst fald i lungefunktion, et reduceret forbrug af astmamedicin og en hæmmet bronkial inflammation i den ene gruppe.

Konklusion: Der er ikke nogen overbevisende effekt af FO, men de foreløbige resultater går i samme retning som tidligere studier og det bliver interessant at se, om de observerede tendenser bliver signifikante.

Low Energy Diet (LED) versus Very Low Energy Diet (VLED) in Obese Patients with Knee Osteoarthritis: A Pragmatic Randomized Controlled Trial

Christensen, P¹, Bliddal, H¹, Riecke, BF¹, Leeds, AR^{2,3}, Astrup, A³, Christensen, R¹

1 The Parker Institute, Frederiksberg Hospital, Denmark, 2 University of Surrey and North London, England

3 University of Copenhagen, Frederiksberg, Denmark

Correspondence: robin.christensen@frh.regionh.dk telephone

+45 3816 4165, telefax: +45 3816 4159.

Background: In about half of the patients with knee osteoarthritis (KOA), obesity co-exists, and the combination leads to severe loss of function. Evidence from meta-analyses show that obese individuals with knee osteoarthritis (OA) will experience a clinically significant improvement following weight loss of more than 5% when achieved within a 20-week period [1].

Objectives: Our objective was to compare the weight reducing properties of Very Low Energy Diet (VLED) with Low Energy Diet (LED) at 8 weeks and 16 weeks in obese, patients with KOA.

Methods: This is a prospective, pragmatic randomized controlled trial [2]. Inclusion criteria: Obesity (BMI>30); over 50 years of age, with primary knee OA. Exclusion criteria: Previous or planned total knee alloplasty of the target joint; arthroscopy or injections into a knee within 3 months, weight reducing drugs; severe medical illness; lack of motivation to lose weight. Patients were included in strata of 24, resulting in 3 subgroups of 8. They were randomized via minimization with allocation concealment to: either 8 weeks on an all-provided 'VLED' (420–554 kcal/day) or 8 weeks on a 'LED' (810 kcal/day) both formula Cambridge diets. The second phase of the study consisted of 8 weeks fixed energy diet program with normal food, using 1,200 kcal including 2 Cambridge Diet products a day. Patients received the same nutritional education by a dietitian at the weekly meetings lasting 1½ to 2 hours. The primary outcome was bodyweight. Statistical analyses were based on two-sample t-test.

Results: 192 patients (155 women) were randomized: All analyses were based on this intention-to-treat population (N-VLED = 96 and N-LED = 96). The mean age of the study population was 63 years (SD: 6). Mean weight at baseline was 103.2 kg (SD: 15.0), BMI 37.3 (SD: 4.8), and waist circumference 111.4 cm (SD: 11.0). Attrition rates were equal 10 (10%) and 7 (7%) to follow-up in VLED and LED groups respectively (P=0.61). After the first 8 weeks the VLED group had lost on average 11.4 kg (SE: 0.5) vs. the LED group 10.7 kg (SE: 0.5) with a non-significant group mean difference (MD) of 0.76 kg (95%CI: -0.59 to 2.10; P=0.27). At week 16 the VLED group had lost a mean of 13.3 kg (SE: 0.7) vs. 12.2 kg (SE: 0.6) in the LED group with a MD being 1.08 kg (95%CI: 0.67 to 2.81; P=0.22). Waist circumference was reduced 10.6 cm (SE: 0.6) and 9.9 cm (SE: 0.6) in VLED and LED groups, respectively; with a MD of 0.68 cm (95%CI: -0.93 to 2.28; P=0.41). The proportion of responders (i.e. patients losing >10%), was exactly the same in both groups (71 patients; 74%). The most significant adverse events reported in VLED and LED were bad breath (probably due to ketosis: 34[35%] and 21[22%], respectively), intolerance to cold (39[41%] and 17[18%]), and sleeplessness (11 [11%] and 6 [6%]).

Conclusions: VLED and LED Cambridge regimens were equally successful in inducing a significant weight loss (>10% of the initial body weight). Both VLED and LED may successfully be used for inducing weight loss in patients with combined obesity and OA.

Acknowledgements: This study was supported by The Oak Foundation, The Velux Foundation, The Cambridge Health and Weight plan UK, The Danish Rheumatism Association, The Augustinus Foundation and the 'Aase og Ejnar Danielsens fond'.

References:

[1] Christensen et al. *Ann Rheum Dis.* 2007; 66(4):433-9.

