

# DIÆTISTEN

En pille alene, gør det ikke . . .

Vin på hospitalet

Landet, hvor fedme  
er en by i Danmark!

## SEKRETARIAT

Foreningen af Kliniske Diætister  
Frederiksberg Allé 3, 2  
1621 København V.  
Tlf.: 33 32 00 39

Mandag - torsdag kl. 9 - 16  
Fredag kl. 9 - 15

E-mail: [post@diaetist.dk](mailto:post@diaetist.dk)  
[www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk)

## UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister

ISSN 1395-1169

## REDAKTØR

Jonna Winther  
E-mail: [jonnowinther@mail.dk](mailto:jonnowinther@mail.dk)

## ANSVARSHAVENDE

Lisa Bolting Hansen  
E-mail: [lisa@bolting.dk](mailto:lisa@bolting.dk)

## SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 71 1. september 2004  
(udkommer oktober 2004)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

## DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

## BESTYRELSEN

### FORMAND

Lisa Bolting Hansen  
Vedtoftevej 42, Vedtofte  
5620 Glamsbjerg  
Tlf.: 63 71 02 08  
E-mail: [lisa@bolting.dk](mailto:lisa@bolting.dk)

### NÆSTFORMAND

Cecilia H. S. Arendal  
Odensevej 136  
5800 Nyborg  
Tlf.: 65 36 12 78  
E-mail: [cja@auslev.dk](mailto:cja@auslev.dk)

### KASSERER

Anne Mørch Olesen  
Præsteager 247  
8200 Århus N  
Tlf.: 86 23 21 86  
E-mail: [aol@skts.aaa.dk](mailto:aol@skts.aaa.dk)

### ØVRIGE MEDLEMMER

Heidi Dreist  
Hybenvej 18  
4700 Næstved  
Tlf.: 55 77 14 54  
E-mail: [dreist@stofanet.dk](mailto:dreist@stofanet.dk)

Pia Houmøller  
Adelgade 61 st. tv  
1304 København K  
Tlf. 33 14 09 89  
E-mail: [pia@houmoller.com](mailto:pia@houmoller.com)

Birgitte Købke  
Baagøes Allé 8 D. st. tv.  
5700 Svendborg  
30329819  
E-mail: [kobke@pc.dk](mailto:kobke@pc.dk)

Jette Rytøft  
Sanddalvej 3  
7000 Fredericia  
75930810  
E-mail: [Jetterytøft@hotmail.com](mailto:Jetterytøft@hotmail.com)

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

Forside foto: Janne Christensen

# Velkommen tilbage fra sommerferie!

"De pokkers unger" var der en film, der hed for mange år siden. Og det er de pokkers unger som måske i første omgang er skyld i, at der er håb forude for vores offentlige overenskomst.

Socialdemokratiet kæmper bravt for at få fokus på at kliniske diætister er en nødvendig del af fremtidens håndtering. Forslaget som til efteråret bliver stillet i Folketinget bliver i forhold til børn, unge og overvægt. Der har længe været stigende fokus på børns øgede vægt, og nu er der noget, som tyder på, at der tegner sig et flertal i Folketinget for at bakke op om forslaget – og især at regeringspartierne også bakker op. Vi får se, hvad der sker. Det har været diskuteret i alle medier – flere gange på TV – og i alle de store læste medier – så det er noget, der har sin bevågenhed.

Overvægt er netop modsætningen til en del af dette blads indhold. At få nok og rigtig ernæring. Det modsatte ligger på begge områder. At der ikke er den store interesse fra medier og politikere – og så at problemet er lige modsat. Vores bredde som klinisk diætist skal være stor – vi har mange målgrupper.

Vi får ny hjemmeside. Det er ikke kun design – det er også indhold. Husk at tjekke [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk). Baggrunden for denne nye opsætning er, at siden skal være meget mere "brugervenlig" og en del af vores PR-strategi. Det vil sige, at der nu bliver en del mere tilgængeligt stof, som betyder at de som måtte have lyst kan gå ind og finde ud af, hvordan en klinisk diætist arbejder, og hvad der sker inden for de enkelte områder. Herudover aktuelle nyheder og artikler. Så fremover vil der være forum – for os selv, pressen – men især for Fru Jensen.

Om ministerrokaden i Folketinget og opsplitning af Fødevarerministeriet får nogen påvirkning på længere sigt for os som kliniske diætister – det ved vi ikke – men vi kan altid håbe på mere handling bag ordene. Vi har vores rødder i flere ministerier – først og fremmest i Sundhedsministeriet – hvorfra vi fortsat venter på handling. Men også i Fødevarerministeriet. Det kan ofte være godt med nye øjne – men i dette tilfælde, hvor der er opdeling, er der også en risiko for, at der bliver opgaver, som falder i "ingenmandsland" og ikke bliver behandlet – men vi får se.

Jeg håber, at I bruger sensommerens første møde i jeres amter til at udpege en repræsentant til at opstille til bestyrelsen – deadline er 1. september.

God arbejdslyst  
Lisa Bolting Hansen

# Indhold

## ARTIKLER

■ En pille alene, gør det ikke – det er mad og drikke der skal til	5
■ Vin på hospitalet	9
■ Landet, hvor fedme er en by i Danmark!	12

## INDEFRA

■ Sundhedsstyrelsen Diabetesstyregruppe	17
■ Senior Dietitian i England	18
■ Ankerhusmøde 2004	20
■ Er den farlig – kan den spises?	22
■ Temadag for kliniske diætister	23
■ Klinisk diætist på Nørresundby Apotek	25
■ Overvægt hos børn og unge	27
■ Eksamen i klinisk diætetik	30

## UDEFRA

■ Danskernes D-vitaminstatus bør forbedres	31
■ Ernæringseksperter advarer mod nye kosttrends	33

## NYE UDGIVELSER

■ Ernæring og sygepleje	34
■ Bøger og VHS/DVD modtaget på redaktionen	35

## OS IMELLEM

■ Tillykke til 24 nye kliniske diætister	37
■ Kliniske diætister med 25 år jubilæum	37
■ Kursuskalenderen	38
■ Vi vil gerne have din mailadresse	39

Side 5



Side 9



Side 12



Side 27



Side 31





# Livskvalitet er det vigtigste i livet



*...because we care*

I Nutricia handler vi ud fra en mission, der giver mening. Bagved alt hvad vi gør, ligger nemlig et stærkt ønske om at forbedre menneskers livskvalitet.

Vi tænker bredt og udvikler produkter, der kan hjælpe mennesker til et bedre helbred og dermed til et sundere og mere udbytterigt liv.

Nutricia's produkter er resultatet af videnskabeligt dokumenteret viden. Vores mål er til stadighed at udvikle nye produkter som tilbyder optimal helbredsmæssig effekt for mennesker – i tæt dialog med diætister, læger og sygeplejersker.

Vi lægger vægt på et tæt samarbejde. Vores veluddannede konsulenter fungerer i alle amter og tilbyder information, undervisning og rådgivning både på hospitaler, institutioner og i den lokale hjemmesygepleje.

Få en aftale med din lokale Nutricia konsulent.

**NUTRICIA**  
*HealthCare*

Nutricia A/S  
Rørmostevej 2 A · 3450 Allerød  
Tlf: 70 21 07 07 · Fax: 70 21 07 08  
nutricia@nutricia.dk · www.nutricia.dk

# En pille alene, gør det ikke – det er mad og drikke der skal til

*Kulhydrater og fedt er kroppens vigtigste energikilder og dermed de vigtigste bidragsydere til bl.a. sårheling. Herudover spiller specifikke næringsstoffer dvs. protein, aminosyrer, essentielle fedtsyrer, vitaminer og mineraler en væsentlig rolle for hudens funktion (1).*



Anne Marie Beck

Det synes derfor oplagt at tilførsel af et/flere af disse næringsstoffer kan have en selvstændig gavnlige effekt på ophelingen af sår.

I det følgende vil der derfor blive kigget nærmere på dette i relation til hhv. operationssår, trykssår og skinnbenssår. Brandsår vil derimod ikke blive berørt.

## Ernæring og operationssår

I USA er det anslået, at der årligt er ca. 200.000 re-operationer, som følge af hernier og at 10-30% af patienterne, der gennemgår operationer i mavetarmkanalen, har sårruptur (2).

## Protein

Hos patienter med akut svær sygdom (dvs. bl.a. patienter med store sår på grund af et multitrauma, eller fordi de har gennemgået en stor operation) er tabet af nitrogen, hvis der ikke tilføres protein, 3-4 gange højere end hos raske, dvs. 1,5 g protein pr. kg pr. dag eller mere, svarende til at der tabes 1% eller mere af kroppens proteinindhold pr. dag. I de studier af ernæringsindsats der har vist en positiv effekt på det kliniske forløb, herunder på komplikationer i relation til sårheling, har ernæringen - udover energi - tilført patienterne 1,3-1,8 g protein pr. kg pr. dag. I det akutte forløb, vil patienterne derfor have brug for ekstra protein. Behovet vil ofte kunne dækkes via mad og drikke - og kun i særlige tilfælde vil der være brug for industrielt fremstillede proteinrige ernæringstilskud (3).

## Aminosyrer og essentielle fedtsyrer

Der har været foretaget en række studier med hhv. forgrenede aminosyrer, glutamin og arginin. Studierne har været gen-

nemført på dyr eller på raske forsøgspersoner. Kun arginin synes at have en positiv betydning for sårhelingen, når det tilføres i farmakologiske doser, dvs. i mængder der er langt større, end det der kan fås via en almindelig kost. Virkningsmekanismen er dog ukendt (4,5).

Mht. de essentielle fedtsyrer så synes typen af fedt at være af betydning. Eksempelvis synes mangel på de essentielle n-6 fedtsyrer at resultere i en nedsat sårheling, mens tilførsel af de essentielle n-3 fedtsyrer (i dyreforsøg) resulterer i sår, der ikke er lige så stærke som kontrolgruppens (5).

En række studier gennemført blandt hhv. patienter med operationer i mave-tarmkanalen og patienter med knivstik og lign har benyttet sondeernæring rig på bl.a. arginin og n-3 fedtsyrer (6,7). Kun et enkelt studie har dog kigget på ernæringens betydning for sårhelingen. Her er der ikke fundet, at den ekstra tilførsel af arginin og n-3 fedtsyrer har haft bedre effekt på forekomsten af sårrupturer, fistler o.a. end "standard" sondeernæring (8).

## Vitaminer og mineraler

De studier, der er gennemført med vitaminer, har vist at hhv. vitamin C og A har en positiv effekt på sårhelingen.

Mht. vitamin C har effekten dog kun kunnet påvises blandt patienter med C-vitaminmangel – og for begge vitaminer gælder det, at der ikke er dokumentation for at megadoser er nogen fordel - snarere tværtimod (4,5). For de øvrige vitaminer er der ikke påvist nogen direkte positiv effekt. Alle vitaminer er dog livsnødvendige og indgår i en lang række af kroppens funktioner. Da kroppen ikke selv kan danne dem, skal de derfor tilføres udefra i tilstrækkelig mængde, for at man kan fungere optimalt (3).

Mineralerne magnesium, kobber, zink og jern formodes at have en selvstændig positiv effekt på sårhelingen. Endnu foreligger der dog ikke nogen overbevisende dokumentation, for at det er tilfældet (4,5). De øvrige mineraler har sandsynligvis ingen direkte effekt på sårhelingen – men, som for vitaminerne gælder det, at mange af mineralerne er livsnødvendige, at kroppen ikke kan danne dem selv, og at de derfor skal tilføres udefra (3).

#### Andre faktorer

En lang række faktorer har betydning for sårhelingen – heriblandt alder, rygning og alkohol, sygdom (fx diabetes og kræft), medicin (fx steroider), bakterier/infektioner, fremmedlegemer, sårbandage m.m. (9,10). Det kan derfor være vanskeligt at dokumentere, at patienternes ernæringsstilstand spiller en rolle for sårhelingen. En række studier har dog alligevel kunne påvise, at dårlig ernæringsstilstand og en



ernæringsindsats har hhv. negativ og positiv betydning for sårhelingen (10). "Desværre" har langt de fleste studier benyttet indirekte metoder til vurderingen, eksempelvis i form af ophobningen af forskellige stoffer, der vides at være involveret i sårhelingen (se fx de ofte citerede studier af Windsor et al., 1988 (11) og Schroeder et al. 1991 (12) samt det danske studie af Pedersen & Pedersen 1992 (13)), frem for mere klinisk relevante parametre som fx forekomsten af sårrupturer, hernier osv. Endvidere har vurderingen af ernæringsstilstanden ofte alene bestået i måling af serum-albumin – hvilket ikke er velegnet til en sådan bedømmelse (3).

#### Ernæring og tryksår

Forekomsten af tryksår hos indlagte patienter er i danske og udenlandske undersøgelser 3-11%. Udvikling af tryksår under indlæggelsen ses hos 1-6%. Blandt risikopatienter som bl.a. beboere på plejecentre og ortotopædkirurgiske patienter ses forekomster helt op til 45-60% (14).

#### Protein

I mange år har det været skik og brug at tilbyde personer med tryksår proteinrige ernæringstilskud. Umiddelbart er der dog ingen undersøgelser, der dokumenterer at store mængder protein har nogen

selvstændig betydning for sårhelingen. Tværtimod har 2 studier blandt beboere på plejecenter vist, at de der havde tryksår fik store mængder protein via kosten - i størrelsesordenen 1,5 g pr. kg pr. dag – omtrent det dobbelte af raskes behov, og langt mere end de der ikke havde tryksår (15,16). Beboerne var således ikke i dårlig ernæringsstilstand vurderet ud fra deres kostindtag.

#### Aminosyrer, essentielle fedtsyrer, vitaminer og mineraler

Af disse næringsstoffer har der været gennemført undersøgelser med vitamin C og zink til hhv. kirurgiske patienter, patienter med hoftefraktur og plejecenterbeboere – og her har det ikke været muligt at påvise nogen effekt på sårhelingen (17,18). Endvidere har et studie benyttet sondeernæring beriget med arginin, zink og antioxidanter (vitamin C og E samt karotenoider) til patienter med hoftefraktur og i god ernæringsstilstand. Den ekstra tilførsel af arginin, m.v. var ikke mere effektiv til at forebygge tryksår end "standard" ernæringen (19).

#### Andre faktorer

En lang række faktorer har betydning for udviklingen og helingen af tryksår – heriblandt alder, tryk og vævsforskydning, bakterier/infektioner, sygdom (fx diabetes), medicin (fx steroider), anæmi, hydreringsstatus, akut operation m.m. (10,13). Som tilfældet var med operationssår, kan det derfor være vanskeligt at afgøre, hvorvidt ernæringsstilstanden spiller en rolle. I 1995 konkluderede Finucane da også i sin oversigtsartikel, at dokumentationen for betydningen af hhv. dårlig ernæringsstilstand (desværre ofte vurderet ud fra serum-albumin) og en ernæringsindsats på forekomsten af tryksår var mangelfuld (20). Siden da er der gennemført flere undersøgelser på området, men fortsat mangler der overbevisende dokumentation for en sammenhæng (18, 19, 21).



## Ernæring og skinnebessår

Skinnebessår formodes at ramme 1% af befolkningen på et eller andet tidspunkt (22). Sårerne kan være meget længe om at hele - for nogle mere end 10 år (23).

### Protein, aminosyrer og essentielle fedtsyrer

Effekten på sårhelingen har ikke været undersøgt på mennesker.

### Vitaminer og mineraler

Patienter med skinnebessår er fundet at have lavere indhold i blodet af vitamin A, vitamin E, betakaroten og zink end personer uden (24). Kun få studier har beskæftiget sig med effekten af at rette op på dette:

To studier af ældre dato har fundet at hhv. vitamin C og E spiller en selvstændig rolle for behandlingen af skinnebessår (25). Studierne var dog små, og resultaterne er ikke siden blevet eftervist. Betydningen af zinktilskud har været afprøvet i 6 undersøgelser. Også disse studier har været små og ingen har kunnet dokumentere nogen effekt på andelen af ophelede sår. Dog tyder resultaterne på at personer med lav zinkstatus, muligvis kan have gavn af et tilskud (22).



### Andre faktorer

Også når det gælder skinnebessår, er der en lang række faktorer, der har betydning for udviklingen og helingen - her i blandt alder, køn, sygdom (fx diabetes og leddegigt), medicin (fx steroider), bakterier/infektioner m.m. (9,22). Igen kan det derfor være vanskeligt at gennemskue hvilken indflydelse ernæringstilstanden har. Et svensk studie har således ikke kunne påvise, at der var nogen forskel i forekomsten af dårlig ernæringstilstand hos patienter hhv. med og uden skinnebessår (26). I et opfølgende studie blev det dog fundet, at der var en tendens til, at de patienter, hvor sårerne ikke var helet, var i dårligere ernæringstilstand, end de hvor sårerne var helet (23).

Et meget lille studie med 6 deltagere har undersøgt effekten af en ernæringsindsats. Der var dog ikke nogen kontrolgruppe, og det er derfor ikke muligt at afgøre, hvorvidt indsatsen har haft en effekt (27).

### Sammenfatning og konklusion

Erfaringerne viser at de fleste sår heler med tiden. Dårlig ernæringstilstand og dermed mangel på energi (fra kulhydrater og fedt), protein, vitaminer, mineraler m.m. ser dog ud til at kunne forlænge sårhelingstiden og dermed belaste patienter

terne unødigt (5). Alligevel har ingen af de ovenfor refererede studier kunne påvise nogen gavnlig effekt af at tilføre specifikke næringsstoffer i store mængder til syge patienter eller ældre på plejehjem og lign. med forskellige former for sår.

