

DIÆTISTEN

Kliniske diætister
i Region Syd

Diætbehandling af overvægt
– nytter det overhovedet?

NO. 85. FEBRUAR 2007. 15. ÅRGANG



SEKRETARIAT

Foreningen af Kliniske Diætister
Emdrupvej 23A
2100 København Ø.
Tlf: 33 32 00 39

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

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

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Jonna Winther
E-mail: jonnawinther@roendesnet.dk

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
E-mail: gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 86 1. marts 2007
(udkommer april 2007)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf: 75 50 10 01

BESTYRELSEN

FORMAND

Ginny Rhodes
Viggo Rothes Vej 23
2920 Charlottenlund
Mobil 20 73 61 10
Mail: gr@diaetist.dk

NÆSTFORMAND

Anne Marie Beck
Frødings Allé 13, 1
2850 Søborg
Tlf: 33 11 69 62
E-mail: ambe@food.dtu.dk

KASSERER

Lone Bjerregaard
Louisegade 17, 2.th.
9000 Aalborg
Tlf: 98 12 44 06
E-mail: ljb@diaetist.dk

ØVRIGE MEDLEMMER:

Dorthe Wiuf Nielsen
Sjællandsgade 45, 3.tv.
2200 København N
Tlf: 35 35 34 17
E-mail: dwn@diaetist.dk

Heidi Dreist
Hybenvej 18
4700 Næstved
Tlf: 55 77 14 49
E-mail: hd@diaetist.dk

Helene Andresen
Farverhus 71
6200 Åbenrå
Tlf: 74 52 42 09
E-mail: ha@diaetist.dk

Jette Rytoft
Sanddalvej 3, Sanddal
7000 Fredericia
Tlf: 60 11 88 68
E-mail: jr@diaetist.dk

SUPPLEANTER:

Camilla Onsberg Storm
Gl. Lyngvej 29
3450 Allerød
Tlf: 48 17 43 17
E-mail: cos@diaetist.dk

Lise Rosgaard
Frederikssundsvej 145, 02.tv
2700 Brønshøj
Tlf: 30 29 74 57
E-mail: lrk@diaetist.dk

Velkommen i 2007!

Det skal ikke være nogen hemmelighed, at 2007 på mange måder allerede ser ud til at blive et temmeligt turbulent år. Det gælder for alle os, der på en eller anden måde arbejder i sundhedssektoren.

Væk med amter, ind med regioner og helt nye kommuner – en stor mundfuld for alle samarbejdspartnere, og kommer vi med, bliver vi husket? Og hvad med den danske befolkning, der har brug for råd og vejledning?

Diætisterne i Region Syd har været i gang længe og deler i dette nummer deres overvejelser og resultater med os andre. Det har ikke nødvendigvis været nemt, men de er gået ind i processen med fast overbevisning om, at det er det, der skal til, for at diætister stadig er en del af arbejdet med ernæring og sundhed. I regionerne, i kommunerne, som praksisdiætister, sygehusdiætister og kommunediætister.

De har formået at sætte diætister på dagsorden, og mon ikke vi kan lære noget af dem?

For i år bliver uden tvivl et år, hvor nye samarbejdspartnere skal findes og nye arbejdsområder skal udforskes.

Her er vi diætister godt rustede – vi er vant til at arbejde med behandling, men forebyggelse er også en del af vores arbejde. Vi kender til sygehusene, men kan lige så vel arbejde i primærsektoren, nogle af os har gjort det længe.

Vi underviser, formidler, vejleder, rådgiver – ja, udfører konsulentarbejde – noget vi kan drage nytte af, nu hvor mange kommuner står lidt på bar bund med de nye opgaver, de skal løse.

Og mange diætister er også iværksættere – har egen praksis med alt, hvad det indebærer – sideløbende med almindeligt lønarbejde. Lige det regeringen efterlyser: Danskerne skal i det globale samfund kunne arbejde både selvstændigt og innovativt.

Mange andre står dog på spring for at udføre samme arbejde, så 2007 bliver et travlt år, hvor udfordringerne i høj grad ligger i at få placeret diætister på de nye regioner og kommuners landkort, samtidig med at vi stadig får gjort opmærksom på os selv over for befolkningen og politikerne.

Bestyrelsen ser dette som vores vigtigste arbejdsopgave og har taget handsken op – vel mødt i 2007!



Ginny Rhodes
Formand

Indhold

ARTIKLER

■ Kliniske diætister i Region Syd	5
■ Diætbehandling af overvægt – nytter det overhovedet?	8
■ Hvidløg og hjertekarsygdomme	14
■ Aspartam – sikkert eller sundhedsskadeligt?	20
■ Bör fruktintaget begränsas hos diabetiker?	23

INDEFRA

■ Kulturnat for kliniske diætister	27
■ Populære diæter i teori og praksis	29
■ Aktuelt fra Nordisk Diætistforening	32

NYE UDGIVELSER

■ Overvægt. 21 børn og unge skriver om at være overvægtig	33
■ Tankeføde	34
■ Janes Køkken	35
■ Modtaget på redaktionen	35

UDEBRA

■ Plejepersonale skal vide mere om ernæring og køkkenets tilbud	36
■ Mellem Måltider	37

OS IMELLEM

■ Nyuddannede kliniske diætister	38
■ Nyt fra bestyrelsen	39

KURSUSKALENDER	39
----------------	----



Side 5



Side 14



Side 23



Side 29



NÅR MAVEN ER GOD...



Når maven er god, er alting godt. Selv den mest hektiske hverdag bliver nemmere at klare, når maven bare fungerer. Med HUSK er det hverken svært eller tidskrævende.

HUSK er frøskaller fra en indisk plante med et meget højt indhold af fibre (85%). HUSK modvirker forstoppelse, træg mave, diarré og irriteret tyktarm på en 100% naturlig måde – samtidig får du glæde af fibreens kolesterolsænkende effekt.

HUSK er den direkte vej til en glad mave.

HUSK[®]
Dine daglige fibre

HUSK er et 100% naturligt fiberprodukt, som alene består af skallerne fra planten Ispaghula. HUSK er et afførende naturlægemiddel ved forstoppelse og træg mave. Naturlægemiddel til lindring af midlertidig ublodig diarré i kortere tid. Naturlægemiddel ved behov for øget fiberindtag, f.eks. som supplement ved irriteret tyktarm, når lægen har udelukket anden årsag til symptomerne. Naturlægemiddel til forebyggelse og behandling af lettere forhøjet indhold af kolesterol i blodet i forbindelse med diæt, hvor anden medicinsk behandling ikke er påkrævet. HUSK bør ikke anvendes til børn under 6 år uden lægens anvisning. HUSK skal altid indtages med rigeligt væske. For ringe væskeindtagelse kan medføre forstoppelse. Fiberindholdet kan, især i de første dage, give mavesmerter og øget tarmluft. Allergiske reaktioner kan forekomme i sjældne tilfælde. Læs altid indlægssedlen grundigt igennem inden brug. Vejl. Priser: 200 g: 44,50 kr., 450 g: 88,75 kr., 1000 g: 169,00 kr., kapsler 225 stk: 119,50 kr.

www.husk.dk

Kliniske diætister i Region Syd

For ca. 1½ år siden mødtes de kliniske diætister i den nye region for første gang på Haderslev sygehus.