[2] [ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00655941.](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00655941)

Supply of food for outpatients during chemo-radiotherapy for cancer

L. Rasmussen 1, 2, R. Baggersgaard 1, 2, B. Ipsen 1, J. R. Andersen 1, 3,*

1Nutrition unit 5711, 2Clinic for Oncology 3991, RIGSHOSPITALET, Copenhagen OE, 3Dept Human Nutrition, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Rationale: It is well documented, that cancer patients have many nutritional problems, and they have increased problems during radiotherapy. The intake of food is insufficient in most patients, and the outpatient clinics are trying to cope with this problem in different ways. One component of the problem is the supply of food others are appetite and compliance. We wanted to investigate if an extended supply of food during chemo-radiotherapy had any effects on the patient's intake and nutritional status.

Methods: Data were collected in 2009 in two different periods of time with different supply of food. The supply was extended with hot meals (soups) and deserts during the months of January-March (period 1), and a control sampling was performed in October (period 2).

Patient's intake was noted by the staff on standardized forms during their stay in the clinic, and compared to the calculated needs and the course of their bodyweight. Patients from both time periods were randomly selected.

Results: Nutritional intake was significantly larger in the period with the extended supply, but weight loss was not statistically significant in the two periods. Weight loss varied significantly between cancer types. The preferred types of foods were markedly affected by the supply.

Period 1 = extended food supply, period 2 = regular food supply % of estimated needs

		Period 1	Period 2	p
Energy intake %	Mean (SD)	51 (18.1)	34 (15.0)	=0.001
Protein intake %	Mean (SD)	36 (14.4)	29 (13.1)	=0.07

Conclusion: The supply of food does affect the patient's intake, both of energy and types of food ingested. The lack of effect on the weight loss might be caused by the sampling method, as cancer types varied in the sampling periods.

Disclosure of Interest: None Declared

Systematisk model for ernæringscreening, erfaringer fra projekt i Faaborg-Midtfyn Kommune

Klinisk diætist Berit Knold

Indledning: Faaborg-Midtfyn kommune (FMK) afsluttede i 2009 et 2-årigt projekt med fokus på at udvikle en systematisk metode til at arbejde med ernæringscreening i forhold til de ældre borgere (+ 65 år), som kommunen på forskellige områder er i kontakt med og som således på forskellig vis i forvejen modtager kommunale ydelser. Formålet med projektet var at ernæringscreeningen skulle være med til at støtte den ældre borgeres muligheder for at få tilstrækkelig energi til at opbygge og vedligeholde daglige funktioner og behov. Formålet var endvidere at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser, hvor underernæring er en medvirkende årsag.

Metoder: Ernæringscreeningen foretages af den medarbejder som møder borgeren først, dvs. det drejer sig om medarbejder som visitator, hjemmesygeplejerske og ældrekonsulenter (dvs. de forebyggende hjemmebesøg til +75 årige).

Alle andre personalegrupper der kommer i kontakt med kommunens ældre har ansvar for øget fokus på de ældres ernæringstilstand og til at rapportere observerede ændringer videre til nærmeste leder.

Med den øgede fokus på ældre med ernæringsmæssige problemer har der også været et generelt behov for at øge de ernæringsfaglige kompetencer hos det relevante personale tværsektionelt i organisationen således at ernæringscreeningen foregår på baggrund af fælles retningslinjer.

Som en del af indsatsen får de ældre information om kost og bevægelse. Informationsmaterialet er delt op i tre kategorier, information og gode råd til normalvægtige, overvægtige og undervægtige.

Projektet er evalueret såvel internt med statistiske opgørelser fra data i Rambøll Care og spørgeskemaundersøgelse som ekstern ved Niras konsulenterne for Servicestyrelsen. Evalueringen har kun haft fokus på borgere som bor i eget hjem. Plejecentrene blev først ultimo 2009 undervist og er i opstartsfasen og som følge heraf ikke med i evalueringen.

Resultater: I FMK er der fra 1/8 2008 til 31/8 2009 foretaget knap 1100 screeninger. 88 % af screeningerne har ældrekonsulenterne stået for, den resterende del er foretaget af visitatorer og hjemmesygeplejersker.

FMK har ved screeningerne fundet såvel under- som overvægtige borgere men der er også fundet mange borgere i god ernæringstilstand. De raske borgere har fået redskaber, som kan øge deres fokus på hvordan de forsat holder sig sunde og raske både i forhold til madens som den fysiske aktivitets betydning og ved opfølgende besøg hos borgeren ses at rigtig mange borgere har øget fokus og iværksat positive tiltag i forhold til deres ernæring.