Dårlig ernæringstilstand har - udover forlænget sårheling - en række andre negative konsekvenser, her i blandt muskeltræthed, nedsat lungefunktion, depression, øget sygelighed, nedsat livskvalitet m.m. (3). I stedet for først at sætte ind, når "skaden er sket", er det derfor en fordel at tænke i forebyggelse. Det er derfor vigtigt løbende at være opmærksom på vægtudvikling og kostindtag hos patienter, plejehjemsbeboere og lign., med henblik på hurtigt at kunne sætte ind med "Kost til småtspisende" dvs. hyppige, små energitætte/fedtrige måltider og energiholdige drikkevarer, suppleret med en vitamin-mineraltablet.

Artiklen har tidligere været offentliggjort i "Fokus på Sårpleje", nr. 2/2003, Coloplast.

Siden artiklen blev bragt første gang, er der udgivet et Cochrane Review vedr. tryksår med samme konklusion (28).

ambe@dfvf.dk ■

## Litteratur

1. Christensen K. Hudens fysiologi. DSR Forlag, København 1982.
2. Dubay DA, Franz MG. Acute wound healing: the biology of acute wound failure. *Surg Clin North Am* 2003;83:463-481.
3. Pedersen A, Ovesen L. Anbefalinger for den danske institutionskost. *Fødevarerapport 2000*;08.
4. Albina JE. Nutrition and wound healing. *J Parent Ent Nutr* 1994;18:367-76
5. Williams JZ, Barbul A. Nutrition and wound healing. *Surg Clin N Am* 2003;83:571-96.
6. Jurkovich GJ. Outcome studies using immune-enhancing diets: Blunt and penetration torso trauma patients. *J Parent Ent Nutr* 2001;25:S14-18.
7. Sax HC. Effect of Immune Enhancing Formulas (IEF) in general surgery patients. *J Parent Ent Nutr* 2001;25:S19-23.
8. Daly JM, Lieberman MD, Goldfine J, Shou J, Weintraub F, Rosato EF, Lavin P. Enteral nutrition with supplemental arginine, RNA, and omega-3 fatty acids in patients after operation: Immunologic, metabolic, and clinical outcome. *Surgery* 1992;112:56-67.
9. Gottrup F, Ingerslev J, Karlsmark J. Sårheling og sårbehandling hos ældre. *Ugeskr Læger* 1997;159:6349-52.
10. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment. CABI Publishing 2003.
11. Windsor JA, Knight GS, Hill GL. Wound healing response in surgical patients: recent food intake is more important than nutritional status. *Br J Surg* 1988;75:135-7.
12. Schroeder D, Gillanders L, Mahr K, Hill GL. Effects of immediate postoperative enteral nutrition on body composition, muscle function, and wound healing. *J Parent Ent Nutr* 1991;15:376-83.
13. Pedersen NW, Pedersen D. Nutrition as a prognostic indicator in amputations. *Acta Orthop Scand* 1992;63:675-8.
14. Sørensen JL, Lassen MK, Alsbjörn BF, Gottrup F, Trysår. *Ugeskr Læger* 1997;159:275-9.
15. Breslow RA, Hallfrisch J, Goldberg AP. Nutrition in tubefed nursing home patients with pressure sores. *J Parent Ent Nutr* 1991;15:663-8.
16. Breslow RA, Hallfrisch J, Guy DG, Crawley B, Goldberg AP. The importance of dietary protein in healing pressure ulcers. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:357-62.
17. Riet GT, Kessels AGH, Knipschild PG. Randomised clinical trial of ascorbic acid in the treatment of pressure ulcers. *J Clin Epidemiol* 1995;48:1453-60.
18. Thomas DR. Improving outcome of pressure ulcers with nutritional interventions: A review of the evidence. *Nutrition* 2001;17:121-5.
19. Houwing RH, Rozendaal M, Wouters-Wesseling W, Beulens JWJ, Buskens E, Haalboom JR. A randomised, double-blind assessment of the effect of nutritional supplementation on the prevention of pressure ulcers in hip-fracture patients. *Clin Nutr* 2003;22:401-5.
20. Finucane E. Nutrition: Tube feeding and pressure sores: Data are incomplete. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:447-51.
21. Hessov I. Can nutritional interventions reduce the incidence of pressure sores? *Nutrition* 2000;16:141-2
22. Wilkinson EAJ, Hawke C. Oral zinc for arterial and venous leg ulcers (Cochrane Review) I: The Cochrane Library, Issue 3, Oxford: Update Software 2003.



23. Wissing U, EK A-C, Unosson M. A follow-up study of ulcer healing, nutrition, and life-situation in elderly patients with leg ulcers. *J Nutr Health & Ageing* 2001;5:37-42.
24. Rojas AI, Phillips TJ. Patients with chronic leg ulcers show diminished levels of vitamins A and E, Carotens, and Zinc. *Dermatol Surg* 1999;25:601-4.
25. Mazotti MY. Nutrition and wound healing. *J Am Podiatr Med Assoc* 1994;84:456-62.
26. Wissing U, Unosson M. The relationship between nutritional status and physical activity, ulcer history and ulcer-related problems in patients with leg and foot ulcers. *Scand J Caring Sci* 1999;13:123-8.
27. Wissing U, EK A-C, Wengstrom Y, Skold G, Unosson M. Can individualised nutritional support improve healing in therapy-resistant leg ulcers? *J Wound Care* 2002;11:15-20.
28. Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J. Nutritional intervention for preventing and treating pressure ulcers. The Cochrane Library Issue 2, Oxford: Update Software 2004.



# Vin på hospitalet

*“Det er i dag almen viden, at mange patienter, der indlægges til operation, har tabt i vægt, og at ethvert større kirurgisk indgreb, som medfører en hormonal stressreaktion, bevirker nedsat næringsindtagelse og yderligere vægttab.*



Mindre kendt er det, at dette vægttab ofte vil forsætte i de første uger efter udskrivelsen, og at midaldrende og ældre patienter ikke spontant hensigtsmæssigt øger deres næringsindtagelse for igen at genvinde det tabte væv, som i stor udstrækning er muskelvæv (1)”. Sådan indleder Ib Hessov sin artikel om problemerne med forringet ernæringsstatus hos kirurgiske patienter. Og det er ikke en ubetydelig detalje i patientens rekonvalescens, vi taler om; er et vævstab tilstrækkeligt stort, fører det til funktionstab. Muskelkraften reduceres, sårhelingen hæmmes, og immunforsvaret påvirkes negativt.

## Vin i rekonvalescensen

Hessovs forslag til en optimal rehabilitering sender den nyopererede ud at sengen; han skal motionere - selv om det er rart at ligge under dynen; han skal drikke proteinrige drikke - selv om appetitten er sløj, og han skal møde omklædt til spisebordet tre gange om dagen, selv om lysten er ringe. Rehabilitering betyder at

gøre patienter skikkede til på ny at udfylde en plads i samfundet. Denne artikel vil snarere knytte sig til begrebet rekonvalescens: tiden fra en sygdoms helbredelse til patienten har genvundet sine kræfter. Læseren skal ikke lede efter råd om f.eks. intensiv sondeernæring, der vil kunne redde patienten med svært forringet ernæringsstatus. Fokus vil ligge på vinen som en hjælp til patienter med sløj appetit; dels som hjælpemiddel i køkkenet, dels som aperitif og endelig som ledsager til måltidet. På det billede af tre patienter ved spisebordet, der ledsager Hessovs artikel i Ugeskriftet, har de spisende ikke rød vin men hvid mælk i deres glas. Det svarer nok meget godt til hverdagen på danske hospitaler, men vinen har en lang tradition som middel til en vellykket rekonvalescens.

I 1889 udførte professor K. G. Lennander i Uppsala den første svenske appendectomi. Patienten, en ung akademiker, opereredes i æter/kloroform narkose. I efterbehandlingen indgik indtagelsen af en flaske Madeira daglig suppleret med 2 æggetod-

dier, hvilket bekom patienten vel, og han kunne maj 1890 forlade sygehuset og rejse til sit hjem i Västergötland (2).

## Vin i hospitalskøkkenet

“Betydningen af vin i kogekunsten kan ikke overvurderes,” skrev Francois Latri, køkkenchef for Savoy Restaurant, London, i sit forord til “Wine in the kitchen” af Elizabeth Craig (3). “Den får selv enkle retter til at udmærke sig, og den forøger ikke alene deres flavour, men den gør også retterne lettere at fordøje. I Frankrig bruges vin i madlavningen som en selvfølge. Det er ofte vinen i en ret – fra supper til desserter – som udgør hele forskellen mellem kedelig og interessant kogekunst. En ret med grillet kød eller fisk er naturligvis glimrende, når ens appetit er god, når kødet eller fisken er af bedste kvalitet, og grillen er perfekt. Men der kan siges meget til fordel for saucer i betragtning af deres appetitstimulerende aroma, deres mangfoldighed og deres liflige dufte. Saucerne “sitter” på kødet eller fisken som en arabisk høvding på sin hest, med afslappet værdighed, ikke som en hest og en rytter, men som en yndefuld, komplet helhed. Man har sagt, at saucen er for kødet, hvad kjolen er for en kvinde. Jeg vil føje til, at vinen har samme position i forhold til de fleste saucer. Der er så mange og så forskellige vine, at det giver såvel amatører som de professionelle kokke et stort spillerum for eksperimenter, hvis de har fantasien og det nødvendige mod”.

Det vil nok blive vanskeligt at støve “Wine in the kitchen” op i en dansk boghandel, men heldigvis kan også danske kokke levere kyndig vejledning i kunsten at krydre maden med vin. Et aktuelt eksem-

pel er "Ren energi - fra et køkken i bevægelse", som Per Brun skrev i 1997 (4). "I kantinerne og i institutionerne er man efterhånden blevet træet af at se på det evige salatbord med hakket kinakål og hollandske tomater året rundt", skriver Per Brun i indledningen til bogen. "Det er smagen, der tæller. Vi kan få alle til at spise sundt, hvis det smager godt". Flere af retterne er tilberedt med vin, og Hjerteforeningen, der ser med stor sympati på Per Bruns sunde og velsmagende madkunst, har foretaget en energi-beregning af bogens opskrifter. Sommerbuk med kirsebær og spidskål (s. 132) tilberedes med 2 dl fyldig rødvin, og efter beregningen af måltidets energi skulle vinens alkohol stå for 5 procent af måltidets samlede energi (5 E%). Men her tager Hjerteforeningen for en gangs skyld fejl. Nede i gryden fordamper spritten nemlig ret hurtigt, alkoholkalorierne er pist væk, og det er kun vinens smags- og aromastoffer, der bliver tilbage.

I det fransk inspirerede køkken er vinen lige så vigtig som salt og peber. Ved anvendelse af vin som krydderi i maden er der nogle grundregler, som er nyttige at kende:

- Det er vigtigt kun at anvende gode, kraftige vine i madlavningen for at kunne opnå den ønskede smag med en beskedne mængde vin. Vin består trods alt af ca. 85% vand, som kan være et uønsket og unødvendigt fyldstof, der efterfølgende må reduceres ved at koge retten ind.
- Servér en vin til maden, som er af samme type som den, der er brugt til maden. Vinen i glasset må dog gerne være en klasse bedre end vinen i gryden.
- Hvis man først damper alkoholen af i en gryde, kan en vinrest fryses ned i en plastikpose og gemmes til et senere gæstebud. Husk at skrive vintype på posen.
- Marinering af råt kød i en blanding af vin og krydderurter er med til at mørne kødet og give det en fin smag.

- En sjat vin i stegeskyen giver en fin dypelse til kødet.
- Mange fisk vinder ved at blive dampet i vin; samtidig får man en god basis for en sauce.

### Vin som aperitif

Ved en aperitif forstås en appetitvækkende drink med alkohol, som indtages før måltidet. En aperitif er, i ordets oprindelige betydning, en drik, der skal åbne maven - gøre den klar til måltidet. Velduftende, krydrede vine er efter traditionen de bedste til at åbne maven. Andre "mave-åbnere" er tilsat urter med krydderier og bitterstoffer. En række nyere undersøgelser har bekræftet denne opfattelse. Øl, vin, champagne, vermouth og sherry - men ikke whisky, cognac, calvados, armagnac og rom - udløser en betydelig stimulation af mavesyreproduktion (5,6,7,8).

I 1924 fastslog den berømte fysiolog Ernest Starling: "Vinens værdi som ledsager til maden er først og fremmest som en aperitif. Alt, hvad der føjer til nydelsen af - eller den forventede nydelse af - det kommende måltid, eller det, der tjener til at fjerne en dårlig sindsstemning, hvilket hos mennesket kan være bekymringer, ængstelse, intellektuel udmattelse, i korthed alt, hvad der fremelsker en fornemmelse af afslapning og velbefindende, vil styrke appetitten og begunstige den normale, fysiologiske fordøjelsesproces". Starlings lovprisning af vinen som aperitif har ikke sat sig varige spor i den medicinske faglitteratur, men i en artikel i Helse nævner klinisk diætist Lene Allingstrup dog muligheden for "en lille én" før maden (9). "Hvis du lider af nedsat appetit kan f.eks. en lille aperitif før måltidet være et godt middel til at få lyst til at spise". Hendes forslag går ud på et lille glas rødvin, frugtvin, frugtjuice eller øl en halv time før måltidet.

To hollandske forskere samlede uden større problemer en gruppe frivillige til at

afprøve effekten af en aperitif (10). I undersøgelsen blev 340 ml luksusøl eller to glas vin sammenlignet med forskellige milk shakes og frugtsaft med samme volumen og energindhold. Forsøget med en aperitif til 52 hollandske mænd og kvinder viste, at:

- Deltagerne spiste mere ved det efterfølgende måltid (830 mod 640 kcal).
- Deltagerne spiste hurtigere.
- Det efterfølgende måltid varede længere.
- Mæthedfølelsen startede senere.

Den samlede fødeindtagelse var højere i det døgn, hvor deltagerne havde fået en aperitif i form af øl eller vin, end de døgn, hvor deltagerne havde fået milk shake, juice eller vand. En protein-drik mættede mest, derefter kom juice (kulhydrat), fedt mættede mindst, og alkohol mættede slet ikke.

Et særligt ry som aperitif har et glas perlende champagne. Champagne er - som alle mousserende vine - en festlig og fornøjelig drik, men det, der gør boblevinene til særlig gode "maveåbnere", er strømmen af fine, små bobler i glasset. Boblerne, der består af 100% ren kuldioxid, virker forfriskende, renser ganen og kuldioxid-boblernes prikkende virkning på slimhinden nede i mavesækken modvirker appetitløshed og kvalme. I gamle dage var et lille glas champagne et kendt og skattet middel mod graviditetskvalme blandt kvinderne i det bedre franske borgerskab, men øget viden om det føtale alkoholsyndrom har skudt det forslag i sænk.

### Vin til maden

Jytte Dreyer, tv-vært for det kendte program Otium, fortalte i 1997 om sit liv til bladet Århus Onsdag i anledning af, at hun var faldet for aldersgrænsen i Danmarks Radio. Jytte Dreyer var 24 år gammel og i gang med en arkitektuddannelse i København, da hun fik børnelammelse. Det kostede hende fem år af hendes liv, de tre et halvt på Røgshospitalet.



“Mogens Fog var min læge dengang, og uden ham var jeg aldrig blevet rask. Han var meget dygtig. Engang listede han ind på stuen kl. to om natten på vej hjem fra en fest. Han havde fyldt vin i en lille flaske og taget et andelår med fra festen, og så sad jeg der og gnavede andelår midt om natten. “Nå, du er bare kræsen,” konstaterede han, for jeg spiste ikke ret meget til daglig, og jeg vejede kun 70 pund. Fra den nat fik jeg bevilget rødvin hver dag”.

I dag er der ikke meget vin at hente for patienterne på de danske hospitaler. I Frankrig gælder der andre regler som Gunner Pedersen - med erfaringer fra flere indlæggelser på franske sygehuse - berettede i et læserbrev d. 19.4.98 til Politiken: “Og ikke mindre vigtigt: Forplejningen var i top, med rigelig, varieret og veltillavet, ja ligefrem spændende mad (med flere valgmuligheder) og vin, hvilket i høj grad bidrog til hurtig helbredelse”. På landets privathospitaler bydes der på gratis vin til frokost og aften og et fint udvalg i de bedste retter ud fra et princip om, at måltiderne på et hospital gerne skal være et af dagens lyspunkter.

På sygehuset Great Western i den engelske by Swindon begyndte man sidste år at servere to glas rødvin per dag til de ind-

lagte hjertepatienter. Den udvalgte rødvin, en Montes Reserve Cabernet Sauvignon fra Chile, har et højt indhold af antioxidanter, som skulle gavne de indlagte hjertepatienter ved at gøre blodet mere tyndflydende og øge mængden af det gavnlige HDL-kolesterol (11). Den videnskabelige dokumentation for vin som hjertestyrkning er meget omfattende, men mon ikke de fleste har det med vin til maden som den engelske forfatter Gerald Asher: “Lad mig straks tilstå, at jeg ikke drikker vin af tekniske grunde, som for at øge mit HDL-kolesterol, eller for at hjælpe mit fordøjelsessystem med at udtrække flere nærrende substanser fra føden. Jeg drikker vin, fordi jeg kan lide det. Vinen gør mig glad, og den tilskynder mig til at holde af mine medmennesker (12)”.