Else Lydiksen

Formålet med dette første møde var at lære hinanden at kende, og især hjælpe hinanden med at stå stærkt i den kommende region. Der blev under mødet besluttet, at arbejde videre inden for følgende områder:

Målsætning

For at sikre en optimal diætbehandling og hermed videreudvikle diætistfaget samt synliggøre vor faggruppe i den nye region.

Kommissorium

Herunder sammensætning af gruppen som omfatter kliniske diætister ansat i Region Syd, med ansættelse ved institutioner, der har en driftsaftale med region eller kommune.

Organisation

Styregruppe som består af praksisdiætister, sygehusdiætister og kommunediætister.

De er valgt for 2 år.

Formål

- At styrke og holde højt fagligt niveau
- At styrke og fremme samarbejdet og ensarte diætbehandlingen i Region Syd
- At nedsætte erfagrunder indenfor emnerne: Børn, diabetes, ernæringsterapi, hjertekar, adipositas, mavetarm, spiseforstyrrelser, sundhedsfremme og forebyggelse af livsstilssygdomme og udviklingsarbejde
- At nedsætte ad hoc grupper ved behov

Møderne

Der afholdes møder fire gange om året. Der forventes fremmøde. Dagsorden og referat udarbejdes af styregruppen. Der kommunikeres via mail.

Erfagrunderne mødes særskilt to-tre gange om året.

Arbejdsopgaver

Der er udsendt breve til politikere i de nye store kommuner, og til direktørforum i Region Syd samt til alle formænd for sundhedsudvalgene for de nye kommuner om vort arbejde.

Desuden arbejder vi på at komme på FaKD's hjemmeside, hvor der kan henvises til os.

Sidste nyt

Vi har igen fået en tilbagemelding fra vor konstituerede amtssundhedsdirektør Frank Ingemann Jensen, som efterlyser noget dokumentationsmateriale. På vort sidste møde havde vi inviteret Niels Obelænder, kvalitetschef på Odense Universitets Hospital, til at give os nogle redskaber til kvalitetsudvikling, som er det vi arbejder med nu. Desuden arbejder vi sammen om emner som de kommende

Når de kliniske diætister i Region Syd indgår "ægteskab" pr. 1. januar 2007, er vi en stærk gruppe, der står sammen og løser de fremtidige spændende udfordringer i fællesskab.



sundhedsaftaler i kommunerne, regions hjemmeside, hvor vi arbejder på at blive synlige, kompetenceprofiler og sundhedscentre.

Ved siden af alle disse emner arbejder vi videre i vor erfaggrupper, som også har mange spændende projekter i gang.

Målsætning for kliniske diætister i Region Syd

De kliniske diætister i Region Syd har udarbejdet følgende målsætning for at sikre optimal diætbehandling, videreudvikle diætistfaget samt synliggøre faggruppen.

at mindske eller fjerne symptomer på sygdom og mindske risiko for udvikling eller forværring af sygdom.

- Diætbehandlingen er baseret på opdateret faglig viden om kost og sygdom, og om muligt evidensbaseret eller baseret på officielle retningslinjer for kliniske diætister.

- Der udarbejdes individuelle mål for den enkelte patient.

Målene aftales i samarbejde med patienten og ud fra dennes samlede situation såvel socialt, psykologisk som sygdomsmæssigt.

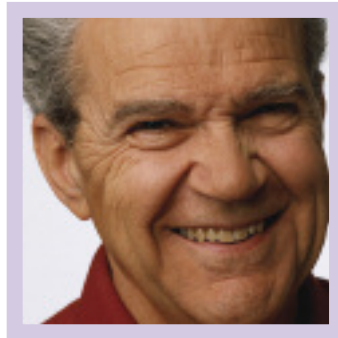
- Alle patienter screenes for ernæringsmæssig risiko og behandling iværksættes hurtigst muligt.

- Der udvikles strategier, der sikrer sufficient ernæring af alle patienter under akut og kronisk sygdom.

- Den kliniske diætist fremmer samarbejdet mellem plejepersonale og madproducenter.

- Ved ernæringsterapi bør god kommunikation sikres mellem patient, pårørende, plejepersonale og den kliniske diætist.

- Sikring af kontinuitet af ernæringsterapibehandlingen ved udskrivelse til primærsektoren.



Der er taget udgangspunkt i de kliniske diætisters kompetence områder:

Diætbehandling, ernæringsterapi, undervisning, rådgivning samt forebyggelse og sundhedsfremme. Afsnittene om diætbehandling er udarbejdet med udgangspunkt i Foreningen af Klinisk Diætisters rammeplaner (1) og Fagets Retningslinier (2).

Diætbehandling

Formålet med individbaseret og patientcentreret diætbehandling ved sygdom er

Den individuelle vejledning kan suppleres med gruppevejledning.

- Den kliniske diætist arbejder igennem sin pædagogiske praksis med patientens motivation og handlekompetence i forhold til diæten.

Ernæringsterapi

Formålet med individbaseret og patientcenteret ernæringsterapi ved akut og kronisk sygdom er, at forbedre ernæringstilstanden og derigennem mindske risiko for udvikling eller forværring af sygdom.

Undervisning/foredragsvirksomhed

Formålet med undervisning er at tilbyde det sundhedsfaglige personale samt patienter og pårørende opdateret viden om ernæring/diætetik, målrettet de pågældende.

Via foredragsvirksomhed kan diætister fremme kendskabet til ernæringsrelaterede emner.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Formålet er at fastholde og udvikle sunde levekår samt en sund og hensigtsmæssig livsstil hos regionens borgere.

Overordnede mål:

- At være aktiv i den specifikke forebyggende indsats i sundhedsvæsenet rettet mod bestemte sygdomme.
- At implementere kostpolitik på plejehjem, institutioner, dagplejer, skoler og lignende i samarbejde med brugeren/borgeren og ledelsen.
- At øge den enkelte borgers motivation, viden og handlekompetence for at udvikle og fastholde sund livsstil via sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter på kostområdet.

- At udarbejde en model for koordinering af indsatsen omkring børn og ældres trivsel, ernæring og kostvaner i samarbejde med relevante parter.

Videreudvikling af diætistfaget

Formålet med videreudvikling af diætistfaget er, via faglige diætistmøder for alle ansatte i Region Syd, at sikre erfaringsudveksling og ensartethed i tilbud.

- Via møderne arbejdes der med:
 - Diætistfaget generelt.
 - Videreudvikling af pædagogiske metoder.
 - Kvalitetssikring og dokumentation.
- Ved at den enkelte kliniske diætist selv deltager i forskning, uddannelse, undervisning m.m. kan der skabes større mulighed for kompetence til videreudvikling af selve diætistfaget herunder pædagogiske metoder, kvalitetssikring, evaluering, dokumentation m.m.