Hos borgere i dårlig ernæringstilstand er iværksat tiltag som fx: styrket og inddraget borgerens netværk, bestilt ældrekost, visiteret støtte til hoved eller mellemmåltider, kontakt til diætist

Overordnet tror personalet i FMK på, at projektet kan leve op til sine delmål både mht. målet om at ernæringscreeningen støtter den ældres muligheder for at få tilstrækkelig energi til at opbygge og vedligeholde daglige funktioner og behov men også i forhold til delmålet om at ernæringscreeningen kan hjælpe til at forebygge indlæggelser af underernærede ældre.

Derimod har indtastningen af data i Rambøll Care ikke fungeret optimal. Kun ældrekonsulenterne har systematisk indtastet data, hvilket ikke er sket for sygeplejerskerne og visitatorerne. Årsagerne er mange fx uhensigtsmæssig placering i Rambøll Care, ikke identiske skemaer. Forhold der er blevet ændret under projektet.

I spørgeskemaundersøgelsen blev manglende tid angivet som primær årsag til at medarbejderen somme tider ikke foretog såvel en screening som ikke fik indtastet data i Rambøll Care fra de screeninger de udførte. Af andre årsager nævnes fx: at skemaerne som skulle bruges var for kompliceret eller at den enkle medarbejder manglede viden om processen.

I spørgeskemaundersøgelsen blev spurgt til ejerskab for arbejdsopgaven i form af hvem de enkle personalegrupper mener, skal foretage screeninger. Der tegnede sig et billede af at alle synes det er en opgave ældrekonsulenterne skal foretage, men så godt som ingen af visitatorerne mener opgaven skal være en del af deres arbejde og hos sygeplejerskerne er det kun knap halvdelen som mener det er en opgave de skal varetage.

Ud fra spørgeskemaundersøgelsen fremgår også at kommunikationen med sygehuset i forhold til ernæring ikke er optimal.

Hvordan ser det ud med ernæringscreeningen i fremtiden i FMK?: FMK har valgt at fastholde fokus på systematisk ernæringscreening af ældre / syge i 2010. Målgruppen er dog afgrænses og der iværksættes bl.a. forskellige tiltag som skal øge viden og erfaringer samt ikke mindst ejerskabet for processen hos de involverede medarbejdergrupper.

Yderlig information om evalueringen af projektet på kommunens hjemmeside.

Hele evalueringsrapporten, nyhedsbrev som er udsendt til medarbejderne samt pjecer som er anvendt i projektet findes på kommunens hjemmeside www.faaborgmidtfyn.dk

Projekt: Underernæring blandt borgere på plejecentre (Titel: Lev og Bo med Omtanke)

Klinisk diætist Mette Merlin Husted

Formål: At forebygge fejl- og underernæring hos borgere på plejecentre i Middelfart kommune.

Metoder: Ved hjælp af en klinisk diætist at give køkken- og plejepersonale i hele Middelfart kommune flere kompetencer i forhold til at håndtere optimal ernæring og speciel diæter til borgere på kommunens plejecentre.

Gennemarbejde procedurer for ernæring og madtilberedning i levebo-enhederne (Plejecenter Rudbækshøj) sammen med en ernæringsassistent.

Udarbejde screeningsmateriale m.m. til brug for systematisk ernæringscreening af alle på kommunens plejecentre.

Give praktiserende læger i kommunen mulighed for at henvise til kommunens kliniske diætist.

Lave MNA (Mini Nutritional Assessment) undersøgelse af beboere på Rudbækshøj Plejecenter før og efter projektet.

Resultater: Alt personale har modtaget 1 dags undervisning i ernæring og de nye screeningsmetoder.

Alle borgere, som bor på plejecentre i Middelfart er ernæringscreenet i løbet af projektet, desuden har alle fået udleveret materiale om ernæring. 24,5 % af borgerne på plejecentrene i kommunen var i dårlig eller i risiko for dårlig ernæringstilstand (målt forår 2009 med det nyudviklede ernæringsscreeningsværktøj).

De praktiserende læger i kommunen har gennemsnitligt henvist 1 borger pr. uge til diætetisk behandling hos den kliniske diætist.

MNA-måling er gennemført på 20 beboere. Deres BMI er samlet blevet højere og flere af de ældre samt personalet har fået fokus på ernæring gennem projektet. Der er færre ældre med sår og de ældre får nu mere proteinholdige fødevarer, samt flere måltider.