Selvom et glas vin til maden ikke trækker himlen ned på jorden, så kan det bidrage til at gøre måltidet for den indlagte patient til et festligt indslag i en hård og belastende periode af tilværelsen. Forklaringen findes ikke alene ved analyser og laboratorieforsøg. Vi må gøre os klart at vin og mad er mere end væske og kalorier. Et måltid indsuges med alle sanser. Vinen funkler i glasset og fylder – sammen med en smuk anretning på tallerkenen – sindet med forventningens glæde. Vinens bouquet og duftene fra maden stiger op til næsen og stimulerer appetitten. Maden smager herligt fra første mundfuld, og det første glas sender en behagelig varme ud i kroppen og stemmer sindet mildt.

I “Reglement for Sankt Annæ Hospital i København 1524” hedder det:

*“Når nogle så syge er, som tit og ofte sker, at de ligger den ganske dag og intet fortære af det som i hospitalet er, da skal hospitalsforstanderen lade hente udi byen: Vin, hvedebrød og æbler eller andel del, som det syge menneske måtte ønske.”*

eskov@dadlnet.dk ■

## Litteratur

1. Hessov I. Kirurgi og ernæring. Ugeskr Læger 2003;165:4952-55.
2. Gejrot T. Lennanders første appendectomi. Läkartidn 1989;86:4296.
3. Craig E. Wine in the kitchen. London: Constable & Co., 1934.
4. Brun P. Ren energi - fra et køkken i bevægelse. København: Centrum, 1997.
5. Lenz HJ, Ferrari-Taylor J, Isenberg JI. Wine and five percent ethanol are potent stimulants of gastric acid secretion in humans. Gastroenterology 1983;85:1082-87.
6. Singer MV, Eysselein V, Goebell H. Beer and wine but not whisky and pure ethanol do stimulate release of gastrin in humans. Digestion 1983;26:73-79.
7. Peterson WL, Barnett C, Walsh JH. Effect of intragastric infusions of ethanol and wine on serum gastrin concentration and gastric acid secretion. Gastroenterology 1986;91:1390-95.
8. Teyssen S, Lenzing T, Gonzáles-Calero G, Korn A, Riepl RL, Singer MV. Alcoholic beverages produced by alcoholic fermentation but not by distillation are powerful stimulants of gastric acid secretion in humans. Gut 1997;40:49-46.
9. Allingstrup L. Hvis du lider af nedsat appetit. Helse 1999(1):36-37.
10. Westerterp-Plantenga MS, Verwegen RT. The appetizing effect of an apéritif in overweight and normal-weight humans. Am J Clin Nutr 1999;69:205-12.
11. Skovenborg E. Moderat alkoholforbrug og nedsat risiko for iskæmisk hjertesygdom. Årsagssammenhæng eller sammentræf af tilfældigheder. Ugeskr Læger 1994;156:4951-57.
12. Asher G. A little of what you fancy. Proceedings of Wine, Health & Society Symposium, San Fransisco 1981:62-65.

# Landet, hvor fedme er en by i Danmark!

## Tanker fra 7 måneders praktikophold i Eritrea

*Mange har spurgt mig, hvorfor jeg i første omgang valgte at drage den lange vej til Eritrea for at prøve kræfter med det, som studiet indtil da havde givet mig af viden om sundhed, ernæring og formidling, når der var talrige muligheder for praktik i Danmark...*



Janne Christensen

Sommetider forstår jeg det heller ikke selv. Jeg er ikke den grænsesøgende type, når det kommer til de ellers så populære faldskærmsudspring, bunge jumps, bjergbestigninger eller maratonløb gennem Sahara, men i december 2001 satte jeg mig, takket være Folkekirkens Nødhjælp, ind i et fly til Eritrea. Afrika, et kontinent jeg aldrig havde været på; Eritrea, et land jeg aldrig havde hørt det fjerneste om.

Det første praktikophold var uforglemmeligt. At møde et andet menneskeliv, hvor tørke, fattigdom, krig og død er tilværelsens realiteter, men hvor der samtidig hersker livsglæde, medmenneskelighed og gæstfrihed på en og samme tid, slog bene væk under mig. Derfor drog jeg atter af sted i juli 2002 for at tilbringe bachelorpraktikken hos Unicef i Eritrea. Da jeg i januar 2003 blev Professionsbachelor i Sundhed og Ernæring med speciale i sund-

hed og miljø, var jeg heldig at få mulighed for at starte forfra på 5. semester på den netop oprettede specialelinje i klinisk diætetik. Ved den sidste praktikperiode i februar 2004 vendte jeg derfor tilbage til Eritrea for tredje gang, for at undervise jordmødre og sygeplejersker.

Hvad der i første omgang skulle have været en kortvarig flirt eller eventyr blev til et langvarigt, seriøst og forpligtende kærlighedsforhold. Så til mine venners spørgsmål, om hvorfor i alverden jeg drog den lange vej til Afrika, lyder svaret: På det faglige niveau handler det om tilfredsstillelsen ved at kunne forbedre sundhedstilstanden markant ved hjælp af meget få ressourcer. På det private plan handler det om berigelsen ved at opleve, at der er andre måder at leve på og omgås sine medmennesker på, der er mindst lige så "rigtige" og tiltalende, som i de trygge og vante omgivelser i Danmark.

### Folk og fæ

Blandt de utallige oplevelser jeg har haft i Eritrea, er der især én, der for altid er printet i min hukommelse, og som derfor står lyslevende for mig. Alle tre gange jeg har været i landet, har der været tørke og fejlslåen høst. Der har været udbredt mangel på fødevarer i alle landdistrikterne, og befolkningen har i høj grad overlevet på den sparsomme fødevarerhjælp fra USA og

Europa. En dag, da jeg vandrer en tur i det tørre gule landskab, møder jeg en ældre foroverbøjet dame, der er i gang med at hive noget grønt græs op af den stenhårde jord, mens hun synger højt for sig selv. Da hun opdager, at jeg står og betragter hende, indstiller hun arbejdet og går hen til mig. Hendes ansigt er en afspejling af det landskab hun lever i: Dybe rynker gennemfører hendes tykke mørke læderhud, ganske som de udtørrede floder der gennemløber det eroderede landskab omkring den landsby, hun lever i. Hendes ansigt lyser op i et stort hvidt smil, og den klassiske hilsen lyder: "Selam" (fred være med dig) og dernæst, "kemey haadir kee?" (Hvordan går det?), og jeg svarer prompte: "Betami tsebuki!" (Tak, rigtig godt!). Udveksling af høfligheder flyder frem og tilbage mellem os som en lind strøm af gentagne ord, alt imens vi holder hinandens hænder og lægger kind mod kind fem gange; hverken én mindre eller én mere, men præcis fem gange. Jeg har oplevet det så mange gange, men stadig forbløffes og røres jeg af denne venlige imødekommethed. Jeg forsøger med mit



kropssprog at spørge, hvorfor hun er i færd med at hive de genstridige grønne gevækster op af jorden. Hun ler, peger på sin mund og laver tyggebevægelser. Jeg er ikke sikker på, at jeg har forstået hende korrekt; mener hun, at hun indsamler føde til sine geder, eller spiser hendes familie mon disse græs-lignende vækster? Med fem nye kindtryk som afsked vender jeg hjem til min lokale veninde, som jeg bor hos i landsbyen, og fortæller hende ivrigt om hændelsen. Som så mange gange før, når mine danske øjne undrer sig over denne ukendte verden, trækker hun let overbærende på smilebåndet, og svarer: "Jannu, (Janne er et umuligt navn at udtale for en eritreaner!) når der er mangel på mad som nu, er vi alle geder!" Jeg var rystet. Ikke så meget på grund af det faktum at dyr og mennesker kæmper om den samme føde, men snarere fordi denne gamle dame havde svaret på mit spørgsmål med en lethed og godt humør, som for mig virkede ufatteligt under så barske omstændigheder. Smilet havde ikke forladt hendes ansigt ét sekund under vores lille møde, og jeg husker, at jeg hørte hende fortsætte sin sang, mens jeg gik bort derfra.

### Sundhedstilstanden

Som det nyeste land i Afrika er Eritrea et lille og unikt land på mange måder. Det er kun 2,5 gange større end Danmark og med en befolkning på knap 4 millioner. Det er placeret i det nordøstligste Afrika på Afrikas horn, hvor det grænser op til Sudan, Djibouti og Etiopien. Sidstnævnte land har Eritrea ført en 30 år lang krig imod, indtil de endelig opnåede uafhængighed i 1991. Fra 1998-2000 brød krigen imidlertid ud igen, og landets regering står nu ansigt til ansigt med opgaven at genopbygge et økonomisk, socialt og sundhedsmæssigt ruineret land.

Kun 55% af befolkningen i landdistrikterne har adgang til sundhedshjælp, der er over 28.000 indbyggere per læge og 10.000 indbyggere per hospitalsseng; overalt er



der mangel på uddannede læger, sygeplejersker og sundhedsassistenter. Heldigvis sker der store fremskridt på sundhedsområdet. Der har været stor succes med implementering af vaccinationsprogrammer, bekæmpelse af A-vitaminmangel og jodberigelse af konsumsalt. Alligevel er børne- og mødredødeligheden stadig blandt de højeste i verden: Spædbarnsdødeligheden er 72/1000, dødeligheden for børn under fem år er 136/1000 og mødredødeligheden er 998/100.000 gravide kvinder. Til sammenligning har Danmark en mødredødelighedsrate på 1 dødsfald pr. 100.000 fødsler og børnedødeligheden er 0,9 barn pr. 1000 levende fødte. En af mange årsager til den høje dødelighed kan findes i forekomsten af under- og fejlernæring. 38% af alle børn under tre år lider af kronisk underernæring (lav højde i forhold til alder), mens 16% i samme aldersgruppe er akut underernærede (lav vægt i forhold til højde).

### Lokalbefolkningens levevilkår

Ved de to første praktikophold foretog jeg i alt tre mindre ernæringsundersøgelser i tre forskellige landsbyer. Temaerne var henholdsvis:

- Husholdningsøkonomi
- Fødevarerikkerhed
- Ernæringsstatus hos 0-3-årige spædbørn
- Vaner i forhold til amning og overgangskost
- Behandling af diarree

- Fordelingen af mad mellem familiemedlemmer
- Identifikation af såvel hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige traditioner i forhold til sundhedspleje og kost

Selvom jeg ikke er etnograf, beskæftigede jeg mig som ernærings- og sundhedsfaglig person alligevel med områder, der typisk er genstand for etnografiske studier; eksempelvis spisevaner, familiemønstre, husholdningen, sociale betingelser, landbrugssystemer, religion, sprog og andre kulturelle karaktertræk. Alt sammen for at være bedre i stand til at give et kvalificeret bud på årsager til mangelfuld ernæringsstatus og for at fremkomme med forslag til realistiske interventioner.

At bo i tre forskellige landsbyer, mens undersøgelserne blev foretaget, åbnede for forståelsen af landsbylivets barske vilkår, som jeg ikke kunne have opnået, hvis jeg blot havde indlogeret mig i en nærliggende større by og transporteret mig frem og tilbage til landsbyen. På den måde ville jeg have distanceret mig selv i forhold til lokalbefolkningen, i stedet for at vise ydmyghed og ligeværd ved at bo med dem på landsbylivets præmisser.



At leve i lokalmiljøet, og høste fordelene ved at dele hverdagens begivenheder med beboerne, indebærer desværre også at dele konsekvensen af den ringe hygiejne. Gentagne tilfælde af diarré satte sine barrierer for arbejdsprocessen, men jeg tror ikke at den form for feltarbejde kan forventes at foregå uden indtræden af uventede begivenheder, der står uden for ens magt! Til gengæld fik jeg et inikt indblik i husholdningens daglige gøremål, der alle kræver hårdt arbejde og er tidskrævende. Kun 8% af landbefolkningen har adgang til rent drikkevand, og da en tredjedel af vandressourcerne tørrer ud i den tørre sæson, er vandforbruget så lavt som tre liter/person/dag, hvilket er uhyre lavt i forhold til WHO's standard, som lyder på 20-45 liter/person/dag. Ydermere kræver det ofte, at kvinden eller en af de ældre pigebørn vandrer to timer hver vej til vandkilden, så det er ikke så underligt at landbefolkningen tager sig til hovedet, når velmenende sundhedsfolk anbefaler at oprettholde en god hygiejne ved at vaske børnene én gang om dagen over hele kroppen – ”skulle jeg bruge mit sparsomme vand på noget så luksuriøst som bad, når jeg knap nok har til drikkevand?”, lyder deres forståelige reaktion.

Udover markarbejdet bruger kvinden let et par timer på at indsamle brænde eller kokasser som brændsel til madlavningen, maler gederne, vasker tøj, fletter kurve, maler korn ved håndkraft og tilbereder tre daglige måltider. En stor del af kvinderne lever uden deres mænd, da disse er udstationeret til militærtjeneste.

Dette betyder en yderligere arbejdsbelastning for kvinden. Dette travle dags-

program er vigtigt at have for øje, når man forsøger at introducere små forandringer ved kosten; er der for eksempel tid til at børnene får lidt ekstra at spise imellem hovedmåltiderne, for at sikre at energibehovet dækkes?

### Den eritreanske kost

Eritrea adskiller sig ikke fra andre lande i den 3. verden, hvad angår kostens ernæringsmæssige karakteristika. Størsteparten af det daglige energi- og proteinindtag stammer fra basisfødevarer som cerealier og bælgplanter. Typisk kommer helt op til 80% af energien fra kulhydrat i den eritreanske kost. Basisfødevarer er injera, en tynd skumgummiagtig pandekage, som er fremstillet af tyndtflydende fermenteret dej af kornsorterne tef, byg, majs, sorghum, hirse eller en kombination af disse meltyper. Injera spises enten med saucen zigini tilberedt af olie, chili og andre krydderier, tomat og vand eller saucen shiro tilberedt af formalet bælgplanter, olie, krydderier og vand. Begge saucer koges og hældes rygende varme ud over injeraen, der spises fra en stor fælles tallerken med højre hånd af alle familiemedlemmerne. Drikkevarer består af te, hjemmeristet kaffe med anselige mængder sukker eller den alkoholiske drik suah, der brygges svarende til øl.

For eritreanerne er kornet enhver anden råvare overlegen på grund af dets evne til at stille sulten. For størsteparten af Eritreas befolkning, som er bønder, der dyrker deres korn selv, har kornet en nærmest religiøs betydning. De gentagne tørkeperioder uden en dråbe regn, og dermed fejlslagen høst og hungersnød, tolkes som Guds utilfredshed. Kornet er dyrebart for befolkningens overlevelse, og derfor prises det højt. Kød fra kvæg og geder er også behæftet med status, men dyrestanden er oftest lille og kød er en luksus forment til fest og helligdage. Grøntsager og frugt er generelt fødevarer med lav sta-

tus, hvorfor de sjældent dyrkes i større stil, hvilket betyder, at kilder til beta-karotin og C-vitamin er begrænsede. De vildtvoksende mørkegrønne blade, som er rige på både jern, beta-karotin, folat, calcium og vitamin C, prioriteres ikke som et sundt gratis tilskud til basiskosten, men plukkes kun i yderste nødstilfælde, når sulten virkelig rammer familien.

### Ernæringsundersøgelserne

Ernæringsundersøgelserne indbefattede kvalitative interviews til at kortlægge de deltagende kvinders egne forklaringer på deres sundhedsvaner og spisemønstre. Den kvalitative del blev suppleret med en række kvantitative måltagninger, heriblandt registrering af spædbørnenes antropometriske mål samt beregning af indholdet af makro- og mikronæringsstoffer i spædbørnenes dagskost. Sidstnævnte blev gjort ved hjælp af kostregistrering, hvor alle ingredienser før og efter tilberedning samt efter måltidets afslutning blev afvejet. Denne kostregistreringsmetode er uhyre tidskrævende, men til gengæld var de registrerede data af høj reliabilitet.

Ud fra disse undersøgelser fremkom det, at så godt som alle kvinder ammede deres spædbørn i knap to år, men at der desværre ikke var tale om eksklusiv amning, da især sukkervand blev givet som tilskud. Overgangskosten blev derudover introduceret for sent, som oftest i 9-12 måneders alderen, og energi- og næringstætheden af den tilbudte mad var utilstrækkelig. Så godt som alle spædbørn fik kun 50% af deres energibehov dækket, og indtaget af jern, folat, zink, calcium, vitamin A og C var meget mangelfuldt.

Mange mødre stoppede med at amme eller give deres spædbørn væske og fast føde ved tilfælde af diarré, da de mente, at det var den bedste måde at stoppe diarréen på. Umiddelbart er dette en ganske logisk tanke set fra moderens synsvinkel, men fatal



for spædbarnet. Derudover praktiserede nogle mødre såkaldt "traditional cutting" omkring øjenbrynene og anklerne ved tilfælde af anæmi, for "at få sygdommen ud med blodet". En paradoksal handling eftersom anæmien naturligvis forværres herved.

### Undervisning af lokale mødre

Ernæringsundersøgelser uden efterfølgende undervisning og oplysning er meningsløst og uacceptabelt for lokalbefolkningen, der sætter deres sparsomme tid til rådighed og åbner deres hjem for den fremmede interviewer. Ergo vendte jeg tilbage til landsbyerne og underviste kvinderne ved hjælp af tolk. Hovedoverskriften for undervisningen lød: Når der er generel mangel på fødevarer, hvordan får vi da ernæringsmæssigt mest ud af de sparsomme ressourcer, der er tilgængelige? Undervisningen blev foretaget under hensyn til målgruppens forudsætninger, og budskabet blev udformet ud fra, hvad der var praktisk muligt at ændre i husholdningen.