Synliggørelse

- Ved at stå for undervisning/foredragsvirksomhed udbredes kendskabet ikke blot til det ernæringsrelaterede budskab, men også til gruppen af kliniske diætister.

Terminologi

Individuel diætvejledning er en individuel orienteret samtale med klinisk diætist om baggrunden for diætprincipper samt deres anvendelse i praksis.

Individuel diætbehandling er et individuelt behandlingsforløb af patienter med behov for diæt/ernæringsterapi omfattende dataindsamling, analyse, planlægning, handling. D.v.s. individuel diætvejledning og evaluering – gennemført af en klinisk diætist.

Individuel ernæringsterapi består af en række delelementer; identifikation af patienter i ernæringsmæssig risiko, udar-

bejdelse af individuel behandlingsplan, plan for monitorering og dokumentation (journalisering) ■

lydiksen@c.dk

Referencer

1. Rammeplaner for kliniske diætister. www.diaetist.dk.
2. Fagets Retningslinier for kliniske diætister. www.diaetist.dk.

Kliniske diætister er statsautoriserede af Sundhedsstyrelsen

Kliniske diætister er statsautoriserede behandlere j.v.f. lov nr. 451 af 22. maj 2006: Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed; samt bekendtgørelse nr. 880 af 30. september 1996; bekendtgørelse om virksomhed som klinisk diætist



Formålet er at fastholde og udvikle sunde levkår samt en sund og hensigtsmæssig livsstil hos regionens borgere



Diætbehandling af overvægt – nytter det overhovedet?

At fastholde et opnået vægttab via permanente ændringer af spisevaner kan ikke adskilles fra det at mestre sin tilværelse i det hele taget. Psykologiske og sociale aspekter skal inddrages meget mere i den fremtidige behandling af overvægt.



Inge Vinding

Alle, der arbejder inden for området ved, at behandling af overvægt er en meget vanskelig opgave. Den manglende langtids-effekt er en evig kilde til frustration, og flere både læger og diætister er begyndt at give op. Således har den tidligere formand for Motions- og Ernæringsrådet, Bjørn Richelsen (1), været fremme med synspunkter, der kan tolkes som om, det ikke nytter at forsøge at ændre kostvaner, når man først vejer for meget. Selvom viljen og motivationen er stærk, er kroppens fysiologiske våben mod vægttabet hos mange endnu stærkere, mener han. Det fysiologiske forsvar er uden tvivl stærkt, men der findes andre mindst lige så stærke forsvar mod det opnåede vægttab, nemlig psykologiske og sociale faktorer, som man i den hidtidige behandling ikke eller kun i ringe grad har taget højde for.

Det psykologiske forsvar mod vægttab

Der ligger generelt mange psykologiske mekanismer bag vores spisevaner, og dermed også bag forandringsprocessen: At ændre kostvaner. Vaner er generelt meget svære at ændre, og især når de er velsmagende. Det kræver en god portion motivation, dvs. at det skal være meget vigtigt for én samtidig med, at man har en høj tiltro til (self-efficacy), at man godt kan klare det. Det er vigtigt at skelne mellem motivation til at tabe i vægt, og motivation til varigt at ændre kostvaner. Der er ingen tvivl om, at de overvægtige er særdeles motiverede for at komme ned i vægt. Til gengæld kniber det som hovedregel med motivationen til at ændre kostvaner for resten af livet. Mange har da også utopiske ønsker i retningen af: *"Bare jeg kunne blive ved med at spise, hvad jeg har lyst til, og alligevel tabe mig og holde vægten"*. Dvs. at mange stadig tror, at de kan "nøjes" med en slankekur, der tager et vist antal uger eller måneder. Men det er ikke en kur, der skal til, men derimod varige ændringer

i livsstilen, som ikke nødvendigvis behøver at være radikale. Her har diætister en væsentlig opgave.

Et for godt liv eller trøst og flugt fra ubehagelige følelser

For rigtig mange skal grunden til at spise for meget findes i hedonisme: Lyst, vel-smag og sanselig tilfredsstillelse. *"Mad er vidunderligt, og meget mad er endnu mere vidunderligt."*, som det blev udtalt af en overvægtig i TV-programmet Kontant i efteråret 2006. Årsagen til overvægten skal dermed findes i et for "godt" liv, hvor man har vanskeligheder med at prioritere



imellem de mange fristelser i dagligdagen kombineret med en generel manglende opmærksomhed på at dyrke de mange andre værdier i livet, som kunne kompensere for nydelsen ved at spise.

Men der er også dem, der bruger mad til at opnå følelsesmæssig lettelse: Fjerne ubehag, tristhed, kedsomhed, bekymring, stress, skam og oplevelsen af lavt selvværd (2-5). Problemet ved denne coping-strategi er, at løsningen ender med at blive problemet, nemlig svær overvægt, som giver en oplevelse af endnu flere negative følelser inkl. lavt selvværd og skam - og dermed endnu en grund til at spise for meget.

For nogle ender det i en egentlig spiseforstyrrelse som Binge Eating Disorder*, der hidtil ikke har været særligt fokus på i behandlerkredse til trods for, at forekomsten skønnes at ligge på op mod 30% af dem, der søger hjælp til at tabe sig, og måske op mod 52% af de patienter, der er indstillet til operation for deres overvægt (6,7). Resultater fra et tværfagligt interventionsstudie med fem års follow up (8) viste, at patienter i regainer-gruppen (dem, der tager på igen efter et opnået vægttab) havde en signifikant højere score mht. Binge Eating Disorder. De rapporterede ligeledes signifikant hyppigere om psykosociale vanskeligheder som depression, angst, arbejdsløshed, familieproblemer, skilsmisse, stress på arbejdet, sorg og ensomhed. Blandt regainer-gruppen rapporterede dem med Binge Eating Disorder hyppigere om ensomhed, familie- og parproblemer og sorg som årsag til overspisning. Og et signifikant højere antal identificerede følelsesmæssig labilitet, depression (52%) eller angst (58%) snarere end sult som trigger til overspisning. Er der tale om en bagvedliggende spiseforstyrrelse, forklarer det meget godt, hvorfor den traditionelle behandling ikke hjælper. Med den norske

*: Binge Eating Disorder (BED) kaldes også for bulimi uden udrensning, idet der er tale om anfald af overspisning uden regelmæssige vægtregulerende tiltag eksempelvis opkastning og ekstrem motion, hvilket ofte resulterer i overvægt. Binge eating består af mindst to elementer, et subjektivt element i form af en følelse af tab af kontrol, og et objektivi element, nemlig mængden af mad, der indtages på én gang. Overvægtige med BED synes at have en tendens til at overspise også i forbindelse med måltiderne og har således vist sig at have en højere energiindtagelse end overvægtige uden BED. Overvægtige med BED udviser mere alvorlig overvægt, tidligere debut af overvægt, tidligere debut mht. slanketure og hyppigere slanketure. Der er desuden en øget forekomst af psykiske lidelser især depression og angst (6,7,9).

psykiater Finn Skårderuds ord: *"Med overspisningsforstyrrelser som en ny kategori af spiseforstyrrelser er vi i færd med at forstå visse former for overvægt som primært psykiske tilstande"* (9, p.19).