Mere information: Aut. Klinisk Diætist Mette Merlin Husted, 8888 4653, Middelfart kommune, mette.merlin.husted@middelfart.dk

eller

<http://aelde.middelfart.dk/Mad%20til%20aelde/Underernaerede%20Aeldre.aspx>

Increasing Knowledge about Nutritional Screening of Hospitalised Patients

- using an e-learning course

Anne Mette Kristiansen¹ RN, Jette L.T. Fabricius² dietician and Ingrid Søndergaard³ RN,

1. *Department of Cardiology, Aarhus University Hospital, Skejby*

2. *Department of Renal Medicine, Aarhus University Hospital, Skejby*

3. *Department of Urology, Aarhus University Hospital, Skejby*

Background

Undernourishment is a well-known phenomenon among hospitalised patients [1]. The Danish National Board of Health recommends nutritional screening within the first 24 hours of hospitalisation. From studies and clinical practice we know that not all patients are screened due to lack of priority, interest and knowledge [2, 3, 4]. The consequences are prolonged length of stay in hospital, low quality of life, and depression [5]. There is evidence supporting use of nutritional support in hospitals [6]. The objective of this study was to develop an e-learning tool to increase knowledge about how and why hospitalised patients are screened. Moreover, to integrate nutritional strategy in the treatment plan of patients and in this way support the clinical wards in the implementation of accredited standards.

Methods

In the spring of 2008 a working group was appointed and in February 2010 the course was released. The e-learning course consists of 13 multiple choice questions based on guidelines from the Danish National Board of Health [5], with 4 possible answers. Only 1 answer is correct. These questions will be repeated twice. However, if a learner's answer to a question is incorrect the question will occur randomly among the following questions three times. The course is passed when all questions are answered correctly. Pilot tests have shown it takes about 10 minutes for the average learner to complete the course. If the learner answers incorrectly, the right answer is given in the text box. In this way the learner is provided with new and more detailed information. The course contains a help button, drawings, pictures, a case etc. to support different learning styles. The theoretical angle on learning by Illeris has inspired us throughout the process [7].

Perspective

This course is a part of the nutrition curriculum for clinical education and a part of individual competence development at our hospital. Department managers have appointed the staff members among doctors, dieticians, nurses, social and healthcare assistants to complete this course. The course is intended to run every 1½ years and a diploma is issued upon completion. The future intention is to measure if the course has created more focus on nutritional screening.

1. Henrik Højgaard Rasmussen, J. Kondrup mfl.; "Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals", *Clin Nutr*, Volume 23, Issue 5, Oct. 2004, Pages 1009-1015 **2.** http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Ernaering/BMTS_faellesrapport.pdf **3.** Karen Lindorff-Larsen mfl. "Management and Perception of hospital undernutrition – a positive change among Danish doctors and nurses. *Clin Nutr*, Volume 26, Issue 3 June 2007, Page 371 – 378. **4.** http://www.sst.dk/publ/publ2005/CEMTV/ernaeringspleje/ernaeringspleje_samftng_net.pdf **5.** Anonymous, Guidelines for doctors, nurses, social and health assistant, nursing aids and clinical dieticians, Copenhagen: Danish National Board of Health, 2003. **6.** Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford. CABI Publishing; 2003 **7.** Knud Illeris, "Learning", Roskilde University Press, 2nd revised edition 2nd issue, 2007.

The challenge of monitoring food intake. Validation of a patient managed dietary record

Lise munk Plum¹RN, MCN, Lisbeth Sølvér² RN, Cand cur, Ulla Mosegaard Jakobsen¹ dietitian, Tine Melander² dietitian. ¹ Surgical Gastroenterology Unit, Rigshospitalet part of Copenhagen University ² Surgical Gastroenterology Unit, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark

Rationale:

Short-stay surgical patients in hospital need insight into how much they must eat after operation. The aim was to validate a patient managed method to monitor dietary intake based on their everyday eating experience.

Methods:

105 surgical patients admitted to 2 Danish hospitals were asked to record 1-day dietary intake on a pictorial form¹(PF). Meal size was compared to usual food intake; snacks and drinks were recorded as served. Project nurses converted the PF to quartiles of estimated needs² using an assessment guide. A 24-hour dietary recall (24HR) was also put in quartiles of estimated needs by a dietitian. Consistency between dietary intake by PF and 24HR was tested by kappa-coefficient.