1. Der blev udelukkende brugt visuelle eksempler, praktiske øvelser og tegninger, eftersom kvinderne var analfabeter.
2. Der blev taget udgangspunkt i kvindernes allerede eksisterende og hensigtsmæssige vaner ved præsentation af nye forslag.
3. Undervisningen foregik i små grupper, for at øge muligheden for dialog, og den

var af kort varighed for at forstyrre den daglige rutine mindst muligt.

4. Budskaberne var klare og med simple pointer, der tog udgangspunkt i kvindernes hverdag og virkelighed.

Følgende budskaber var prioriteret på grund af deres alvor og deres relativt simple implementering. Naturligvis blev der anvendt hverdagsudtryk ved selve undervisningen.

1. Proteinkomplementering: Kombiner bælgplanter og cerealier i måltiderne.
2. Eksklusiv amning: Spædbarnet har aldrig brug for andet væske end modermælken i de første seks måneder.
3. Overgangskost: Tilsæt olie, knuste jordnødder/hørfrø og sukker til spædbarnets grød for at øge energitætheden.
4. Jern, beta-karotin og vitamin C: Udnyt de vildtvoksende mørkegrønne blade dagligt, undgå at koge dem for længe eller at smide kogevandet ud.
5. Behandling af diarré: Stop aldrig med at amme eller give mad. Tilbyd barnet Rehydration Solution efter hver vandig afføring og et ekstra måltid mad om dagen i de efterfølgende to ugers rekonescens.

### Som ringe i vandet

Tredje og sidste praktikperiode fandt sted i Eritreas hovedstad Asmara, hvor jeg underviste sammen med MPH., jordmoder

Susanne Houd og cand. pæd. Jørn

Eskildsen på et Danida-støttet projekt.

Projektet er et træningsprogram for eritreanske jordmødre, sygeplejersker og sygehjælpere, som arbejder ude i landdistrikterne, hvor de underviser uuddannede "barfodsjordmødre" eller Traditional Birth Attendants, som de kaldes. Eftersom TBA's er analfabeter, stiller det anderledes krav til undervisningen end de gængse, og det er disse læringsprincipper, som de uddannede sundhedsprofessionelle lærer at kende og praktisere i løbet af de 14 dage kurset varer. Kursets grundidé er, at der skal være sammenhæng mellem indhold og metode. Det betyder, at den måde jeg underviste på, var mindst lige så vigtig, som hvad jeg underviste i. Ved at inddrage visuelle eksempler i form af tegninger og rigtige fødevarer, opfordre til praktisk arbejde i grupper og øve rollespil som formidlingsform, demonstrerede jeg en læringsform, som kursisterne kunne lade sig inspirere af til deres egen praksis i landsbyerne.

### Praktikophold i et 3. verdensland

Afslutningsvis vil jeg på det varmeste anbefale alle med et nysgerrigt sind at kaste sig ud i et praktikophold eller et arbejde i et 3. verdensland. Dog må jeg advare imod "Den Afrikanske Syge", der ofte rammer folk på disse kanter; nemlig den alvorlige bivirkning at oplevelsen kan føre til svær afhængighed af den afrikanske livsform og tvinge den "smittede" til at komme tilbage!

Skulle du være interesseret i at høre mere om de praktiske foranstaltninger før afrejse, ernæringsundersøgelsernes metodik og resultater, kurset for jordmødre eller ønsker du at læse bachelorprojektet "Småbørnsernæring, overgangskost og jernstatus – ernæringsundersøgelse og ernæringsundervisning", er du velkommen til at kontakte mig.

jeritrea@hotmail.com ■

Maveproblemer?

# Husk dine daglige fibre



HUSK psyllium kapsler består alene af pulveriserede frøskaller fra den indiske lægeplante *Plantago Psyllium*.

Psyllium har været anvendt, især i den østlige del af verden, igennem mange hundrede år og er især kendt for sin gavnlige virkning på tarmsystemet.



Vær go' ved din mave

W. Ratje Frøskaller ApS . [www.husk.dk](http://www.husk.dk) . Tlf. 32 51 96 00



# Sundhedsstyrelsens Diabetesstyregruppe

*Jeg er blevet udpeget som repræsentant for Foreningen af Kliniske Diætister til at sidde med i Sundhedsstyrelsens Diabetesstyregruppe, som består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Ministerier, Amdsrådsforeningen, Diabetesforeningen og faglige organisationer, der er involveret i behandlingen af diabetespatienter.*



Gruppen er nedsat på baggrund af MTV rapporten fra 2003 til at følge op på resultatet. Gruppen skal løbende vurdere behov for nye eller ændrede retningslinier for behandling af diabetes. Vurdere organisatoriske, ressource- og patientmæssige konsekvenser af evt. ændringer. Vurdere nuværende uddannelse og efteruddannelse af personalegrupper. Belyse væsentlige forudsætninger for at understøtte patienters motivation og egenomsorg. Stille forslag til nye initiativer vedrørende forebyggelse. Vurdere forskning og udvikling. Gruppen skal være med til at fastholde fokus, sådan at implementering og udvikling på området sikres. Gruppen skal sikre nationalt overblik og decentral handling.

Sundhedsstyrelsen har allerede lavet en handlingsplan om diabetes, som retter sig dels imod at stoppe den nuværende betydelige vækst i aldersdiabetes ved primær

forebyggelse, dels mod at forbedre forløbet for dem, der allerede har erhvervet sygdommen, via den patientrettede forebyggelse og behandling.

Med handlingsplanen følger også en stor pose penge, der dels er givet til allerede igangværende projekter, de resterende millioner har Diabetesstyregruppen mandat til at råde over.

På det første møde i februar måned, drøftede vi allerede igangværende projekter, planlagde arbejds-gange og nye initiativer. Et meget konstruktivt og positivt møde, hvor arbejdsopgaverne blev drøftet og fordelt.

Der blev nedsat nogle arbejdsgrupper, hvis opgave det er at skabe grundlag for styregruppens beslutninger. Den arbejdsgruppe jeg kom med i skal se på kompetenceudvikling og egenomsorg, samt monitorering og kvalitetssikring.

Vi skal bl.a. skabe overblik over og vurdere de pædagogiske metoder, der anvendes i forbindelse med kompetenceudvikling hos diabetespatienter.

Det er et stort arbejde, og der vil være en del møder indtil arbejdsgruppen kan aflevere en rapport til Diabetesstyregruppen, som skal drøftes på deres møde i oktober. Diabetesforeningen afholder et Diabetesseminar den 4. november, hvor der vil være oplæg fra grupperne.

Referat fra møderne kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Og jeg vil på disse sider vende tilbage med mere nyt fra Sundhedsstyrelsens Diabetesstyregruppe.

etl@steno.dk ■



## "Senior Dietitian" i England

*En fast stilling som klinisk diætist blev opsagt - og to skolebørn på 7 og 9 år blev flyttet til et nyt land og et nyt sprog, fordi familiefaderen fik chancen for at blive udstationeret i England i januar 2002. Har det været let? Nej, men det er en oplevelse for livet og en spændende udfordring, som ingen i familien har fortrudt et sekund.*



Karin Carstensen

Alt det, der var en selvfølge i en dansk hverdag, skulle først etableres i vores engelske hjem udenfor London. Utroligt hvor besværligt det kan være f.eks. at oprette en telefon. Englænderne benytter desuden ikke et fælles registreringssystem som vores enkle CPR-nr. system, hvilket betyder, at der skal udfyldes et utal af dokumenter til al registrering. Børnene klarede omvæltningen flot, men krævede som ventet en del opmærksomhed. Det første halve år fik de ekstra hjælp, og jeg assisterede, således at de bl.a. fik ekstra engelsk i skolen i stedet for franskundervisning.

Da familien efterhånden var faldet på plads, og min rolle som chauffør for børnene og daglig tovholder var overskuelig, blev det min tur til at tænke lidt på mig

selv. Et stort indendørs tenniscenter og et forældreaktivt miljø på børnenes internationale skole er absolut ikke at foragte. Jeg deltog også i danskundervisning af børn i weekenden, men nysgerrighed omkring engelske diætistjobs og almindelig faglig interesse fik mig i gang med at undersøge mulighederne.

Det viste sig at kræve meget tålmodighed at komme i gang som klinisk diætist. Jeg brugte 6 måneder og ca. 3000 kr. på at blive inviteret til en samtale hos "Health Professions Council". Udover oversættelse af alle mine papirer og udfyldelse af en masse skemaer og formularer skulle mine danske uddannelser vurderes i forhold til engelske uddannelser, hvilket UK NARIC (National Academic Recognition Information Centre for the United Kingdom) tog sig af. For kliniske diætister med udenlandsønsker kan det anbefales at få det ordnet hjemmefra. Den danske afdeling af NARIC, The Danish Centre for Assessment of Foreign Credentials kan være en hjælp og kan findes på [www.cvu.dk](http://www.cvu.dk). Jeg vil fremhæve, at både Specialkursus i Husholdning og Ankerhus har været gode hjælpere i forløbet.

Min husholdningslærereksamen fra Ankerhus 1986 og min kliniske diætistuddannelse fra Århus fra 1988 blev henholdsvis vurderet som: BTEC Higher National Diploma/ N/SVQ level 3 standard og British Bachelor (Ordinary) degree standard.

I samtalen, hvor min fremtidige arbejdsituation skulle afgøres, deltog en underviser fra diætiststudiet og en repræsentant fra BDA, British Dietetic Association. Den første halve time af samtalen gik strålende, idet jeg blev bedt om at beskrive, hvad jeg havde lært under og efter uddannelsen i Danmark. Armbevægelserne faldt nok lidt, da jeg derefter blev forhørt i paratviden og case-relaterede situationer. Stemningen var dog positiv og ligeså var det brev, som dukkede op efter endnu en måneds ventetid. Jeg fik mit registreringsnummer som "dietitian" uden restriktioner – endeligt.

På det tidspunkt havde jeg allerede kontakt med de lokale kliniske diætister. Ud fra mine oversatte danske anbefalinger og med betingelse om, at jeg skulle have mit registreringsnummer, ville chefdiætisten ansætte mig på det lokale offentlige hospital. På et tidligt tidspunkt bekymrede jeg mig om sproget, men eftersom størstedelen af personalet på de offentlige sygehuse er to-sprogede, blev det aldrig et problem.



Pludselig sad jeg som alene-diætist på et engelsk hospital, 3 dage om ugen. I starten kunne jeg knap nok læse en journal med lægehåndskrift på engelsk! Mine formuleringer er nok stadig ikke altid helt så præcise, som de ville have været på dansk, men blandt patienter og kollegaer er der ikke problemer med at blive accepteret som udlænding. Titler anses i England som noget meget vigtigt, og jeg har bevæget mig op til at blive "Senior Dietitian". Lønnen er tæt på den danske, men skatteprocenten er kun på ca. 30%.

Udover at dække hospitalet og diverse klinikker, arbejder mine kollegaer også ude i lægehusene og i samarbejde med hjemmesygeplejersker. Jeg mødes jævnligt med en stor lokal gruppe til "update" møder, hvor relevante emner præsenteres og diskuteres. Derudover mødes jeg med de øvrige sygehusansatte, hvor det især er praktiske forhold og personlig udvikling, der er i fokus.

Der er store forskelle fra en dansk diætist hverdag m.h.t. patienternes kostvalg og traditioner med f.eks. baked beans og linses i hverdagskosten som fiberkilder i stedet for rugbrød, men de grundlæggende undersøgelser for anbefalingerne er stort set de samme og diæterne derfor også. Det positive i hverdagen er samarbejdet med kollegaer og respons fra patienterne, men besparelser og dårlige normeringer er også kendt her. Der er ikke penge nok til hospitalsmaden, som har en lav standard, og plejepersonalet har travlt til at få det bedste ud af tilbudene. Screeningskemaer til at udpege de underernærede patienter bliver brugt ved ind-

læggelsen, men bliver ikke altid fulgt op undervejs. Jeg kunne nævne flere eksempler, der gør, at hverdagen på mit job såmænd ikke er så anderledes som den, jeg forlod i Danmark.

Forskellen på offentlige og private hospitaler er meget synlig. Det er helt normalt med store sengestuer på et offentligt hospital. Oftest er patienterne på en 14 mands-stue med gardiner som eneste mulighed for afskærmning.



Stuegang foregår med et stort følge efter overlægen, som ikke altid taler direkte til patienten. For ikke at skabe et "gammeldags" billede af situationen vil jeg tilføje, at hver patient har sin egen skærm med adgang til TV, radio, telefon, internet m.m. mod betaling. Al patientregistrering og registrering af div. undersøgelser foregår pr. edb, så de med danske øjne "gammeldags" fysiske rammer, skal nok nærmest tolkes som mangel på ressourcer i det offentlige regi. Det faglige niveau er i top og en interessant detalje er, at mange af overlægerne i det offentlige system er de samme, der fører tilsyn med de mere luksuriøse private hospitaler.

Som sammenligning med de danske forhold kan jeg nævne, at der pr. 1. april 2003 var 5.782 registrerede diætister i England. Foreningen af engelske diætister, BDA, startede helt tilbage i 1936 og studiet på 4 år kan gennemføres på 7 forskellige universiteter. Det er også overvældende at tænke på, at jeg i det offentlige engelske sundhedsvæsen, NHS, har mere end 1 million kollegaer.

I ventetiden på at blive godkendt som diætist startede jeg med at læse psykologi på Open University. Jeg valgte et deltidsstudium, som er sat til 16 timer ugentligt. Jeg har fortsat studiet og er nu i gang med mit 2. år. Det kan med tiden føre til en bachelor. Uanset om jeg bliver færdig med studiet eller ej, så har det været meget spændende - og det at studere og skrive opgaver på engelsk er meget lærerigt.

Selv om vi nyder tilværelsen fuldt ud herovre, så er vi begyndt at tænke på det der-

hjemme igen, eftersom børnene efterhånden læser og skriver bedre på engelsk end på dansk. Danmark er for os stadig et smørhul i mange retninger, og det er en fornøjelse at opleve de positive tanker andre nationaliteter har om Danmark.

For de interesserede kan der hentes oplysninger på følgende hjemmesider: [www.hpc-uk.org](http://www.hpc-uk.org) (Health Professions Council) [www.bda.uk.com](http://www.bda.uk.com) (The British Dietetic Association).

[gbKurCar@europe.lego.com](mailto:gbKurCar@europe.lego.com) ■

# Ankerhusmøde 2004 – en tradition er grundlagt

*Det første faglige Ankerhusmøde for kliniske diætister blev søsat d. 23. marts 2004. Emnet var "Moderne tendenser i Diabetesbehandling". Der var inviteret en række yderst kompetente og inspirerende foredragsholdere til at belyse dagens tema.*

Emnet for dagens første indlæg var "Den osteoporotiske diabetespatient", ved overlæge Henrik Ancher Sørensen, Medicinsk Center, Amager Hospital. Fakta om risikofaktorer, profylakse, behandling blev gennemgået på inspirerende og indlevende vis. Konklusionen var soleklar – den kliniske diætist spiller en yderst central rolle i såvel profylakse som behandling af de osteoporotiske patienter.

Herefter fulgte "Fodproblemer hos diabetiske patienter", ved overlæge Michael Lohmann, Sårhelingscentret, Bispebjerg Hospital. Fodproblematikken blev vist fra den kirurgiske side og tilhørerne fik et solidt indblik i de frustrationer fodteamet møder i det daglige arbejde. Den optimale behandling kræver et tæt teamwork mellem kirurg, sygeplejerske, fodterapeut, socialrådgiver og klinisk diætist. Behandlingen er langvarig, men resultatet ofte en betydelig bedre livskvalitet.

Læge Peter Gæde, Steno Diabetes Center præsenterede Steno-2 studiet sammen med klinisk diætist Maiken Beck. Studiet der er et interventionsstudie, har undersøgt effekten af intensiv polyfarmakologisk behandling og adfærdsterapi, hos en gruppe diabetespatienter med type 2 dia-

betes og mikroalbuminuri, over en 8 års periode. Steno-2 studiet formåede at halvere risikoen for sendiabetiske komplikationer. Et resultat, der i øjeblikket har stor international bevågenhed.

Professor, overlæge Sten Madsbad, Medicinsk Center, Hvidovre Hospital, afsluttede de lægelige sessioner med en gennemgang af litteraturen bag MTV-rapporten om type 2 diabetes – specielt med fokus på adipositas. Den kliniske diætist's rolle i behandlingen af adipositas blev provokatorisk nævnt som tvivlsom, men dog med den konklusion at selv et forholdsvist

lille vægttab kan have stor positiv langtidseffekt. Den igangværende adipositas-epidemi skal have en målrettet forebyggelse allerede fra skolealderen i kombination med den kliniske diætist's indsats.

Sidste foredragsholder var klinisk diætist Birgit Schelde, Medicinsk afdeling M, Århus Kommunehospital, som på fremragende vis førte os igennem fordele, ulemper og holdninger til Glycæmisk index og Carbohydrate Counting. Ingen tvivl om, at vi befinder os på en skillelinie i diabetesbehandlingen – og umiddelbart er tendensen at Carbohydrate Counting vinder mere og mere indpas i behandlingen af diabetikerne, med stor fordel for den enkelte patient.