Psykologisk afhængighed

Men kan de overvægtige så ikke bare lade være med at overspise, når de oplever problemer? Nej! Selvom det kan synes dybt irrationelt, hænger de fast i en form for afhængighed. De er afhængige af øjeblikkelig tilfredsstillelse i forhold til forsinket tilfredsstillelse – med andre ord en psykologisk afhængighed. Vi har at gøre med en automatisk proces, hvor vedkommende oplever ikke at have kontrol. Og netop fordi det faktisk hjælper at spise, fordi det påvirker hjernens belønningssystem og dermed øger dopamin-

niveauet, der er forbundet med psykisk ro, velvære og vellyst, er der tale om en kraftig forstærkningseffekt (10). Det skal ikke sidestilles med afhængighed af alkohol- og narko. For det første er der her tale om en fysiologisk afhængighed, og for det andet forårsager rusmidler en betydeligt større frigivelse af dopamin (11).

At komme ud af denne fælde kræver motivation, udholdenhed og selvkontrol, fordi man er nødt til at presse sig til at gøre noget, der i øjeblikket er forbundet med ulyst, men som giver gevinst senere. I modsætning til denne måde at "løse" problemer på kræver en egentlig problemløsning en bevidst og aktiv indsats. Der er tale om en læreproces, som vedkommende skal have hjælp til fx i form af kognitiv terapi**.

** : Kognitiv terapi: Et væsentligt formål med kognitiv terapi er at fremme motivationen, skabe indsigt i sammenhængen mellem overvægt og psykologiske faktorer samt i, hvorfor og i hvilke situationer man spiser for meget, udvikling af coping-strategier og værktøjer til at tackle højrisikosituationer og tilbagefald, "fange" depression, angst og spiseforstyrrelser. Væsentlige elementer er kognitiv restrukturering med henblik på at ændre dysfunktionelle tanker om mad, spisning og vægt og med henblik på at ændre negativ selvopfattelse, manglende selvtillid og lav self-efficacy, træning i problemløsning, stressreduktionsmetoder og hensigtsmæssige copingstrategier. Kognitiv terapi foretages både som individuel terapi og gruppeterapi (29).

"På den næste planet boede en drunker. Det blev et meget kort møde, men det hensatte den lille prins i det dybeste mismod. – Hvad bestiller du der? Spurgte han drankeren, som han fandt siddende foran en hær af tomme flasker og en hær af fulde flasker. – Jeg drikker, svarede drankeren og så dystert ud. – Hvorfor drikker du? Spurgte den lille prins. – For at glemme, svarede drankeren. – For at glemme hvad, forhørte den lille prins sig. Han var allerede ved at få ondt af drankeren. – For at glemme, at jeg skammer mig, indrømmede drankeren, og bøjede hovedet. – Skammer dig over hvad? Spurgte den lille prins, som gerne ville hjælpe ham. – Over at jeg drikker, sagde drankeren afsluttende og indhyllede sig i fuldkommen tavshed. Og den lille prins flygtede forvirret. De voksne er bestemt meget mærkelige, sagde han til sig selv, da han drog videre ud i verden" (12, p.42-43).

Overvægt og overspisning er kun toppen af isbjerget

Mennesker, der bruger spisning til at flygte fra ubehagelige følelser, er ofte karakteriseret ved, at de ikke kun har problemer mht. vægt og spisning. De har generelt problemer med personlig styrke og mestringsevne, det vil sige at kunne sætte realistiske mål, at kunne se en mening med livet, at have basal tillid til sig selv og andre, at kunne se muligheder og at have en dybfølt fornemmelse af eget ansvar. Mangler man psykisk styrke, kan livet generelt føles vanskeligt og svært at tackle, og man synes at mangle viljestyrke og evne til selvmotivation.

At holde fast i sine mål – i dette tilfælde nye spisevaner og vægttab – trods modgang kræver en vis robusthed over for frustrationer. Denne robusthed er et resultat af vores opvækst og erfaringer og dermed en del af vores personlighed. Ikke alle har her været lige "heldige". Man kan sammenligne denne robusthed med en elastik: *"Hvis vores livserfaringer*

er prægede af nederlag og skuffede forventninger, som ikke er blevet bearbejdede, vil vores elastiktråd være usmidig med tendens til hurtigt at knække, når den udspændes" (13, p.173).

Min antagelse er, at evnen til at ændre spisevaner, tabe i vægt og fastholde et vægttab ikke kan betragtes adskilt fra evnen til at mestre tilværelsen generelt. Målet må derfor være at udvikle kompetence til at håndtere eget liv, herunder spisevaner og vægt. Dette stemmer godt overens med undersøgelser af børn og unges sundhedsvaner. Problemer med dårlige kostvaner, overvægt, manglende motion, rygning og alkoholmisbrug synes at hænge sammen med manglende trivsel (14-16). Bente Jensen (14) definerer trivsel som "alment velbefindende, glæde ved tilværelsen, selvtillid, selvværd og følelsen af at leve et godt liv".

Det lykkes faktisk for nogle!

At man nemt tager de tabte kilo på igen, er således ikke vanskeligt at forstå ud fra et psykologisk perspektiv. Men ikke desto mindre lykkes det faktisk for nogle, nemlig dem, der holder fast i de ændrede kost- og motionsvaner – de såkaldte maintainere. Det er vigtigt at huske på midt i frustrationen over, at mange tager på igen. Måske kan vi som behandlere lære noget af maintainerne.

Selvom der ikke er forsket meget i, hvilke faktorer der har betydning for vedligeholdelse af vægttab, peger de eksisterende

undersøgelser i retningen af, at maintainere har mere velegnede coping-strategier i forbindelse med stress og negative følelser, er mindre tilbøjelige til at give ydre forhold skylden for overvægten (internal locus of control), de er karakteriseret ved indre motivation og højere grad af self-efficacy, ligesom de har en mere fleksibel kontrol over spisningen og sætter realistiske mål, som de når og er tilfredse med. Generelt synes de at have større psykisk styrke og at være mere socialt kompetente (17-20).

Noget tyder således på, at vi som behandlere skal inddrage de mere personlige kompetencer, da det er dem, der er med til at gøre, at de overvægtige patienter kan, vil og tør bruge den viden, og de



færdigheder de får bla. hos diætisten (21,22). Man er nødt til at se på overvægt i et bredere perspektiv – at se på hele mennesket, og den livssituation vedkommende befinder sig i, og dermed også indtage de psykologiske aspekter.

Psykologisk behandling af overvægt

I forbindelse med psykologisk behandling af overvægt er det vigtigt at understrege, at overvægtige ikke er psykisk syge.

Derimod kan overvægtige være præget af psykologiske forhold, der enten skyldes aktuelle problemstillinger, eller som har rødder længere tilbage i tiden fx forskellige former for omsorgssvigt i barndommen. Overvægt kan desuden enten være en følge af psykologiske forhold, eller overvægt har ført problemer med sig af psykologisk karakter. I virkelighedens verden er det svært at afgøre, hvad der kom først: Hønen eller ægget. Det er principielt også uden betydning for interventionen, idet den tager udgangspunkt i den aktuelle problemstilling, som patienten kommer med – i hvert fald, når det drejer sig om kognitiv terapi.