Results:

74 patients (61 (21-84) median (range) years; Body Mass Index 23.6 (15.5-35.5) kg/cm²) completed PF and 24HR. 46% of these patients were at nutritional risk³ and 71.6% had been operated. Answering the question: "Does the patient meet their minimum need for energy and protein?" (>75% of needs) a kappa-coefficient of 0.51 was found with agreement in 58 of 74 patients. Using PF, the positive predictive value (95% CI) was 0.79 (0.66-0.89) and negative predictive value 0.76 (0.52-0.91).

Conclusion:

Dietary recording using PF was moderately⁴ consistent with 24HR and found 79% of patients eating poorly and 76% of patients eating amply. The method can be used in patients with normal cognitive function and normal relations to food and eating, that need insight into their impaired dietary intake, but is not suited for patients in need of intensive nutritional care. Further studies should assess whether this pictorial dietary recording can increase food intake in the recovery period.

Table 1: Consistency between intake by dietary record (PF) and interview (24HR)

PF	24HR	
	≥75% of needs	<75% of needs
≥75% of needs	16	5
<75% of needs	11	42

¹) Inspired by the form for Nutrition Day. www.nutritionday.org

²) Olin AÖ et al (1996) Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. JPEN 20(2):93-97

³) NRS 2002. Espen Guidelines for Nutrition Screening 2002. Kondrup J, Allison S P, Elia M, Vellas B, Plauth M. Clin. Nutr. (2003) 22(4): 415 – 421

⁴) Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-74.

Årsmødet er sponsoreret af:

Fresenius Kabi

Nutricia

Nestlé

Baxter

Deltagere Årsmøde 2010				
Efternavn	Fornavn	Sygehus/firma	Afdeling	Erhverv
Andersen	Jens Rikardt	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Overlæge
Dam-Larsen	Sanne	Rigshospitalet	Hepatologisk afd.	
Eriksen	Jan	Herning Sygehus	Medicinsk afd.	Overlæge
Ivarsen	Per	Århus Universitetshospital	Nyremedicinsk afd.	Overlæge
Kondrup	Jens	Rigshospitalet	Ernæringsenheden	Professor
Nielsen	Søren Lyhne	Regionshospitalet Randers	Medicinsk afd.	Overlæge, PhD
Nordgaard-Lassen	Inge	Hvidovre Sygehus	Gastroenheden	Overlæge
Pichard	Claude	Geneva University Hospital	Clinical Nutrition	Professor, MD PhD
Sørensen	Lone Schmidt	Aalborg sygehus	kir.gas. Afd A	Overlæge
Busk	Hanne	Professionshøjskolen METROPOL	Sygeplejerskeuddannelsen	Adjunkt, Cand. Cur
Christiansen	Anette Wendelboe	Professionshøjskolen Metropol	Sygeplejerske uddannelsen	Lektor MKS
Eriksen	Britt	Nykøbing Falster Kommune	Cardiologisk afd.	Sygeplejerske, diætist
Kort	Anja	Rigshospitalet	Urologisk afd. 2114	Sygeplejerske
Kragh	Charlotte Fabricius	UCSJ Region Sjælland		Adjunkt Cand. Cur
Kyed	Bente	Sygehus Lillebælt Vejle	Onkologisk afd. A270	Sygeplejerske
Lützner	Ann Nielsen		Bomi Parken	Sygeplejerske
Madsen	Grethe	Køge Kommune	Tovholder i ernæringsindsatsen	
Plum	Lise Munk	Rigshospitalet	Medicinsk afd. 3122	Klinisk sygepleje specialist MPH
Winther	Helle Heidelberg	Rigshospitalet	Hæmatologisk klinik	Sygeplejerske
Østergaard	Tina	NUTRICIA A/S		Salgskonsulent
Åskov	Hanne	Køge Kommune		Koordinator for Ernæringsindsats
Allingstrup	Lene Holm	Diætist klinikken Gentofte		Klinisk diætist
Balling	Gitte Plough		Sundhedscenter for kræftramte	Klinisk diætist
Beck	Anne Marie	Fødevareinstituttet, DTU	Afd. for ernæring	Seniorforsker
Borre	Mette	Århus Universitets Hospital	Afd.v	Klinisk diætist
Christensen	Pia	Frederiksberg hospital	Parker Instituttet	Diætist, cand scient. PhD stud
Fabricius	Jette Thomsen	Skejby	Nyremedicinsk afd	Klinisk diætist