Alt i alt en faglig og social inspirerende dag i dejlige omgivelser. Glædeligt var det også at konstatere at Rektor Ulla Koch meddelte, at hun ved den store tilmelding og det indholdsrige møde måtte sige, at



Maiken Beck



Ankerhusmødet i år var starten på en ny tradition, og hun så frem til det 2. Ankerhusmøde i 2005.

Så sæt allerede nu kryds i kalenderen tirsdag den 15. marts 2005 – det kan anbefales.

Ankerhus takker Novo Nordisk A/S, Roche A/S, Novartis A/S og Fresenius-Kabi A/S for velvillig sponsorering, der muliggjorde denne vellykkede dag. ■

#### Lidt praktiske oplysninger og litteraturhenvísninger:

1. Henrik Ancher Sørensen kom i sit foredrag ind på tilskud med calcium og D-vitamin, hvis indtaget ikke kan dækkes via kosten. Osteoporoseforeningen udgiver jævnligt en oversigt over calciumpræparater. Denne, calciumoversigt,

kan hentes via foreningens hjemmeside [www.osteroporose-f.dk](http://www.osteroporose-f.dk).

2. Her kan du læse mere om Steno-2 studiet:

- Gæde P, Vedel P, Parving HP, Petersen O. Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria in the Steno type 2 study. *Lancet* 1999; 353; 617-267

- Gæde P og Beck M Limited impact of lifestyle education with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria; results from a randomized intervention study. *Diabetes Medicine*; 18; 104-108.

3. MTV-rapporten om type 2 diabetes kan hentes via Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

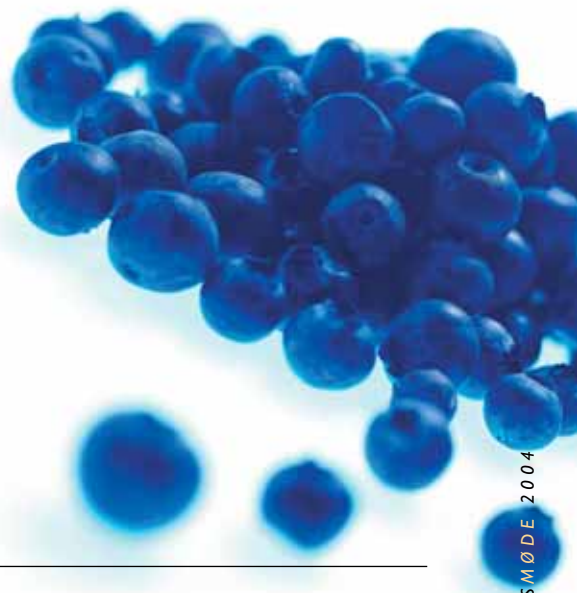
4. Her kan du læse mere om glykæmisk indeks og Carbohydrate Counting:

- Brand-Miller J et al. Low-glycemic index diets in the management of diabetes: A meta analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2003; 26: 2261-2267

- DAFNE Study Group. Training in flexible, intensive insulin management to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: dose adjustment for normal eating (DAFNE) randomized controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 746-752.

- Schelde B. Carbohydrate counting - en ny tendens i diabetesbehandlingen. *Diætisten* 2004;68:9-11.

5. Her kan du købe "fjerdims'en" som blev omtalt i indlægget af Michael Lohmann: "Fjerdimsen" til fod undersøgelse hedder "monofilament semmes weinstein" og kan købes hos Firmaet Smith & Nephew, Nærum. Tlf. 4580 6100





Tjek [www.dengroenneslagter.dk](http://www.dengroenneslagter.dk)

- kun tilsat god information

Den Grønne Slægter gør livet lidt lettere for dem der har allergi

# "Er den farlig – kan den spises?" sproget som værktøj

*Mandag den 22. marts 2004 var Hillerød Sygehus rammen om et lærerigt og underholdende foredrag, arrangeret af amtskredsformand Anne Arentoft.*

Foredragsholder var Michael Eistrup, cand. mag. i lingvistik og stud ph.D. Vi fik først et lynkursus i lingvistik, fonetik, sproghistorie og samt en indføring i sidste nyt fra forskningens verden. Interessant er det at vide, at ens modersmål har sæde i ét hjernecenter og eventuelle tillærte sprog styres fra et andet center i hjernen. Tosprogede børn arbejder dog med to sprog parallelt fra samme center. Muligvis kan man på tilsvarende måde skelne mellem andre, fundamentalt tillærte og senere tillærte færdigheder. Spændende perspektiv for os der arbejder med vaneændring.

Andre spørgsmål vi kom ind på var, hvad bruger vi sprog til, hvad er sprogfunktionen betinget af, og hvor stammer sprog fra. Det vil føre for vidt at gå i detaljer med samtlige emner, men jeg er nu i stand til at svare på sidste spørgsmål: Ingen ved hvor sprog stammer fra. De ældste skrevne, sproglige overleveringer er 6000 år gamle – derudover vides intet, og det ene bud er lige så godt som det andet: En udvikling af skriget eller Guds gave til menneskeheden? Én ting er sikkert – alle sprog er i stadig udvikling, og den udvikling er betinget af, at vi tager noget til os og kaster andet bort. Dette forløb er der intet, der kan stoppe. Derfor er diskussionen om rigtigt og forkert fundet i tiden og betinget af tiden. Ingen

ville i dag diskutere rigtigt og forkert sprogbrug i halvtredsernes danske film – det er irrelevant i dag. Sprogriktigheden bestemmes af de socialt toneangivende, men sproget influeres af mangt og meget andet.

Efter således at have klædt os på og givet os det at tygge på, kom Michael Eistrup ind på kommunikationen, det vil i vores sammenhæng sige sproget som værktøj til at få et givent budskab ud. Michael Eistrup lagde ikke skjul på, at der er flere kommunikationsmodeller, men han havde valgt Ciceros kommunikationspentagram (= femkant), fordi modellen er enkel uden at være forsimplet. Vi fik et nu et lynkursus i retorik.

Michael Eistrup brugte retorikken og Ciceros model som effektiv påmindelse om, hvor vigtigt det er at arbejde systematisk og bevidst med de elementer, der indgår i modellen. Han gjorde med eksempler klart – vittigt og skræmmende – at det påvirker helheden, når man "piller" ved henholdsvis afsender, modtager, emne, medie og forløb (de fem hjørnerne i pentagrammet).

Ønsker man i sin kommunikation at bejle til modtagers pathos (dvs. hvilke følelser ønsker afsender at vække), til logos, fornuften, eller plejer man sin ethos, i daglig

tale sit image? Michael Eistrup gjorde opmærksom på, at man med en analyse kan blotlægge, hvad der egentlig ønskes opnået fra afsenders side, for det ligger langt fra altid "bare" i ordene. Under alle omstændigheder er retorikkens systematik gode værktøjer til at fremsætte et hvilket som helst budskab: Hvad skal kommunikeres (inventio), i hvilken rækkefølge (dispositio) og hvordan (elocutio), hvilken fremtoning ønsker man at gøre (pronuntiatio), er valget passende (aptum), klart (perspicuitas), korrekt (puritas) og hvor meget pynt (ornatus) skal med. Alt har et formål og en plads i kommunikationen – støtter valgene det ønskede formål? Ønsker man at holde talen/foredraget/-indlægget uden at støtte sig til noter, kan man øve sig i at huske essens og struktur (memoria).



Michael Ejstrup

Ja, de romere kunne andet end at skabe imperier! Der er næppe det statsoverhoved, hvis rådgivere ikke kender Cicero. Vi skal ikke flytte landegrænser, men det føles nogen gange sådan. Så vi kan nok også have god gavn af at studere lidt retorik.

helenemeden@hotmail.com ■

# Temadag for kliniske diætister

*Ebeltoft Kurcenter inviterede d. 18. marts 2004 kliniske diætister til en temadag om svær adipositas.*



Temadagen startede med en introduktion til Kurcentret. Direktør Flemming Darre fortalte om, hvordan centret opstod, og souchef Christian Sørensen gennemgik, hvordan han bl.a. arbejder i en sagsbehandlerfunktion. Han bruger en stor del af sin arbejdstid på at tale med læger, sagsbehandlere, arbejdsformidling og Akasser med henblik på at hjælpe kursisterne med at få bevilget ophold. Undertegnede fortalte om samarbejdet mellem klinisk diætist, psykoterapeut og trænere i fælles front for at motivere, støtte og vejlede den enkelte kursist.

## En tidligere kursist

Eftermiddagen blev indledt af en tidligere kursist, Peter Damsgaard, som fortalte om sin kamp mod at tage 65 tabte kilo på igen. Peter fortalte meget ærligt om, at det var enormt svært at holde kosten hjemme, og hvad der er sværest ved at være tyk. Nøgleordene til os kliniske diætister var allerførst (sagt på en humoristisk måde), at "tykke er dovne" og mestre i undskyldninger. Det gør ondt at

bevæge sig, når man er tung, og alt kan virke besværligt.

Vejen frem for Peter hedder planlægning. Planer for alt, både arbejdstid, indkøb, træning, samvær, søvn, madlavning m.m. Meget konkrete planer, som ikke bør fraviges. Han mente, at svært overvægtige ofte er ustrukturerede og foretrækker at hoppe over, hvor gærderet er lavest, så det vi som kliniske diætister skal tænke over er, at det skal være uendelig nemme løsninger. Enkle opskrifter, overskuelige valgmuligheder og faste rutiner. Selvværdet er som oftest heller ikke godt, selv om overfladen kan virke meget selvsikker. Selverkendelse og fokus på egne behov har været en stor del af grunden til, at han ikke har taget på igen.

Meget vigtigt for succes- en var opbakning hjemmefra, så det vil være godt at ind- drage hele netværket, såsom

arbejdsgiver, venner, bofælle m.fl. Med udgangspunkt i en konkret og overskuelig handlingsplan, hvor alle rutiner er faste og ufravigeligt sikre, skulle det være muligt at få succes. Hvis den overvægtige person vel at mærke får tanker og handling sporet ind på at sætte sig selv som 1. prioritet, og ikke fjerne fokus ved at bruge kræfterne på alt muligt andet... Her kommer støtten fra netværket især ind i billedet.

Den svært adipøse kan betragtes som en madmisbruger, der med fordel kan søge forandring fra sit vante miljø for at få fremtidig succes.

## Brainstorm

Efter indlægget var der brainstorm over emner til diskussion, og vi kom omkring en del.

## Motivation

Som bekendt at det svært at behandle en person, der ikke er motiveret, og motivationen skal komme indefra. Det blev diskuteret, om man kan afvise en ikke-motiveret person, eller om opgaven ligger i at sørge for, at personen bliver motiveret. Vi kan ikke undgå at skulle tale om meget andet end mad, og her er tiden en knap faktor, hvis personen har andre og større problemer end vægten, som først skal

behandles – evt. med hjælp fra samarbejdspartnere (træner, psykisk bistand, sagsbehandler m.fl.).

Det vigtige er, at den kliniske diætist ikke er fordømmende over det, personen finder vigtigt. Diskussionen gik også på, om vi kan acceptere at andre diættyper er OK, så længe personen taber sig? Det var der generel enighed om, vi bør søge at undgå, evt. ved langsomt at guide personen fra sin diæt over på vores velfunderede forslag.

### Den kliniske diætists rolle

Er vi behandlere, eller skal vi til at revurdere vores rolle i forhold til svær adipositas? Kunne man forestille sig, at vi blev motivatorer med stor ernæringsviden i firmaer, lokalsamfund, på sygehuse og meget andet? Vi kan ikke magte overvægtsbehandlingen alene, og kan måske med fordel begynde at tænke kreativt ud i samarbejde, og hvad vi kan byde ind med i fremtidens overvægtsbehandling og -forebyggelse.

### Opfølgning

Bør opfølgningen af den svært adipøse være livslang, og bør man betragte det som en kronisk lidelse med stor risiko for tilbagefald? Der blev talt om at stille svær adipositas som en klinisk diagnose med varig opfølgning og prøvetagninger med jævne mellemrum. Man kunne tjekke levertal, blodglukose, kolesterol osv. som fast rutine og lade langtidsbehandling på denne vis erstatte de mange indlæggelser til gennemsnit-



ligt 5500 kr./døgn, som adipøse ofte har... Hvordan ville compliance så være på sigt, og hvilket samarbejde vil det kræve? Økonomien er en umiddelbar begrænsning, men spørgsmålet er, om det ikke er billigst i længden.

### Beregning af energibehov

Diskussionen om beregning af energibehov til svært adipøse gik på, om man 1) skulle beregne energibehov ud fra aktuel vægt med en energideficit på 4200 kJ/dag og løbende justere energiindtagelsen nedad, sammen med vægttabet, eller om man 2) skulle beregne energibehov ud fra en normalvægt med BMI 25, således at personen en gang for alle lærer at spise som en normalvægtig. De fleste hælder til, at man gør et eller andet midt i mellem. Der er således ingen entydig opskrift, som kan skrives ind i en rammeplan, men de to nævnte muligheder kan benyttes ud fra erfaring og vurdering. Emnet er åbent til debat.



### Væske

Flere kliniske diætister har oplevet, at når en patient/kursist har drukket meget væske, er vægttabet større, end når der ikke drikkes nok væske. Den umiddelbare forklaring kan være mæthed, men det opleves nu alligevel som påfaldende bedre resultater, når væsken er rigelig. Det blev diskuteret, hvad væsken gør rent fysiologisk ved fedtforbrændingen.

### Proteinbehov

Proteinbehovet var der enighed om, at man bør beregne ud fra en normalvægt, ikke aktuel vægt, helt i overensstemmelse med, hvad vi lærte på studiet. Der var enighed om, at vi kan forsvare at give 20-25 E% protein under vægttabet med baggrund i studier fra Landbohøjskolen.

### Hjemme-side FakD

FakD hjemmeside har i kursuskalenderen flere aktiviteter vedr. overvægt. Check engang og brug gerne hjemmesiden mere.

### Interessegruppe

Hvor er Adipositasforeningen henne i debatten om overvægt for tiden? Vi hører ikke noget til den og talte om at lave en interessegruppe for svær adipositas for kliniske diætister på landsplan. Hvis nogle er interesserede i at være med i en sådan, vil undertegnede gerne samle deltagerne sammen på en liste.

annhen@ofir.dk ■



# Klinisk diætist på Nørresundby Apotek

*Apotekerne i Danmark havde udnævnt 2003 til "Sundhedsår", hvor der bl.a. blev sat fokus på rigtig brug af medicin og forebyggelse af livsstilssygdomme.*



Sundhedsåret betød at der f.eks. blev tilbudt kostvejledning på mange af landets apoteker – udøvet af farmakonomer og farmaceuter. Apotekerforeningen udarbejdede f.eks. en vejledning om slanke-rådgivning med henblik på at apotekspersonalet forholdsvis hurtigt og enkelt kunne lære at vejlede kunderne.

Apotekeren på Nørresundby Apotek mente imidlertid ikke, at det var professionelt, at farmaceuter og farmakonomer bevægede sig ind på områder, de ikke er uddannede til at bestride. Derfor valgte han at ansætte en person med specialuddannelse indenfor dette område – nemlig en klinisk diætist. Jeg startede i jobbet 1. marts 2003.

## Fra tanke til handling

Da al udvikling som regel koster penge forventede vi ikke, at hele lønudgiften fra dag et kunne dækkes af brugerbetaling. Apotekeren rettede derfor henvendelse til Nordjyllands Amts afdeling for Sundhed og Forebyggelse for om muligt derfra at få støtte til projektet. En model kunne

være, at amtet ydede tilskud til patienter, der blev henvist af praktiserende læger. Efter lang betænkningstid og flere rykninger kom der mundtligt svar fra amtet, som udtrykte stor interesse for ideen, men beklagede, at man ikke umiddelbart kunne finde midler til økonomisk støtte. Ligeledes rettede vi henvendelse til Sygeforsikringen Danmark. Konceptet blev forklaret og også positivt modtaget. Resultatet heraf blev, at medlemmer af Sygeforsikringen Danmark kunne få refunderet efter samme takst, som de kan hos privatpraktiserende kliniske diætister. Der blev desuden søgt støtte til projektet hos Apotekerfonden og Farmaceutforeningen, og begge gav tilsagn om støtte.

Inden jeg startede i jobbet, indbød vi læger i apotekets søgningskreds til en orienteringsaften. Her blev jeg præsenteret og fortalte om, hvad jeg kunne tilbyde. Stort set alle de fremmødte læger udtrykte tilfredshed med at have fået mulighed for at henvise patienter - primært med

livsstilssygdomme og vægtproblemer - til professionel rådgivning. Til markedsføring af det nye tiltag blev der udarbejdet en brochure med oplysning om, hvad der kunne tilbydes samt priserne herfor. Brochurerne blev sendt til de enkelte lægepraksis i Aalborg sammen med et kort introduktionsbrev. I apotekets skranke samt fra apoteksudsalgene blev brochurerne aktivt udleveret til alle kunder. Sammen med en pressemeddelelse blev brochuren sendt til lokalavisen, hvori der også blev indrykket en annonce. En redaktionel artikel var ligeledes med til at udbrede kendskabet til en klinisk diætist på apoteket.