Men nytter det så at kombinere den traditionelle behandling med psykologisk intervention? Konklusionen på et Cochrane-studie fra 2005 er, at overvægtige har gavn af psykologisk intervention, især kognitiv adfærdsterapi (kommentar: Der findes meget få undersøgelser, der evaluerer andre typer af psykologisk intervention). Det øger vægttabet, og gør det lettere at fastholde det opnåede vægttab. Psykologisk intervention er især nyttig i kombination med intervention på kost- og motionsområdet (23). Og er der tale om spiseforstyrrelser som Binge Eating Disorder*, viser et andet Cochranestudie fra 2003, at der ved psykologisk behandling generelt ses en forbedring af psykologiske parametre (selvværd, depression, angst), samt reduktion i hyppigheden af binge eating i op til 12 måneder efter

behandlingen, men intet vægttab. Derfor er det nødvendigt at kombinere den psykologiske behandling med diætbehandling, gerne samtidigt, da parallelindsatser ikke synes at være kontraindiceret (24).

Paradigmeskift i behandlingen

Der er almindelig enighed om, at kortvarig intervention ikke virker. Til gengæld kan man ikke på det foreliggende grundlag konkludere, at ændrede kost- og motionsvaner ikke virker som elementer i en helhedsorienteret, langsigtet intervention. Desværre er der kun lavet meget få undersøgelser på dette område. Det allerede omtalte tværfaglige interventionsstudie med fem års follow up (8) viste, at 20% havde fastholdt det initiale vægttab i fem år, mens 25,5% havde tabt sig yderligere. Dermed havde "kun" 54,5% taget de tabte kilo på igen, hvilket er et væsentlig bedre resultat end hidtil (25). Noget tyder desuden på, at vi skal lægge vægt på varige livsstilsændringer med mere moderat energireduktion i stedet for mere kortvarige diæter med relativt lavt energindhold. Ganske vist tabte dem på den traditionelle behandling sig mest under den 13 uger lange intervention, men derefter fulgte de det sædvanlige mønster med langsomt at tage på (dog tog de ikke det hele på igen), hvorimod den anden gruppe, hvor interventionen desuden omfattede elementer af kognitiv terapi og vægt på at lære at vælge og prioritere, og dermed oplæres i en mere fleksibel kontrol af spisningen, fortsatte med at tabe i vægt (26). Det tyder således på, at det ikke er ligegyldigt, hvordan de overvægtige taber sig.



Naturligvis ville det være rart med flere undersøgelser og dermed dokumentation for effekten af en tværfaglig, længerevarende intervention med vægt på både kost, motion og psykosociale aspekter. Men indtil de (forhåbentligt) foreligger, kunne vi jo prøve at ændre på vores hidtidige måde at gøre tingene på i stedet for at blive ved med "mere af det samme", som jo tilsyneladende ikke virker, og som fører til frustration: "Hvorfor gør de ikke, som vi siger?" Eller gør, at vi helt opgiver

"Men jeg kunne godt tænke mig en gang, hvor man simpelthen tog både vægten, motionen og måden at købe ind på og måden at tænke på – for det er egentlig det, der skal ændres – det skal ind på rygraden. Du omlægger kosten, men du omlægger ikke hele personen, så problemerne bliver ved med at være der, ikke?" (citater fra en kvalitativ undersøgelse, jeg lavede under mit psykologistudie).

og overlader opgaven til De Danske Vægtkonsulenter og kirurgerne. Dette er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger (27). De konkluderer i deres rapport, at utilstrækkelig opfølgning og for kort interventionsperiode er et problem i en del projekter. De anbefaler derfor, at interventionen skal være mindst seks måneder, og at deltagerne skal følges meget længere. Ligeledes peger de på en kombination af teori og praksis, tværfaglighed, netværksdannelse og tværsektionelt samarbejde.

Det betyder, at vi som behandlere i langt højere grad skal inddrage patienterne aktivt i den kompetencefremmende proces, hvor der fokuseres på hele personen og på det liv, vedkommende lever, og på den sociale kontekst. Og dermed på et meget bredere udsnit af de faktorer, der

har betydning for ændring af vaner, og som støtter den enkeltes forudsætninger til at mestre tilværelsen, frem for kun at fokusere på de traditionelle helbredsrelaterede aktiviteter som fx kost-, motions- og rygevaner. Og sidst, men ikke mindst betydningsfuld: Accept af, at det tager lang tid at ændre vaner. Det er meget svært at ændre kostvaner, blandt andet fordi de er grundlagt allerede i barndommen under stor indflydelse af følelsesmæssige og

sociale oplevelser. En anden vigtig grund er, at spisevanerne er blevet en del af vores identitet, og måden vi opfatter os selv på, og det er ikke sådan lige til at ændre på. En forandring vil i givet fald på mange måder gribe ind i vores daglige liv. Vi holder fast i selv dårlige vaner, fordi vi kender dem så godt, at de giver tryghed og er en del af den, vi er.

Konsekvenser for diætisters arbejde

Dette paradigmeskift får betydning for, hvordan diætister udfører deres behandling af den overvægtige patient bedst. Behandlerrollen skal ændres fra ekspert til både ekspert og samarbejdspartner/coach. Heri ligger, at den overvægtige patient skal opfattes som aktør frem for passiv modtager af information. Det kræver ikke blot en ændret tankegang, men også ændrede professionelle kompetencer på det kommunikative og det menneskelige plan (21). På det metodemæssige plan kunne der være tale om anvendelse af motivationssamtalen (28) og elementer fra kognitiv terapi.

Desuden skal der etableres tværfaglige teams med henvisningsmuligheder til psykolog især i tilfælde med spiseforstyrrelse, depression og andre væsentlige psykologiske problemstillinger. Meningen er ikke at psykologisere overvægt, men at medtænke de psykiske aspekter i en tværfaglig forståelse af overvægt, og dermed en tværfaglig interventionsstrategi med flere tilbud til den meget forskelligartede gruppe af overvægtige patienter ■

ingevinding@vip.cybercity.dk

Referencer

1. Richelsen B. Fedmebehandling: Diæt, vægttab og vægtstigning – hvad er problemet? Motions- og Ernæringsrådets Nyhedsbrev 2006; 1: 4-6.
2. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. Behavioural Processes 2002; 60(2): 157-164.
3. Heatherton TF, Strieppe M, Wittenberg L. Emotional distress and disinhibited eating: The role of the self. Personality and Social Psychology Bulletin 1998; 24(3): 301-313.
4. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. Psychol Bull 1991; 110(1): 86-108.
5. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: Why do dieters overeat? Int J Eat Disord 1991; 26(2): 153-164.
6. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. Int J Obes 2003; 27: 1-12.
7. Grothe KB, Dubbert PM, O'jile JR. Psychological assessment and management of the weight loss surgery patient. Am J Science 2006; 331(4): 201-206.
8. Golay A, Buclin S, Ybarra J et al. New interdisciplinary cognitive-behavioural-nutritional approach to obesity treatment: a 5-year follow-up study. Eating Weight Disorder 2004; 9(1): 29-34.
9. Skårderud F. Stærk – svag. En håndbog om spiseforstyrrelser. København: Hans Reitzels Forlag 2001.
10. Hart S. Hjerne, samhørighed, personlighed. København: Hans Reitzels Forlag 2006.
11. Lindroos AK. Sukker og afhængighed. Perspektiv 2006; 1: 35-37.
12. Saint-Exupéry A de. Den lille prins, 4. udg. Lindhardt og Ringhof 2000.
13. Hermansen M. Omlæring. Århus: Klim 2003.
14. Jensen B. Sundhed og sårbarhed.