Flyr	Lisbeth		Sundhedscenter for kræframte	Klinisk diætist
Hansen	Birgitte	Forebyggelsescenter	Østerbro	Klinisk diætist
Hansen	Ann Sophie			Klinisk diætist
Hansen	Birthe Stenbæk			Cand. Scient, klinisk diætist
Husted	Mette Merlin	Middelfart kommune	Ældreforvaltningen	Klinisk diætist
Hørup	Sisse	Gentofte Hospital		Ledende diætist, Cand scient
Jacobsen	Lene Holm	Københavns Universitet	Human Nutrition	Cand scient, PhD stud
Jacobsen	Lone	Køge Sygehus		Klinisk diætist
Knold	Berit	Faaborg-Midtfyn Kommune		Klinisk diætist
Kok	Karin	Rigshospitalet	Børne afd.	Ledende diætist, Cand Scient
Larsen	Anne Mette	Gentofte Amts sygehus		Klinisk diætist
Loff	Anne Marie	Herlev		Klinisk diætist
Lohse	Jørgen Alexander			Klinisk diætist
Martinsen	Anette	Hvidovre Hospital		Ernæringschef
Nielsen	Kirsten	Sygehus Syd	Nakskov og Nykøbing F	Klinisk diætist
Nielsen	Birgitte Schnack	Roskilde Sygehus	Medicinsk afd.	Klinisk diætist
Niemeier	Heidi	Fredensborg Kommune		Klinisk diætist
Nygaard	Lotte	Køge Sygehus		Klinisk diætist
Paturson	Poula	Rigshospitalet	Børne Ernæringsenheden	Klinisk diætist, cand scient
Paaskesen	Marianne Boll	Nestlé		Produkt specialist
Ronneby	Helle	Rigshospitalet	Ernæringsenheden	Klinisk diætist
Sørensen	Clara	Sydvestjysk sygehus Grindsted		Klinisk diætist
Sørensen	Keld Pilegaard	Aarhus Sygehus	Ortopædkirurgisk afd.F	Klinisk diætist
Vinter	Lotte	Steno Diabetes Center		Klinisk diætist
Leth	Karoline	Nestlé	Human Health Care Nutrition	Produktspecialist
Olafsen	Johnny	BAXTER A/S		Salgschef
Rasmussen	Christina Kaarup	Nestlé	Human Health Care Nutrition	Produktspecialist, bach. Human
Andersen	Peter Schouw	NUTRICIA A/S		Field sales Manager
Andersen	Ulla Tolstrup	NUTRICIA A/S		Medical Advisor

Ewers	Bettina	Steno Diabetes Center		Ernæringschef
Fonseca	Mogens	Hvidovre Hospital	Centralkøkkenet	Køkkenchef
Gilbert- Jespersen	Benjamin	Suhr Seminarium	Global Nutrition and Health	Underviser, Cand scient
Gaarde	Pia	Kolding Sygehus	Centralkøkkenet	Kostkonsulent
Hansted	Pernille	Københavns Kommune	Ældrestaben	Leder af kostsekretariat
Heebøll-Nielsen	Christian	NUTRICIA A/S		Category Manager
Klausen	Annalise	Steno Diabetes Center		Ledende Økonoma
Køhler	Marianne Boll	Ålborg Sygehus	Center for ernæring og tarmsygdomme	Bioanalytiker
Lindberg	Joan	Bispebjerg Hospital	Køkkenet	Souschef
Læborg	Sune	Bispebjerg Hospital	Køkkenet	Køkkenchef
Olsen	Anne-Lis	Rigshospitalet	Centralkøkkenet	Køkkenchef
Rasmussen	Sisse Vinkler	Københavns Kommune	Ældrestaben	
Allingstrup	Mathilde Jo	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Andersen	Mads Bisgaard	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient.
Engelhardt	Catarina	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Frederiksen	Anne Eg	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Halkjær	Sofie	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Henriksen	Camilla	Københavns Universitet	klinisk ernæring	Stud scient.
Jensen	Janne Ferré	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Kildevang	Karina	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Kristensen	Marianne Boll	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Lyck	Gitte	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient.
Lyngesen	Malene	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Maibom	Mette Maria Malkov	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient.
Pedersen	Louise Lindkvist	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Petersen	Stine O.	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Petersen	Susi	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Petersen	Julie	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Poulsen	Grith	Københavns Universitet	Klinisk ernæring	Stud scient
Thal-Jantzen	Kirsten	Professionshøjskolen	Metropol	Klinisk diætist studerende

Årsmødet er sponsoreret af:

Fresenius Kabi

Nutricia

Nestlé

Baxter