## Arbejdsdag på apoteket

Som ventet stod kunderne ikke ligefrem i kø de første dage. Men flere læger, der havde modtaget materialet eller deltaget i introduktionsmødet, ringede og gjorde brug af min viden. Indtil kunderne indfandt sig, blev tiden også brugt til at udarbejde materiale til brug i vejledningen, forberede undervisning for personalet om ernæringsdrikke og om kolesterolsænkende kost, ligesom et slankehold for medarbejderne blev forberedt og oprettet. Og ikke mindst brugte jeg tid på at lære personalet og deres arbejdsgange at kende – et område, som hidtil havde været ukendt for mig.

I skranken benyttede apotekspersonalet sig af muligheden for at inddrage mig i ekspeditionen. I det tilfælde, hvor en kunde bad om ernæringspræparater, tilbød de kunden at få en snak med den kliniske diætist. På denne måde lykkedes det at sætte fokus på det nye tiltag på apoteket.

Ansættelsen var fra begyndelsen af aftalt

til at skulle være på 6 måneder (25 uger) med pause i sommer-månederne. I de 25 uger hvor jeg havde en arbejdstid på 20 timer ugentlig, blev der givet 150 vejledninger fordelt på 45 kunder.

Et udpluk af de øvrige opgaver og aktiviteter, jeg arbejdede med, var:

- Undervisning eller foredrag for hjemmesygeplejersker, lægesekretærer og pædagoger
- Deltagelse i borgermøde om type 2-diabetes
- PR for byens apoteker ved på skift at være til stede på dem en eftermiddag
- Indlæg om arbejdsområder og metoder i praktiserende lægers tolvmandsforeninger

For nogle af aktiviteterne var aftalt et honorar, som tilfaldt apoteket, for andre var pr-værdien honoreringen.

### Betaling for ydelserne

Der er i Danmark ikke tradition for, at man selv betaler for råd og vejledning inden for den primære sundhedstjeneste, og da slet ikke på apoteket. Så ud over at styrke apotekets sundhedsfremmende profil i forbindelse med Sundhedsåret, var her en chance for at afprøve, om publikum var villige til at betale for professionel rådgivning.

Ved prissætningen af den kliniske diætists ydelser skulle der tages hensyn til flere faktorer. Prisen måtte ikke være konkurrenceforvridende overfor andre kliniske diætister, og den skulle stå i relation til den faktisk forbrugte tid, så den kunne yde et væsentligt bidrag til lønudgiften. Den valgte prissætning viste sig at være for høj, i hvert fald her i Nordjylland. Dette er baseret på tilbagemeldinger fra lægerne samt fra mange kunder, som søgte oplysninger om priserne, og på den baggrund valgte kostvejledningen fra.

Forsøget viste, at kunderne er villige til en vis egenbetaling, men at størrelsen af denne egenbetaling ikke vil være i stand til at dække de faktiske omkostninger.

Da Sundhedsstyrelsen i efteråret 2003 offentliggjorde, at man de kommende år vil bruge et anseeligt beløb til forebyggelse af livsstilssygdomme, fik apotekeren fornyet håb om offentligt tilskud til diætistvejledning.

Efter endnu en henvendelse til Nordjyllands Amt, udtrykte amtet stadig stor interesse for et samarbejde under en eller anden form, men man kunne ikke umiddelbart støtte projektet økonomisk. Dog var der en mulighed for at finde midler i en "Ud-

viklingspulje", og vi blev lovet et hurtigt svar. Da jeg fra 1. januar 2004 fik mulighed for job i sygehusregi, valgte jeg dette. En afklaring om fortsat ansættelse på apoteket kunne have lange udsigter.

Men jeg ved, at apotekeren på Nørresundby Apotek føler nogen frustration, idet han har en idé, som alle udtrykker sympati for og finder interessant og nyskabende, men som må skrinlægges, fordi det ikke er muligt at få økonomisk støtte.

### Efterskrift

*D. 19. april 2004 sendte apotekeren en fornyet forespørgsel til Nordjyllands Amt, og i et svar fra Sundhedsudvalget, dateret d. 4. maj 2004 lyder det, at man i Sundhedsudvalget ser positivt på apotekets initiativ som et muligt supplement til det forebyggende arbejde. Omvendt er der også enighed om, at udvalget ikke ser det som en amtlig opgave, at betale kliniske diætister ansat på apotek.*

amjogshh@post7.tele.dk ■

## Laktoseintolerance?

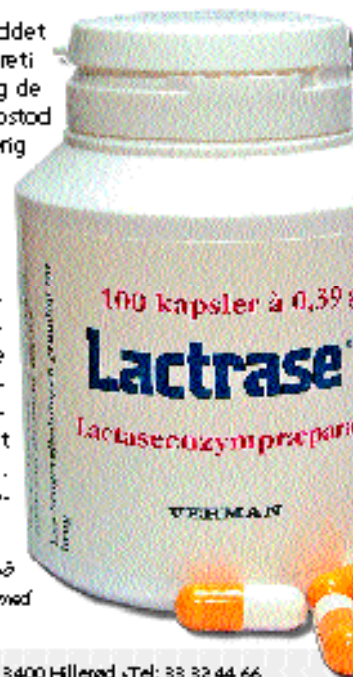
### Lactrase – en ny praktisk måde at tilføje lactaseenzym!

Med hjælp fra lactaseindholdet i Lactrase kan mælkesukkereti fødevarerne nedbrydes og de ubehag som tidligere opstod ved indtagelse af laktoserig mad minimeres. Problemer med luft, utilpashed, diarre og mavekrampe kan undgås.

Lactrase er i praktisk kapselform og anvendes i forbindelse med indtagelse af fødevarer der indeholder mælkesukker. Kapslen knækkes og indholdet drysses ud over mæden. Lactrase opbevares i stuetemperatur.

Lactrase købes i håndkøb på Apotek og fås i forpackninger med 10, 30 eller 100 stk.

Biolac • Milnersvej 43, 3400 Hillerød • Tel: 33 32 44 66  
www.biolac.dk • info@biolac.dk



# Overvægt hos børn og unge - fra viden til handling - referat fra en konference

*Konferencen, der var tværfaglig, blev afholdt d. 12. og 13. maj 2004 i København. Der var deltagelse af bl.a. børnelæger, sundhedsplejersker, sygeplejersker, fysioterapeuter, pædagoger, forebyggelseskonsulenter, kliniske diætister og andre med interesse i at begrænse overvægt hos børn og unge.*



Det var nogle rigtige spændende dage med meget psykologisk og praktisk ajourføring, hvor vi fik nye vinkler til inspiration og viden om forebyggelse og behandling af børn og unge. Konferencen var arrangeret af Institut For Kompetenceudvikling, [www.ifku.dk](http://www.ifku.dk) og prisen var kr. 4.990 ekskl. moms med mad, men uden overnatning. Måske lidt dyrt for de fleste kliniske diætister.

## 1. indlæg:

Christian Mølgaard, lektor ved Institut for Human Ernæring åbnede konferencen med et indlæg om børnefedme som en multifaktuel problemstilling. Han talte om de ernæringsmæssige aspekter, men satte også barnets overvægt ind i en social sammenhæng, hvor bl.a. forældreomsorg spiller en stor rolle. Han definerer fedme som en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i en sådan grad, at det har konsekvenser for helbredet.

Børns fedme er sværere at vurdere end voksnes, da der skal tages hensyn til alder og højde, og man bør huske det basale, nemlig den kliniske vurdering af barnet. Der kan bruges BMI, men man skal være opmærksom på at den varierer med alderen, og der kan ikke som hos voksne anvendes faste grænser for overvægt og fedme.

Kim Fleischer Michaelsen, Karl Arvidson og Christian Mølgaard har udarbejdet en vejledning for praktiserende læger om behandlingen af fedme hos børn.

## 2. indlæg:

Seniorforsker Bent Egebjerg Mikkelsen fra Danmarks Veterinær- og Fødevarerforskning havde et indlæg om ernæringsmæssig ansvarlighed og skolen som arena for sunde kostvaner. Europarådet og WHO har udpeget Danmark som tovholder i et projekt, der skal se på, hvorledes man med skolen som arena kan fremme sunde spisevaner blandt

børn, og dermed være med til at forebygge den tiltagende overvægt hos børn. Bent Egebjerg Mikkelsen startede indlægget med at spørge:

“Er skolemåltidet overhovedet interessant ernæringsmæssigt?” De 7 - 10 årige indtager i runde tal 35% af energien på skolen i form af frokost og mellemmåltider.

I Sverige, hvor der er skolemåltid, klager eleverne og forældrene over støjende, rodet og stressende måltider.

Sammenligner man overvægt blandt skolebørn i Sverige og Danmark, ligger overvægten på nogenlunde samme niveau.

## 3. indlæg:

Læge, PhD. Niels Wedderkopp, Syddansk Universitet fremlagde en undersøgelse, som han har foretaget fra starten af firserne til slutningen af halvfemserne blandt 3500 børn. Den viser, at børn bevæger sig mindre end tidligere. Det har medført, at der er flere tykke børn i dag, og at de er i dårligere fysisk form. Undersøgelsen viser ligeledes, at børnene har et forhøjet niveau af risikofaktorer for type 2 diabetes og hjertekarsygdomme.



Niels Wedderkopp er ved at gøre en undersøgelse op, der er foretaget igen i 2003. Det ser ud til, at en del af pigerne der var tykkest i 3. klasse, er blevet endnu tykkere, hvor der ved drengene ikke er nogen forskel. Det ser også ud til at den fysiske form forsætter med at falde, for dem der er i dårlig fysisk form. For dem der er i god fysisk form, er der ingen forskel.

#### 4. indlæg:

Projektleder Jens Sune Jakobsen, DGI fortalte om PLAY, der er idrætsaktiviteter for overvægtige børn.

PLAY er et toårigt projekt i DGI i Storkøbenhavn. Det har som hovedformål at etablere idrætsaktiviteter for overvægtige børn i Storkøbenhavnske idrætsforeninger. Projektet er støttet af bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Jens Sune Jakobsen fortalte om mulighederne for at integrere de overvægtige børn i idrætsforeningerne, træningsvalg på baggrund af børnenes behov, netværksdannelse samt målrettede aktiviteter for tosprogede piger.

Målgruppen er de 6 - 14 årige.

Der skal være et højt aktivitetsniveau og socialt samvær, mobbefri zoner samt tryk-

hed. Aktiviteterne skal fremme samarbejdet og samspelet mellem forældrene. Det skal være let og sjovt for børnene at melde sig ind i en forening, og det skal være økonomisk overkommeligt.

#### 5. indlæg

Formand for Sundhedsudvalget i Ribe Amt Bent Poulsen fortalte hvordan de i Ribe Amt prøver at implementere sundhedsfremme og forebyggelse. Ribe Amt var først med "motion på recept". Nu har de fokus på, hvad man kan gøre i forhold til børnenes sundhed og velvære. Blandt andet gør de sammen med kommunerne og foreningslivet meget for at skabe bæredygtige løsninger, som lokalmiljøet kan rumme og betale.

Bent Poulsen tog udgangspunkt i WHO's skolebørnsundersøgelse 2002, hvor det fremgår, at langt de fleste 11, 13 og 15 årige trives og er raske. En stor del af disse aldersgrupper har sundhedsvaner, der på lang sigt kan skade deres helbred - færre spiser frugt og grønt hver dag og færre motionerer.

Ribe Amt har i 2002 undersøgt, hvor mange af børnene fra børnehaveklasse til 10. klasse, der får frokost hver dag. De har ligeledes undersøgt deres slik, chips og sodavandsforbrug, samt om de får frugt og grønt hver dag. Det ser værst ud i de ældste klasser.

Bent Poulsen sluttede dagen med at sige: "Det er meget vigtigt, at man har modet til at gå nye veje. Det giver ofte succes og rend bare hovedet mod en mur - hvem siger, det er muren, der holder".

#### 6. indlæg:

Foredrag ud fra bogen: "Sundhed og sårbarhed", store børns beretninger om sundhed og

hverdagsliv. Af Lektor Bente Jensen, Hans Reitzels Forlag.

Her tages udgangspunkt i børn og unges egne beretninger om sundhed, hverdagsliv og sociale relationer, og om hvordan de mestrer livet. I en tid med stærk individualisering får dette betydning for sundhedsudviklingen og hvilken adfærd den unge vælger. Udsatte unge, er ofte unge, der mangler netværk og fedme er kun en af de faktorer, der vælges for at mestre livet.

#### 7. indlæg:

I Ringkøbing Amt er der lavet et pilotprojekt "Vægten indeni" ud fra svenske metoder: Hold balancen. Du bestemmer, målrettet til unge med overvægt.

Projektet er udarbejdet af læge Poul Bak og sundhedsplejerske Lise Dalsgaard.

Projektet er tænkt ud fra den social kognitive model (Bandura, 1977).

Målgruppen er unge i 8. og 9. kl., der selv betragter deres overvægt som et problem, og hvis selvværd er påvirket af problemet. Der deltager max. 6 personer i projektet.

Baggrunden er WHO, der fremhæver: At fedme udvikles som følge af et samspil mellem sociale, kulturelle, psykologiske, metaboliske og genetiske faktorer. Målet er at udvikle sundhedsfremmende metoder, der tager udgangspunkt i den unges egne ressourcer og behov, og som har varig effekt på overvægtsproblemet.

Og om man kan dokumentere en effekt på selvværd og sundhedsadfærd.

Evalueringen omfatter 5 piger.

Her dokumenteres, at en kortvarig sundhedsfremmende intervention rettet mod unge med overvægt resulterer i, at de unge oplever positive ændringer i forhold til skolen, til egne følelser, i identitetsdannelsen, i deres relationer med andre og at de får et

afbalanceret forhold til egen krop og vægt. De fleste deltagere opnåede vægttab på ca. 10 kg gennem 6 måneder. Evalueringsrapport kan bestilles hos Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkøbing Amt på tlf. 96 75 30 00.

### 8. indlæg:

I Roskilde Amt udbydes der familiekurser, hvor hele familien inkl. kæresten og bedsteforældre for kr. 1.000, får: "Undervisning, sjov motion, ny viden, hyggeligt samvær med andre familier i samme situation, samtaler med psykolog og en masse dejlig mad". Underviserne er en psykolog, en ernæringsrådgiver, en læge og en motionsrådgiver. Kurset består af 11-13 mødegange, hvilket svarer til i alt 50 timer, og det er en forudsætning at alle i familien deltager, så fokus på barnets overvægt flyttes fra barnets problem til familiens problem. Kurset betragtes som starten på en proces, hvor hele familien er medansvarlige for en sundere livsstil, hvor det ikke kun handler om vægttab.

På hvert hold deltager der 5-6 familier. Familierne måles og vejes 3 gange i forløbet og undervisningen foregår på de lokale folkeskoler.

Filosofien er, at man har den vægt, der passer til psyken, og derfor er det psyken, der skal behandles. Psykologisk arbejdes der ud fra krav-kontrolmodellen af Robert Karasek og Tøres Theorel. Ansvarlig læge er Britta Ortiz.

Yderligere oplysninger:  
[www.ra.dk/sw207.asp](http://www.ra.dk/sw207.asp)

### 9. indlæg

Livsstiletscentret, Brødstrup Sygehus har et tilbud til overvægtige børn, hvor forældrene er de aktive deltagere i barnets kamp mod vægten. Børnene skal nås via forældrene. Der afvikles 1-2 hold årligt, der i praksis består af ca. 6 børn og 10 forældre.



Tanken er:

- At det er forældrenes ansvar, hvad der bliver købt ind, samt hvad og hvor meget der serveres.
- At det er forældrenes ansvar, at støtte barnet til at være fysisk aktiv.
- At det er forældrenes ansvar, hvordan man "hygger sig" i familien.
- Forældrene er konstant rollemodeller: Børn gør ikke, som vi siger, de skal gøre, men som de ser, vi gør!
- Børneopdragelse omhandler også omsorg og kærlighed, så det er ikke "synd" for barnet, at forældrene er konsekvente og skaber rammer.

Det vigtigste redskab i undervisningen er kommunikation ud fra principperne om voksenlæring og "den motiverende samtale".

I praksis afvikles kurset med 1 ambulans dag for barn og forældre. Efter 1,5 uge følger 4 døgn internatophold udelukkende for forældrene og efter yderligere 3 måneder, 1 ambulans dag for barn og forældre.

Yderligere oplysninger kan fås ved kontakt til Susanne Bøgelund: [sbl@bs.vejle-amt.dk](mailto:sbl@bs.vejle-amt.dk)

### 10. indlæg:

Lektor Torben K. Jensen, Århus Universitet: "Hvad jeg gør for min krop hænger sammen med, hvad jeg vil i mit liv". Fælles for robuste mennesker er, at de har en stærk følelse af sammenhæng i deres liv. Dette er en væsentlig ressource til at passe på sig selv.

Der tages udgangspunkt i bogen: "Sundhedsfremme i teori og praksis", af Torben K. Jensen og Tommy J. Johnsen, 2000, og her argumenteres der for, at sundhed ikke kun er en teknisk/biologisk ting, og at sundhedsfremme ikke kun handler om at formidle viden. Sundhed har også altid en personlig og eksistentiel dimension. Det forhold gør sundheds-pædagogik anderledes end næsten alt andet pædagogik. Det er vigtigt, at den professionelle er klædt ordentligt på til at tale med andre mennesker om deres sundhedsvaner og til at give gode råd. Dette er udgangspunktet for diskussionen om forskellige sundheds-pædagogiske strategier og metoder.