Inge Vinding

Uddannelser

- Psykolog (cand. pæd. psych.). Speciale: Hvorfor er det så svært at fastholde et opnået vægttab? Om sammenhængen mellem følelser, spisevaner og overvægt. Beskrivelse, forståelse og intervention 2003.
- 1-årig videreuddannelse i kognitiv terapi på Kognitiv Terapi Center, Århus 2005
- Klinisk diætist 1989.
- Husholdningslærer, Suhrs Seminarium 1985.

Arbejde

- Siden august 2003: Adjunkt, JCVU, Ernæring og Sundhedsuddannelsen. Underviser i psykologi og sundheds-

pædagogik på de tre specialelinjer klinisk diætetik, human ernæring og ernæring og fysisk aktivitet.

Kernemedarbejder i Videncenter Sundhedsfremme.

- Fra februar 2005: Psykolog på projekt JobForm – et tværfaglig forløb for overvægtige uden for arbejdsmarkedet, Jobcenter Djursland i Grenaa – samt medlem af den overordnede projektgruppe.
- 2006: Psykolog på projekt Vægt på Job på Jobcenter Århus Syd – et tværfagligt tilbud til overvægtige ledige.
- En række freelanceopgaver (undervisning, foredrag, konsulent, klientarbejde) inden for temaet overvægt og psykologi.

- 1989-1996: Klinisk diætist på afd. M, Århus Kommune Hospital – vejledning af primært diabetikere.
- 1996-1999: Konsulent i Image Selskabet, Århus. PR og kommunikation inden for sundhed, fødevarer og ernæring.

Andet

- Har sammen med to andre diætister udgivet to kogebøger i samarbejde med Diabetesforeningen: Den nye kogebog (1994) og Kager der smager (1996).
- Har udgivet bogen: Sundt, nemt og lækkert. Opskrifter og tips til mad i en travl hverdag. Forlaget Klim (2005).
- Eget firma: Mad og Psykologi 2005: www.madogpsykologi.dk

- Store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv. København: Hans Reitzels Forlag 2002.
15. Jørgensen PS, Holstein BE, Due P. Sundhed på vippen. En undersøgelse om de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag 2004.
 15. Aaen S, Nielsen GA. Trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20årige i Danmark. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2006.
 16. Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1029-1036.
 17. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes* 2003; 27: 955-962.
 18. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther* 2004; 42 (11): 1341-1356.
 19. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005; 6(1): 67-85.
 20. Jensen B. Kompetencebegrebet og pædagogisk design – en skitse til en model. København: Gyldendal 2002.
 21. Vinding I. Psykologiske barrierer i forbindelse med vægttab. *Perspektiv* 2003; 3: 7-10.
 22. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; Apr 18(2).
 23. Hay, P.J.; Bacaltchuk, J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (CochraneReview). I: *Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
 24. Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH et al. Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychol* 2000; 19(1 Suppl): 5-16.
 25. Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL. Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(2): 260-266.
 26. Hejgaard T, Hølund U, Bruun JJ et al. Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt. Erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer. København: Sundhedsstyrelsen 2006.
 27. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag 2004.
 28. Mørch MM, Rosenberg NK. Kognitiv terapi. Modeller og metoder. København: Hans Reitzels Forlag 2005.

Hvidløg og hjertekarsygdomme

Hvidløg har i flere tusinde år været kendt i adskillige kulturer for sine helbredende egenskaber.

Man har fundet hvidløg i sumeriske ler-tabletter fra ca. 2600-2100 f. Kr. (1), og i et egyptisk medicinsk kodeks fra 1550 f. Kr. beskrives det, at hvidløg er godt mod hjertesygdomme, tumorer og bid. Charak (3000 f. Kr.), faderen til Ayurvedisk medicin, mente, at hvidløg bevarer blods evne til at flyde og styrker hjertet, og inderen Charaka hævdede, at hvidløg forebygger hjertesygdomme.



Martin Bruun Madsen



Lone Jeppesen Bjerregaard



Anne-Mette Jensen

De første dokumenterede effekter kom i slutningen af 1920'erne, og fra 1970'erne kom der for alvor gang i forskningen (2). Mange af studierne har forsøgt at kortlægge hvidløgs egenskaber i forhold til hjertekarsygdomme – det er blandt andet foreslået, at hvidløg skulle virke antikoagulerende, throm-

bolytisk, blodtryks- og kolesterolsænkende.

Hvidløg og kolesterol

Forhøjet plasmakolesterol er en væsentlig risikofaktor for hjertekarsygdom (3).

Flere kliniske studier har vist, at sænkes koncentrationen af plasma low density lipoprotein (LDL) kolesterol reduceres risikoen for at få hjertekarsygdom signifikant (4). Det er derfor i denne sammenhæng interessant at se nærmere på hvidløgs eventuelle kolesterolsænkende effekt.

Formodet virkningsmekanisme

På trods af de forholdsvis mange studier med hvidløg, er mekanismen bag en eventuel hypokolesterolemisk effekt ikke kendt. Det menes, at allicin, der giver hvidløg dets karakteristiske smag og lugt, er den aktive komponent i hvidløg (5), og det er foreslået, at allicin hæmmer kolesterolsyntesen i leverceller (6). Allicin absorberes let i tarmen, men på grund af hurtig omdannelse til allyl mercaptan og allyl methyl sulfid, findes det ikke i blodet. Allicin findes ikke i frisk hvidløg, det gør derimod forstadiet alliin, der ved hjælp af enzymet alliinase omdannes til allicin, når cellerne i hvidløget ødelægges. Alliinase ødelægges let ved varme og lave pH-værdier, fx i ventriklen, og derved omdannes alliin ikke til allicin. Det er ikke sikkert, at det er allicin, der er det aktive stof, da aged garlic extract (AGE – også kaldet kyolic) og hvidløgssolie ikke indeholder allicin, men til gengæld en række andre organiske svovlforbindelser, der har vist at inhibere kolesterolsyntesen (1).

In vitro-forsøg har fundet, at hvidløg inhiberer 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase (HMG-CoA reductase), der er det hastighedsregulerende enzym i kolesterolsyntesen (7). LDL isoleret fra personer, der har fået AGE i syv dage, viste sig at være mere resistent over for oxidation end i LDL kolesterol fra personer, der ikke havde fået AGE (8).