[lisbeth.rohde@ouh.fyns-amt.dk](mailto:lisbeth.rohde@ouh.fyns-amt.dk)  
[jetterytoft@hotmail.com](mailto:jetterytoft@hotmail.com) ■

# Eksamen i klinisk diætetik, juni 2004

Ved bedømmelsen vægtes hovedopgave 1 og 2 med tilsammen 60% og biopgave 1-4 med tilsammen 40%.

## Case, grundlag for hovedopgave 2.

Patient: 57-årig kvinde

Sygehistorie: Patienten (pt.) henvises med tendens til diarré og mistænkt steatorré.

Fæces er undersøgt for bakterier, æg, cyster og parasitter. I forhold til dette er alt normalt. Pt. har diarré ca. 4 gange dagligt. Pt. har siden 1994 haft tendens til anæmi, og bliver behandlet med tilskud af jern. Der henvises mhp. yderligere udredning af malabsorption. Der er ikke kvalme, opkast eller mavesmerter, pt. er i øvrigt ikke alment påvirket. På denne baggrund ordineres gastroskopi, biopsitagning fra duodenum og tyndtarmen, samt undersøgelse af gliadinantistoffer. Pt. har i 1998 fået fjernet livmoder og æggestokke pga. cancer. Er efter kemoterapi nu helbredt for cancer.

Diagnose: Cøliaki

Henvisning: Diætbehandling af cøliaki.

Socialt: Bor sammen med jævnaldrende ægtefælle i lejlighed, 3 børn, ikke hjemmeboende, 2 børnebørn hhv. 2 og 3

år. Arbejder som leder af en daginstitution (3-6 år).

Fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet sker primært i forbindelse med arbejde. Dvs. pædagogiske aktiviteter. Desuden gåture i weekenden.

Antropometri: Højde 176 cm. Vægt 58,0 kg (denne vægt er ret stabil, dvs. der har ikke været større vægttab, har dog tidlige vejet max. 60 kg).

Medicin: Divigel (østrogencreme), anvendes efter fjernelse af livmoderen (optages gennem huden). Er under udtrapning.

Ferroduretter (jern), 100 mg x 1/ dag

Tobak: Intet

Alkohol: 1-2 genstande pr. uge, ved fester lidt mere.

Blodtryk: 114/80 mm Hg

Henvisningsdiagnose og ordination:

Pt. henvises mhp. diætetisk behandling cøliaki (ambulant).

## Hovedopgave 1

1. Beskriv sygdommen cøliaki, og hvordan mave-tarm-kanalens anatomi ændres ved denne sygdom.
2. Beskriv 3 andre sygdomme/tilstande der kan føre til malabsorption.

3. Beskriv den normale absorption af hhv. fedt, protein, og kulhydrat i mave-tarmkanalen.
4. Beskriv hvordan absorptionen af næringsstoffer ændres ved cøliaki.
5. Ved malabsorption kan ses nedsat absorption af vitamin B-12 og folat. Beskriv hvorledes dette kan lede til anæmi, beskriv tillige typen af anæmi.

## Hovedopgave 2

Redegør for din strategi for diætbehandlingen af denne patient.

Bilag 1: Biokemiske data

Bilag 2: Kostanamnese

Bilag 3: Formler til beregning af energibehov

## Biopgave 1

- a) Beskriv hvorledes sekretionen af thyroideahomoner (T3 og T4) reguleres.
- b) Nævn 3 symptomer på hyperthyroidisme (Thyreotoxikose).

## Biopgave 2

- a) Beskriv hvorledes det atherosklerotiske plaque udvikles.
- b) Nævn 3 kliniske manifestationer (sygdomstilstande), der betinges af atherosklerose.

## Biopgave 3

Beskriv hvorledes aldosteron, renin og angiotensin regulerer blodtrykket. Brug gerne en supplerende tegning.

## Biopgave 4

Beskriv hvorfor og hvordan diabetisk ketoacidose opstår, udvikles og forebygges. ■

# Danskernes D-vitaminstatus bør forbedres

*En arbejdsgruppe nedsat af Danmarks Fødevare- og Veterinærforskning konkluderer, at D-vitaminmangel er udbredt i den danske befolkning.*



D-vitamin adskiller sig fra de øvrige vitaminer, idet vi kan danne det selv, når huden bestråles med sollys i sommerhalvåret. Solbestråling er den vigtigste kilde til D-vitamin, mens kosten er en sekundær kilde, fordi kun få levnedsmidler, fisk, kød, mælk og æg, indeholder betydelige mængder D-vitamin. Nogle grupper af befolkningen, specielt ældre og mørklødede indvandrere, producerer ikke nok D-vitamin i huden, derfor har disse grupper behov for en forbedret D-vitaminstatus.

En af D-vitamins vigtigste fysiologiske funktioner er at opretholde tilstrækkeligt høje koncentrationer af kalcium og fosfat i blodet til at sikre optimale forhold for funktionen af nerver, muskler og knogler.

Selvom lettere D-vitaminmangel er symptomløs på kort sigt, er det vigtigt at søge denne identificeret og korrigeret, idet de knoglemetaboliske konsekvenser på længere sigt er nedsat knoglekvalitet og dermed øget risiko for frakturer. D-vitaminmangel kan desuden medføre proksimal

myopati (muskelsvækkelse) med muskelsmerter og kraftnedsættelse samt i sjældne tilfælde osteomalaci eller rickets. Det er i randomiserede studier vist, at behandling med D-vitamin i kombination med et kalciumtilskud forebygger disse komplikationer hos ca. 20-30%.

Der er epidemiologiske og patofysiologiske indikationer for, at D-vitaminmangel er associeret til en række sygdomme som fx kræftsygdomme (specielt brystkræft, tyktarmskræft, blærehalskræft), infektionstendenser og nedsat immunforsvar (øvre luftvejsinfektioner og lungebetændelse, tuberkulose, type 1 diabetes, inflammatoriske tarmsygdomme, dissemineret sclerose) samt hjerte-karsygdomme (iskæmisk kardiovaskulær sygdom, hypertension). Det er således muligt, at en bedre D-vitaminstatus kan medvirke til at reducere forekomsten af disse sygdomme, men det er ikke bevist.

D-vitaminstatus vurderes bedst ved måling af plasma eller serum 25-hydroxy-

vitamin D (25-OHD). Værdier over 50 nmol/l året igennem hos voksne sikrer, at der ikke opstår sekundær hyperparathyroidisme med risiko for øget knogleomsætning, øget knogletab og senere udvikling af knogleskørhed (osteoporose). Værdier under 50 nmol/l betegnes ofte D-vitamin insufficiens, mens værdier under 25 og 12,5 nmol/l betegnes henholdsvis mangel og svær mangel.

Der foreligger kun ganske få offentliggjorte materialer, der rapporterer D-vitaminstatus for danske børn, især savnes data vedrørende D-vitaminstatus hos små børn, men de få data, der foreligger, tyder på, at en stor del har lav status. Lav D-vitaminstatus forekommer hyppigt i den voksne befolkning, især blandt ældre. Hos yngre voksne har ca. 10% D-vitaminmangel og ca. 33% D-vitamininsufficiens om vinteren, mens kun få har D-vitamininsufficiens om sommeren. Blandt 45-58 år gamle kvinder, har man fundet, at 7% har mangel og 40% har insufficiens set som gennemsnit over 1 år. I de ældste aldersgrupper har op imod 80% insufficiens og op imod 25% D-vitaminmangel. Mange mørklødede indvandrere får D-vitaminmangel ved emigration til Nordeuropa. I Danmark tyder meget på, at D-vitaminmangel er udbredt blandt indvandrere.

Arbejdsgruppen vurderer at ældre over 65 år bør have et tilskud på 10 mg D-vitamin pr. dag

(800 IE/dag) kombineret med calcium, alternativt 100.000 IE vitamin D hver 4. måned. Plejehjemsbeboere bør have et tilskud på 20 mg/dag (800 IE/dag) i kombination med calcium alternativt 100.000 IE hver 4. måned. Indvandrere bør sikres et indtag på 10 mg/dag (400 IE). Desuden vurderes det at være en fordel, hvis befolkningens gennemsnitlige indtag løftes gennem målrettet berigelse af kosten



til det anbefalede niveau (aktuelt 5 mg/dag, men forventes øget til 7,5 mg/dag i næste udgave af Nordiske Næringsstofanbefalinger) af hensyn til udvikling og bevarelse af knoglemassen og forebyggelse af D-vitaminmangel hos de personer, der ikke nås ved tiltag fokuseret mod de specielle risikogrupper. Endelig vurderes det, at en sådan berigelse muligvis kan have en forebyggende virkning på en række sygdomme, der ikke er relateret til skelettet eller muskelfunktionen (fx infektionssygdomme, kræftsygdomme, type 1 diabetes, autoimmune sygdomme og hjerte-karsygdomme).

Arbejdsgruppen konkluderer desuden, at det er væsentligt at monitorere effekten af de foreslåede tiltag.



### Rapporten

D-vitaminstatus i den danske befolkning bør forbedres. Danmarks Fødevarer- og Veterinærforskning 2004.

Rapporten kan ses på [www.dfvf.dk](http://www.dfvf.dk) og kan bestilles hos [www.netboghandel.dk](http://www.netboghandel.dk)

Rapporten koster 100 kr. i papirudgave. ■

## Nyhed fra Toft Care Systems

### ProTura protein-/kulhydratkoncentrat med klare fordele

ProTura kan anvendes direkte i kolde og varme drikke og er desuden velegnet til middagsretter idet ProTura er koge- og frysestabil.

Fås i pakker á 450 g., 1½ kg. og 4 kg.

**TOFT  
CARE SYSTEMS**  
Telefon: 7021 3033  
[www.toft-care.dk](http://www.toft-care.dk)





# Ernæringseksperter advarer mod nye kosttrends

*Danske ernæringseksperter er bekymrede over nye kosttrends, der får folk til at erstatte brød med kød og fedt. De nye kosttrends fra USA, hvor man næsten helt undgår kulhydratrige fødevarer som brød, kartofler, ris og pasta, kan give bivirkninger og få konsekvenser for helbredet. Det viser en netop offentliggjort amerikansk undersøgelse.*



Flere og flere forbrugere benytter sig af den såkaldte Atkins slankekur, der, ifølge nye amerikanske forskningsresultater, kan skade helbredet på længere sigt. Den nye slankekur tiltaler mange mennesker, fordi mange godt kan lide at spise store mængder kød og fedt, og fordi kuren kan give et vægttab.

Den nye type slankekur kan give bivirkninger som diarré, udslæt, hovedpine, svimmelhed og forstoppelse, og man kender ikke konsekvenserne for nyrer og knogler. På et ekspertseminar afholdt på Landbohøjskolen i starten af sommeren blev de nye resultater fra det videnskabelige tidsskrift *Annals of Internal Medicine* fremlagt. Seminaret blev afholdt af Landbohøjskolens Institut for Human Ernæring i samarbejde med Cerealia Danmark.

- Specielt kombinationen af helt at undgå kulhydrater fra f.eks. brød og samtidig øge indtaget af fedt er en sundhedsskadelig cocktail, siger ph.d.-studerende Thomas Meinert Larsen, Institut for Human Ernæring, som fremlagde undersøgelsen på seminaret.

En række førende danske ernæringseksperter er bekymrede over de nye trends, fordi de gør forbrugerne usikre på, om det stadig er sundt at spise meget brød, ris og pasta. Men professionelle kostrådgivere bør stadig anbefale befolkningen at spise disse fødevarer, siger forskerne:

- Vi skal ikke hælde vores gode danske kost anbefalinger ud med badevandet, med mindre der er overbevisende dokumentation for, at nye anbefalinger er bedre, siger professor

dr. med. Arne Astrup fra Institut for Human Ernæring.

## Mere kød og fedt er tiltalende

At folk springer på de nye slankekurer skyldes muligvis, at de traditionelle anbefalinger ikke indeholder den mad, som mange forbrugere umiddelbart sætter størst pris på. Omvendt virker de nye alternative anbefalinger om mere kød og fedt i kosten tiltalende på forbrugerne. Og det er der en sociologisk forklaring på: - De alternative kostråd anbefaler os at spise de produkter, som tillægges høj værdi i vores madkultur, og som vi sætter mest pris på. Og det er typisk animalske produkter som kød. Derfor virker disse kostråd særligt attraktive, siger sociolog lektor, Ph.D. Katherine O'Doherty Jensen fra Institut for Human Ernæring.

På seminaret deltog også Lars Ovesen, sundhedschef i Hjerteforeningen, Nils-Georg Asp, professor ved Lunds Universitet og direktør for SNF Swedish Nutrition Foundation samt Tina Lindeløv, udviklingschef, Schulstad Brød. ■



## »Ernæring og sygepleje«



Jens Glindvad og Anne W. Ravn  
**Ernæring og sygepleje**  
 Munksgaard  
 220 sider  
 kr. 288,-

Hensigten med bogen er, at give sygeplejestuderende en grundlæggende viden om ernæringens betydning for sundhed og sygdom. Bogen er tænkt sådan, at man kan bruge den som udgangspunkt både for den kliniske og teoretiske undervisning i ernæring og sygepleje. Bogens indhold og omfang er tilpasset således, at den dækker sygeplejeskolernes fagbeskrivelser og de 2-3 ECTS point, som flere sygeplejeskoler tildeler undervisningen i ernæringslære og diætetik. Bogen er skrevet af klinisk oversygeplejerske, MPH Jens Glindvad og klinisk diætist Anne W. Ravn.

I de første kapitler gennemgås den grundlæggende ernæringslære – næringsstoffer, vitaminer og mineraler. Herefter følger en gennemgang af madvaner og kulturelle faktoreres indflydelse på ernæringen. Afsnittet om forebyggende ernæring dækker generelle aspekter i forhold til graviditet og amning, børn og ældre.

I afsnittet om livsstilsfaktorer lægges vægt på fedme, iskæmisk hjertesygdom og diabetes. Desuden behandles problematikken om sygdom og ernæring. Der afsluttes med kapitler om politik og lovgivning samt kvalitetsudvikling og forskning.

I hvert kapitel er der en opsummering af vigtige budskaber, der understøttes af opgaver. Der defineres ligeledes i hvert kapitel, hvad der er sygeplejerskens ansvar inden for det beskrevne område. En god og lettilgængelig bog der giver en relativ grundig teoretisk indføring i stoffet, men samtidig formår at lægge op til praktisk anvendelse af det teoretiske. En kombination der gør bogen interessant og meget brugbar.

Line Bak, klinisk diætist ■

## Energi- og proteinberigede supper

- i serveringsklar portionsanretning på 200 ml.

Kom og besøg os på udstillingen ved præsymposium torsdag den 23. september i forbindelse med De 8. Nordiske Diætidage på Park Inn Copenhagen Airport.

**10 meget velsmagende varianter tilgodeser dine patienters behov hurtig og effektiv, og der er ingen spild!**

Udførlig næringsdeklaration sikrer god kontrol med diæten.

Tilberedning: 4 minutter i mikrobølgeovn.

Kontakt os for henvisning til nærmeste forhandler eller for fremsendelse af brochure.

### Schmidt Trading

Albuen 54 · 6000 Kolding  
 Tlf. 70 23 62 26 · Fax. 70 23 92 29  
 email: schmidt@schmidttrading.dk  
 www.schmidttrading.dk



# Bøger samt VHS/DVD modtaget på redaktionen

VHS/DVD

*"Brug din krop"*

**PsykiaFondens Forlag**

**Varighed ca. 1/2 time**

**Kr. 95 kr./ VHS**

**Kr. 145./DVD**

**Købes hos PsykiaFonden:**

**3929 3909 eller**

**PsykiaFondens Informationscenter**

**i Vejle Amt: 7572 4090**

En motionsvideo til mennesker med psykiske sygdomme eller problemer. Programmet er udarbejdet af fysioterapeuter fra psykiatrien med særligt henblik på at få inaktive mennesker langsomt i gang, så de via programmet genvinder glæden ved bevægelse trods en belastende psykisk tilstand. "Brug din krop" er et motiverende og overskueligt redskab til at påbegynde eller vedligeholde et fysisk aktivt liv. Motionsprogrammet forudsætter ingen motionserfaring og øger opmærksomheden på kroppen ved at aktivere samtlige muskelgrupper.

Se desuden: [www.psykiaFonden.dk](http://www.psykiaFonden.dk)

VHS/DVD

*"Fri for gluten – en film om cøliaki"*

- Cøliaki – Verdens mest oversete sygdom

**Dansk Cøliaki Forening**

**Varighed: lang 22 min. – kort 4 min.**

**Kr. 132,- incl. forsendelse**

**Købes hos Dansk Cøliaki Forening:**

**7010 1003, eller via hjemmesiden:**

**[www.coeliaki.dk](http://www.coeliaki.dk)**

Filmen fortæller om sygdommen cøliaki, og om hvordan man lever et godt liv med glutenfri kost. Cøliaki er en ret ukendt sygdom – desværre også blandt fagfolk. Derfor bliver den kaldt "Verdens mest oversete sygdom". Se desuden [www.coeliaki.dk](http://www.coeliaki.dk)



Claus Zachariae, Robert Gniadecki, Niels Veien, Hugh Zachariae

*Akutte hudsygdomme*

**Munksgaard**

**192 sider**

**Kr. 398,-**

Et praktisk opslagsværk, der sætter brugeren i stand til at stille den korrekte diagnose. Målgruppen er primært læger.

Dr. Phil McGraw

*Aldrig mere vægtproblemer - 7 nøgler til et varigt vægttab*

**Borgen**

**352 sider**

**Kr. 299,-**

Det handler ikke kun om, hvad du spiser, men også om, hvorfor du spiser, hvor du spiser, hvornår du spiser og hvordan du spiser. Det handler om at ændre livsstil, så sundhed, velvære og selvspekt sættes i højsædet . . . ■





Eneste alderstilpassede aminosyrebaserede  
ernæring til børn

**NEOCATE**  
0 - 1 år



**NEOCATE ADVANCE**  
1 - 10 år



sikrer optimal vækst

Anvendes til:

- **Kornælksproteinallergi (CMPA)**
- **Multipel fødevarerprotein intolerans (MFPI)**
- **Korttarms syndrom**
- **Refluks (GERD)**
- **Gastrointestinale problemer**
- **Dårlig trivsel**

- Remission af vedvarende symptomer og signifikant vægtøgning i tilfælde af intolerans overfor ekstensive hydrolysater (eHF) <sup>1,2,4,5,6</sup>
- Fremmer catch up vækst hos børn med CMPA med vækstretnardring og er det foretrukne valg af ernæring til børn med MFPI\*
- Opfylder ESPACI guidelines for hypoallergenitet\*

hypoallergen

Referencer:

- 1) Vanderhoof et al. 1997. Intolerance to protein hydrolysate infant formulas: An underrecognized cause of gastro-intestinal symptoms in infants. *J. Pediatr.* 131; 741-744.
- 2) Hill et al. 1995. Challenge confirmation of late-onset reactions to extensively hydrolysed formulas in infants with multiple food protein intolerance. *J. Allergy Clin. Immunol.* 96 (3); 386-394.
- 3) de Boissieu et al. 1997. Allergy to extensively hydrolysed cow milk proteins in infants: Identification and treatment with an amino acid-based formula. *J. Pediatr.* 131; 744-747.
- 4) Bolauriet al. 1995. Efficacy and safety of hydrolysed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy. *J. Pediatr.* 127; 550-557.
- 5) Sampeon et al. 1992. Safety of an amino acid-derived infant formula in children allergic to cow milk. *Pediatrics* 90(3); 463-465.
- 6) Businco et al. 1993. Hydrolysed cow's milk formulae. *Pediatr. Allergy/Immunol.* 4; 101-111.

**SHS**

SHS International Ltd.  
Rørrosevej 2A  
3450 Allerød  
Telefon 70 25 10 51  
Ordretelefon 70 25 10 53

For mere information  
Besøg SHS hjemmeside:  
[www.shsweb.co.uk](http://www.shsweb.co.uk)

# Tillykke til 24 nye kliniske diætister

*der er dimitteret fra Jysk CVU, Ernæring og Sundhed*



De 24 nye diætister er i bagerste række fra venstre: Hanne Holm Hansen, Ingrid Wittus, Margit Oien Nielsen, Malene Hartvigsen, Mette Bisper, Mona Mikkelsen, Lene Moritzen, Lene Uldall, Ane Gasbjerg, Kirsten Bønløkke, Carina Ljungberg, Annemette Due Pedersen, Henriette Nielsen.

I forreste række fra venstre: Pia G. Madsen, Line Rosgaard, Lene Ommel, Jane Hjort, Pia Knudsen, Charlotte Thomsen, Merete Jørgensen.

Suzanne Frahm, Birte Nielsen, Anne Roskjær og Mette Tychsen var desværre ikke tilstede, da billedet blev taget.

Foreningen ønsker alle tillykke med deres eksamen, samt held og lykke fremover. ■

## Kliniske diætister med 25 års jubilæum

Kliniske diætister, der i år har 25 års jubilæum, var inviteret med til dette års dimission fra Jysk CVU.

Der var fire kliniske diætister, der deltog i festlighederne.

På billedet ses jubilæarerne fra venstre: Karen Margrethe Fiil, Bente Schiødt, Eva Winther og Ellens Skov Andersen.

Foreningen ønsker jubilæarerne tillykke. ■



**Emne:** 1. International Symposium "Childhood Obesity: From Basic Knowledge to Effective Prevention" 14th Workshop "European Childhood Obesity Group"

Dato: 23. – 25. september 2004

Sted: Spanien

Yderligere

oplysninger: [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk)

**Emne:** Årsmøde for diætister i Vestsjællands-, Storstrøms- og Roskilde Amt

Tema: Stresshåndtering

Sted: Dom Apoteket, Algade 52, 1. sal, Roskilde

Dato: 6. oktober 2004 kl. 10.00 – 16.00.

Pris: ca. 30 kr. til kaffe mm. Frokost medbringes selv

Tilmelding: Til klinisk diætist Helle Grebe, Slagelse Sygehus, senest onsdag d. 29/9 på e-mail : [cshenl@vestamt.dk](mailto:cshenl@vestamt.dk)

**Emne:** Spiseforstyrrelsens mange ansigter

Målgruppe: Det psykiatriske personale, sundhedsplejersker, kliniske diætister og fysioterapeuter

Sted: Psykiatrisk Informationscenter, Staldgårdsgade 10 C, 7100 Vejle

Dato: 20. oktober 2004 kl. 9.00 – 15.00

Pris: 350,- kr.

Program:

- Hvorfor udvikler nogle spiseforstyrelser? v/ Birgit Petersson, lektor ved KBHs Universitet
- Sundhedspersonalets tidlige opsporing af personer med spiseforstyrelser i Vejle Amt v/ Trine Rasmussen, sygeplejerske, psyk. afd. HS
- Spiseforstyrrelses Team behandlingstilbud i Vejle Amt v/ Anette Rahbek Petersen, koordinator
- Bo -og dagtilbud til personer med spiseforstyrelser i Vejle Amt v/ Anne Koba, Centerleder på Ponomahuset
- Overvægt og psykisk sygdom i Vejle Amt v/ Margit Sandberg, klinisk diætist

Tilmelding: Senest d. 8. oktober til Psykiatrisk Informationscenter: [psykinfo@psykinfo.vejleamt.dk](mailto:psykinfo@psykinfo.vejleamt.dk) eller tlf. 7572 4090

Arrangør: Samarbejde mellem Special Temaet for Spiseforstyrelser og Psykiatrisk Informationscenter i Vejle Amt

**Emne:** Nordic Obesity Meeting

Tema: Metabolic Syndrome in Obesity

Sted: København

Dato: 22-24.oktober 2004

Yderligere

oplysninger: [www.dsaf.suite.dk](http://www.dsaf.suite.dk)

**Emne:** Diætist-stress – få redskaber til at håndtere stress

Dato: 4. november 2004 kl. 15.00 – 16.30

Sted: Hillerød Sygehus, lokale 150

Arrangør: FaKD i Frederiksborg Amt

Program: Bo Netterstrøm, forfatter og overlæge dr. med. for landets første Stress-klinik.

Målgruppe: Klinisk diætister og diætistassistenter fra hele Danmark.

Pris: kr. 100,- pr deltager

Tilmelding: Senest 1. oktober 2004 til Anne Arentoft. Tlf. 48 29 25 18, [ana@fa.dk](mailto:ana@fa.dk)

**Emne:** Generalforsamling i FaKD

Sted: Odense Universitetshospital

Dato: 6. november 2004

Yderligere

oplysninger: Tidspunkt, tilmelding og program følger

**Emne:** Faglig interessegruppe for kliniske diætister - Diabetes Øst

Dato: 8. november 2004 kl. 13.00 – 16.00

Sted: Dom Apoteket, Roskilde

Yderligere oplysninger følger

**Emne:** Amtskredsmøde og Isis produkt-foredrag og smagsprøver

Dato: 16. november 2004 kl. 14.00 – 16.00

Sted: Hillerød Sygehus, Helsevej 2, lokale 150

Arrangør: Amtskredsformand Anne Arentoft

Program: Kl. 14.00 – 15.00 ved Sanne Nielsen fra Isis. Alle kliniske diætister, diætistassistenter og diætiststuderende er velkommen.  
(fortsættes næste side øverst!)

KØBENHAVNS AMT, FREDERIKSBERG OG  
KØBENHAVNS KOMMUNERKarin Kok  
Stenvadpark 18, 3520 Farum  
Tlf.: 44 95 54 61  
kok@rh.dk

FREDERIKSBORG AMT

Anne Arentoft  
Usserød Kongevej 102, 2970 Hørsholm  
Tlf.: 48292518  
ana@fa.dk

ROSKILDE AMT

Helle Grebe Nielsen  
Sct. Hansgade 45, 1. th.,  
4000 Roskilde  
Tlf.: 46 35 25 51

STORSTRØMS AMT

Susanne Ross  
Hasselø Strandvej 8  
Hasselø Plads, 4800 Nykøbing Falster  
Tlf.: 54 85 72 71

VESTJÆLLANDS AMT

Ledig

FYNS AMT

Jette Drost Rasmussen  
Christiansvej 21, 5700 Svendborg  
Tlf.: 62 21 12 23  
Jette.Drost@OUH.Fyns-Amt.dk

SØNDERJYLLANDS AMT

Ann Møller Gram  
Bakkevej 1, 6630 Rødding  
Tlf. 74 84 24 20

RIBE AMT

Marianne Værnhøj Sørensen  
Bredgade 41, Alslev, 6800 Varde  
Tlf.: 75 26 90 44  
mvs@ribeamt.dk

VEJLE AMT

Kirsten Nielsen  
Vesterkant 2, 7100 Vejle  
kirmar@vs.vejleamt.dk

ÅRHUS AMT

Mette Heide  
Ivar Hvitfeldtsvej 9, 1 tv. 8200 Århus N  
Tlf.: 86 16 50 07  
meh@buh.aaa.dk

VIBORG AMT

Annemarie Simonsen  
Agertoften 47, 7800 Skive  
Tlf.: 97 52 54 23

RINGKØBING AMT

Karen Thomsen  
Nordtøft 4, 7500 Holstebro  
Tlf.: 97 42 92 73

NORDJYLLANDS AMT

Lena Therkelsen  
Lyngtoften 2, 9620 Gistrup  
Tlf.: 98 31 51 43  
lth@nja.dk

REDAKTIONSUDVALG

Formand Anne Marie Beck,  
Jeanette Hansen, Lene Hansen, Line Bak,  
Tove Kvist Kristensen og Jonna Winther.

KVALITETSSIKRINGSUDVALG

Formand Cecilia Arendal, Tina Agerbo,  
Lene Hansen, Inger Skovsbo, Anette Sejling  
og Lillian Jensen.

PRAKSISUDVALG

Formand Heidi Dreist, Hanne Svendsen,  
Lene Allingstrup og Maiken Beck

PR-UDVALG

Formand Pia Houmøller, Heidi Dreist,  
Hanne Svendsen, Marianne Bisberg og Helle  
Christensen.

UDDANNELSESUDVALG

Formand Birgitte Købke, Pia Houmøller

FOREBYGGELSEUDVALG

Formand Jette Rytøft

NORDISK UDVALG

Ulla Finne og Helle Vestergård.

VAGT-TELEFONORDNING

Kliniske diætister indgår nu i Jordbrugs akademi-  
kernes vagttelefonordning. Direkte telefonnum-  
mer til rådgivning i løn- og ansættelsesforhold, telefon:  
23 74 01 11 (hav venligst dit medlemsnummer  
parat). Åben mandag, tirsdag, torsdag og fredag:  
kl. 9-14. Åben onsdag: kl. 9-12Kl. 15.00 – 16.00 Amtskredsmøde med valg for medlemmer af  
FaKD, der er bosiddende og arbejder i Frederiksborg amt.

Pris: En femmer til kaffen.

Tilmelding: Senest 1. november 2004 til Anne Arentoft. Tlf. 4829 2518,  
ana@fa.dk**Emne: Efteruddannelse for kliniske diætister**

Dato: 19. november 2004 kl. 9.30 – 16.00

Sted: Skejby Sygehus Auditorium B

Pris: Deltagelse er gratis for medlemmer. Ikke-medlemmer 200 kr.  
Pga begrænset deltagerantal har medlemmer fortrinsret.

- Program:
- Kan ernæringsstatus vurderes ud fra blodprøver – og hvordan er det nu med Se-albumin? v/Overlæge Jan Eriksen, Herning Centralsygehus.
  - Hvad er fremtidens redskaber og rutiner til vurdering af ernæringstilstand? Ernæringsregistrering ved hjælp af PDA (personel digital assistent) v/Klinisk oversygeplejerske, MPH Jens Glindvad, Bispebjerg Hospital
  - Vurdering af væske- og elektrolytbalance i relation til ernæring v/Overlæge dr. med. Niels Christian Melsen, Skejby Sygehus

Arrangør: Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (www.dske.dk)

Tilmelding: Til Anne W. Ravn: rav@sks.aaa.dk senest mandag den 1.11.04;  
tilmelding bekræftes pr. mail inden en uge.

## Vi vil gerne have din mailadresse!

For at lette nogle af de administrative opgaver – både for sekretariatet og for bladredaktionen, kan det være en fordel at have din mailadresse – både den private og den du har på arbejdet.

Derfor vil vi opfordre dig til at gå ind på hjemmesiden: [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk) og under Sekretariatet finde ændringsblanketten, for deri at skrive dine mailadresser.

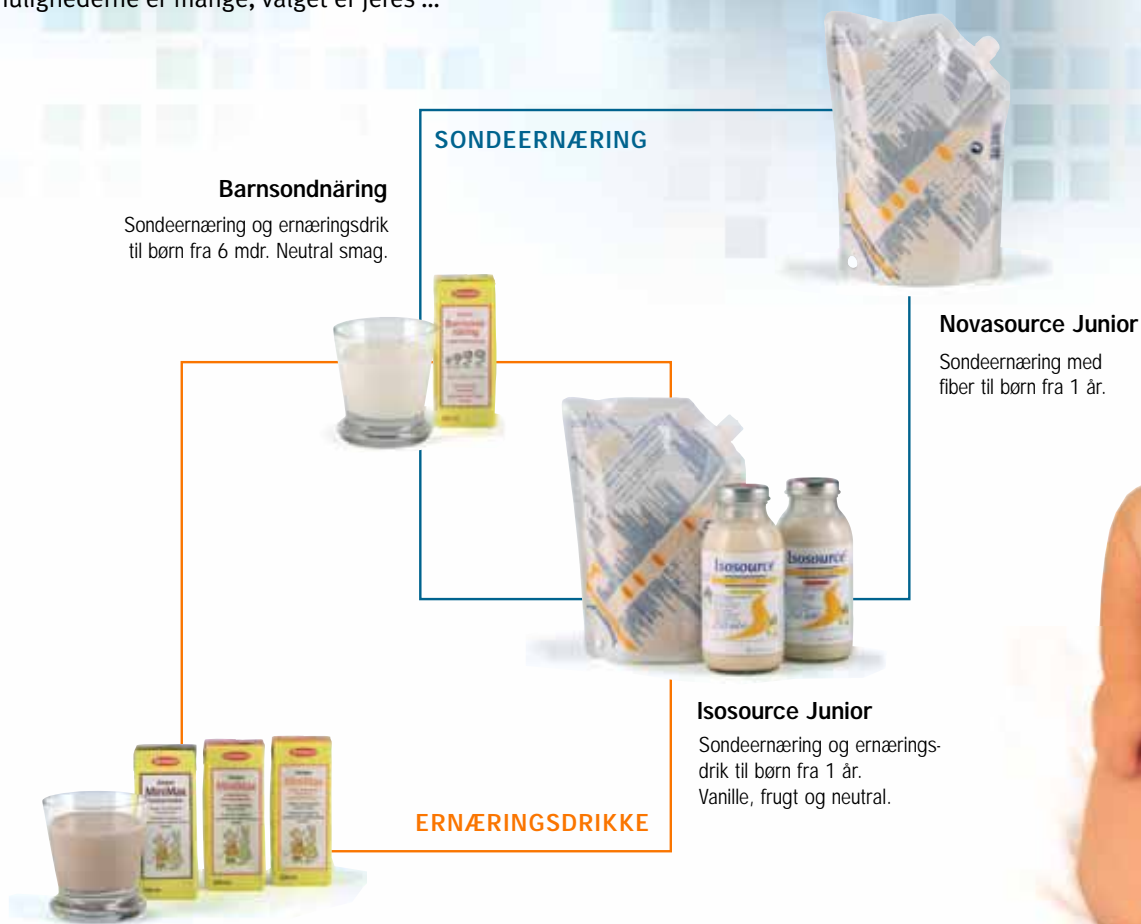
Tak for hjælpen.

Mange sommerhilsner fra  
Sekretariatet og redaktionen

# Velsmagende, næringstætte drikke og sondeernæring til børn.

Sygdom og dårlig trivsel kan påvirke barnets vækst.  
Med kliniske ernæringsprodukter fra Novartis, kan barnet hjælpes på rette vej.

Komplet ernæring eller som supplement til anden mad -  
mulighederne er mange, valget er jeres ...



## Barnsondnæring

Sondeernæring og ernæringsdrik  
til børn fra 6 mdr. Neutral smag.

## SONDEERNÆRING

## Novasource Junior

Sondeernæring med  
fiber til børn fra 1 år.

## Isosource Junior

Sondeernæring og ernærings-  
drik til børn fra 1 år.  
Vanille, frugt og neutral.

## ERNÆRINGSDRIKKE

## MiniMax

Ernæringsdrik til børn fra 1 år.  
Banan/abrikos, jordbær og chokolade.



Novartis Healthcare A/S · Lyngbyvej 172 · 2100 København Ø  
Telefon: 39 16 84 00 · Telefax: 39 16 85 00  
[www.novartisnutrition.dk](http://www.novartisnutrition.dk)