De mest almindeligt undersøgte former for hvidløg er rå hvidløg, tørret hvidløgspulver (Kwai) i tabletter, hvidløgssolie og AGE, som er ethanol-baseret hvidløgseks-trakt.

Dyreeksperimentielle studier

I et nyligt studie, hvor kaniner fik en kolesterolrig kost, så man, at arealet af lipidfyldte læsioner (fatty streaks) i aorta var reduceret i de kaniner, der fik AGE i forhold til de, der ikke fik det (9), mens der ikke sås ændring i serum kolesterol. Forsøg med rotter har vist lovende resultater med hensyn til sænkning af plasma total kolesterol (TC) og LDL kolesterol (1).

Humane studier

Et gennemgående problem ved mange af studierne er manglende kontrol med randomisering, blinding af aktivt produkt samt registrering af forsøgsdeltagernes kost. Studierne imellem er der forskel på, hvilken type aktivt produkt, der bruges, fx hvidløgspulver eller olie. Konsekvensen er, at det er svært at sammenligne studierne, og endog at nogle af resultaterne må betragtes som ubrugelige. Ved søgninger i MedLine, Cochrane og Embase er der udvalgt ni kliniske studier fra 1993 og frem (10-18), der kort er beskrevet i tabel 1 (side 16). Studierne er udvalgt efter krav om, at de skulle være randomiserede, dobbeltblindede og placebo-kontrollerede. I studierne blev der anvendt forskellige hvidløgssekstrakter i forskellige doser og formuleringer. Med undtagelse af Zhang et al (18) er der foretaget en vis kontrol af deltagernes kostindtag, typisk ved hjælp af kostregistreringer over 3-7 dage. Kolesterol-sænkende medicin var eksklusionskriterium i alle ni studier.

Af de ni studier gennemgået her, viste kun ét et signifikant fald i LDL kolesterol på 0,44 mmol/L, hvor der i placebo-gruppen sås en stigning på 0,18 mmol/L (13). Overraskende sås en signifikant stigning i HDL kolesterol hos placebo-gruppen på 0,09 mmol/L, hvorimod der i hvidløgsgruppen sås en stigning på 0,02 mmol/L. I studiet reducerede deltagerne i hvidløgsgruppen deres indtag af fedt, kul-

hydrat og alkohol signifikant i forhold til placebo-gruppen. Dette medførte et samlet lavere energiindtag, og vanskeliggør tolkning af resultaterne. Zhang et al (18) fandt ingen reduktion i LDL kolesterol i hele populationen. Undersøgte man derimod kvinder versus mænd, var der signifikant forskel. Blandt kvinderne i hvidløgsgruppen fandtes et fald i LDL kolesterol og en stigning i HDL kolesterol, mens det modsatte var tilfældet hos mændene med en lille stigning i LDL kolesterol og et lille fald i HDL kolesterol.

Kun ét studie rapporterede om succesfuld blinding (11), hvorimod andre rapporterede om hvidløgsånde og ændret kropslugt hos personer i interventionsgruppen (12,13). Et dansk studie målte desuden pulse wave velocity (som udtryk for arteriens stivhed) og blodtryk (17), men fandt ingen signifikante forskelle mellem hvidløgs- og kontrolgruppen. Superko et al (16) målte små tætte LDL partikler, der er særligt aterogene, og heller ikke her blev der fundet nogen signifikant forskel mellem de to grupper.

Resultater fra metaanalyser

I en metaanalyse af Ackermann et al (19) er 45 studier gennemgået. Efter 8-12 ugers intervention fandtes en signifikant reduktion i både TC (n = 24 studier) og LDL kolesterol (n = 13 studier) på henholdsvis 0,44 mmol/L og 0,16 mmol/L. Der fandtes ingen effekt af hvidløg på HDL kolesterol.

Stevinson et al (20) gennemgik i deres metaanalyse 13 randomiserede, dobbeltblindede, placebokontrollerede studier med i alt 796 deltagere. En signifikant reduktion i TC blev beregnet til 0,41 mmol/L. Så man derimod kun på de studier, der havde udført diætkontrol, fandt man ingen signifikant reduktion i TC. Fem af de 13 studier medtog også andre lipidparametre. En metaanalyse af

disse studier viste ingen signifikant reduktion i LDL kolesterol eller stigning i HDL kolesterol.

Hvidløgs effekt på andre risikofaktorer for hjertekarsygdom

Antihypertensiv effekt

Flere dyrestudier har vist, at hvidløg kan reducere blodtrykket, hvor det menes, at effekten skyldes en reduktion i aktiviteten af enzymet angiotensin-converting enzym (ACE). Ackermann et al (19) fandt i sin metaanalyse, at tre ud af 30 studier viste en reduktion i diastolisk blodtryk i størrelsesordenen 2-7%, og ét studie fandt en reduktion i systolisk blodtryk på 3%. Man konkluderede, at resultaterne har ringe klinisk relevans på grund af studiernes begrænsninger i forhold til randomisering, blinding og hvilke aktive komponenter i hvidløg, der blev brugt. En metaanalyse fra 1994 (15) fandt tendenser, der kunne tyde på en blodtryks-sænkende effekt af hvidløg, men igen var analysen begrænset af metodologiske mangler i de udvalgte studier.

Antiglykæmisk effekt

Ackermann (19) fandt, at kun ét studie ud af 12 viste en signifikant reduktion i serum glukose hos ikke-diabetikere ved



indtag af Kwai sammenlignet med placebo. Igen fremhæves studierne forskellighed og deraf manglende mulighed for at bruge resultaterne i praksis.

LDL-oxidation

Flere in vitro-forsøg har vist, at hvidløg kan hindre LDL-oxidation, og for nylig har et lille studie vist, at dette muligvis også gør sig gældende i mennesker (21).

Sluttelig skal nævnes et enkelt forsøg, hvor hvidløgs effekt på kronisk beniskæmi blev undersøgt (22). Der blev fundet,

at den distance, deltagere med kronisk beniskæmi kunne gå uden smerter, blev øget fra 161 til 207 meter i hvidløgs-gruppen sammenlignet med forøgelse fra 172 til 203 meter i placebo-gruppen. Forsøget inkluderede 80 patienter, varede 12 uger,

og det var kun i den sidste del af studiet, forøgelsen af distancen var signifikant. Kronisk beniskæmi er en kronisk sygdom, og det må formodes, at en længere opfølgningstid er nødvendig, før et resultat vil kunne bruges i klinisk praksis.

Diskussion

Af de ni studier gennemgået her fandt kun to studier en reduktion i LDL kole-

Studium	Deltagere Mænd, kvinder, alder	LDL kolesterol ved baseline (mmol/L)	Tablet Form
Berthold et al, 1998	25 11♂, 14♀ 58 år	5,4	Olie
Gardner et al, 2001	53 i alt, heraf 17 lavdosis 7♂, 10♀ 16 højdosis 10♂, 6♀ 52 år	4,1	Pulver
Isaacsohn et al, 1998	50 27♂, 23♀ 58 år	4,7	Kwai pulver
Kanner et al, 2001	46 25♂, 21♀ 55 år	5,3	Enterisk coated pulv
Peleg et al, 2003	39 17♂, 22♀ 54 år	4,6	Pulver
Simons et al, 1995	30 16♂, 14♀ 54 år	4,8	Kwai pulver
Superko et al, 2000	50 ♂/♀ ej anført 53 år	4,3	Kwai pulver
Turner et al, 2004	62 24♂, 38♀ 50 år	3,5	Pulver
Zhang et al, 2001	Randomiseret: 51 26♂, 25♀ 27 år	3,2	Olie

Tabel 1. Oversigt over gennemgåede studier. 95% CI angivet, når angivet i litteratur. H = Hvidløgsgruppen. P = Placebogruppen. * P-værdi < 0,05

sterol (13,18), hvoraf det ene kun fandt en effekt hos kvinder (18). Ved flere af studierne er der problemer, som kan have påvirket resultaterne. Der manglede kontrol af baggrundskost, vægt og fysisk aktivitet. På grund af hvidløgs karakteristiske duft og smag var der manglende blinding. Generelt var der kun få personer med i studierne. De forskellige hvidløgspræparationer kan have forskellige egenskaber idet kompositionen af rå hvidløg er mangfoldig og varierende, og der blev anvendt forskellige doser i forsøgene. Sidst er deltagerne i de forskellige studier ikke altid sammenlignelige.

Konklusion

De mangler, der gør sig gældende i studier om hvidløgs effekt på kolesterol, er mindst lige så udtalte, når det drejer sig om andre risikofaktorer for hjertekarsygdomme. Vi konkluderer, at hvidløgs eventuelle effekt på LDL kolesterol ikke er overbevisende, og at en eventuel effekt vil være beskednen. På denne baggrund kan man ikke anbefale patienter hvidløg hverken som kolesterolsænkende middel eller som mediator af andre risikofaktorer for hjertekarsygdomme. Brugen af frisk hvidløg i madlavning kan fortsat anbefales på lige fod med krydderier, krydderurter, chili, sojasovs og andre kryddersovse.

Det giver god smag og gør det lettere at reducere anvendelse af fedtstof til madlavning. ■

mbm@stud.ku.dk
ljb@rn.dk
anmj@rn.dk



Daglig dosis	Varighed	Ændring i LDL kolesterol (mmol/L) efter intervention
10 mg	12 uger x 2	H vs. P: +0,00(95% CI: -0,24; 0,25)
500 mg 1000 mg	12 uger	H (fuld dosis): -0,26 P: 0 H vs. P: ej udført
900 mg	12 uger	H: ændring ikke opgivet som koncentration (-0,4%) P: ændring ikke opgivet som koncentration (+1,8%) H vs. P: ej udført
880 mg	12 uger	H: -0,44* P: +0,18* H vs. P: ej udført
22,4 mg alliin	16 uger	H: -0,04 P: -0,12 H vs. P: ej udført
900 mg	12 uger x 2	H: ændring ikke opgivet P: ændring ikke opgivet
900 mg	12 uger	H: -0,04 P: -0,08 H vs. P: ej udført
920 mg	12 uger	H: +0,04 P: +0,04 H vs. P: ej udført
8,2 mg allylsulfid	11 uger	H: -0,09(95% CI: -0,37; 0,20) P: +0,06(95% CI: -0,26; 0,38) H vs. P: -0,15(95% CI: -0,57; 0,27)

Referencer

1. Banerjee SK, Maulik SK. Effect of garlic on cardiovascular disorders: A review. *Nutr J* 2002 November 19;1:4.
2. Rahman K. Historical perspective on garlic and cardiovascular disease. *J Nutr* 2001 March;131(3s):977S-9S.
3. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *The Lancet* 1994 November 19;344(8934):1383-9.
4. Cholesterol Treatment Trialists' C. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomised trials of statins. *The Lancet* 2005 366(9493):1267-78.
5. Gardner CD, Messina M, Lawson LD, Farquhar JW. Soy, garlic, and ginkgo biloba: Their potential role in cardiovascular disease prevention and treatment. *Curr Atheroscler Rep* 2003 November;5(6):468-75.
6. Gebhardt R, Beck H, Wagner KG. Inhibition of cholesterol biosynthesis by allicin and ajoene in rat hepatocytes and HepG2 cells. *Biochim Biophys Acta* 1994 June 23;1213(1):57-62.
7. Yeh YY, Liu L. Cholesterol-lowering effect of garlic extracts and organosulfur compounds: Human and animal studies. *J Nutr* 2001 March;131(3s):989S-93S.
8. Munday JS, James KA, Fray LM, Kirkwood SW, Thompson KG. Daily supplementation with aged garlic extract, but not raw garlic, protects low density lipoprotein against in vitro oxidation. *Atherosclerosis* 1999 April;143(2):399-404.
9. Campbell JH, Efendy JL, Smith NJ, Campbell GR. Molecular Basis by Which Garlic Suppresses Atherosclerosis. *J Nutr* 2001 March 1;131(3):1006S-1009.
10. Berthold HK, Sudhop T, von BK. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism: A randomized controlled trial. *JAMA* 1998 June 17;279(23):1900-2.
11. Gardner CD, Chatterjee LM, Carlson JJ. The effect of a garlic preparation on plasma lipid levels in moderately hypercholesterolemic adults. *Atherosclerosis* 2001 January;154(1):213-20.
12. Isaacsohn JL, Moser M, Stein EA, Dudley K, Davey JA, Liskov E, Black HR. Garlic powder and plasma lipids and lipoproteins: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 1998 June 8;158(11):1189-94.
13. Kannar D, Wattanapenpaiboon N, Savige GS, Wahlqvist ML. Hypocholesterolemic effect of an enteric-coated garlic supplement. *J Am Coll Nutr* 2001 June;20(3):225-31.
14. Peleg A, Hershcovici T, Lipa R, Anbar R, Redler M, Beigel Y. Effect of Garlic on Lipid Profile and Psychopathologic Parameters in People with Mild to Moderate Hypercholesterolemia. *IMAJ* 2003;5:637-40.
15. Simons LA, Balasubramaniam S, von KM, Parfitt A, Simons J, Peters W. On the effect of garlic on plasma lipids and lipoproteins in mild hypercholesterolaemia. *Atherosclerosis* 1995 March;113(2):219-25.
16. Superko HR, Krauss RM. Garlic powder, effect on plasma lipids, postprandial lipemia, low-density lipoprotein particle size, high-density lipoprotein

Kirudan
www.kirudan.dk

**Totalleverandør inden for:
Ernæringsprodukter**

Se hele vores produktsortiment og bestil dine varer over nettet på www.kirudan.dk

- **Stort og bredt produktsortiment**
- **Konkurrencedygtige priser og hurtig levering**
- **Internetbestilling:
Genbestillingsliste, gør det nemt, hurtigt og sikkert**

 www.kirudan.dk 
-et godt sted at handle

Kirudan A/S er i dag med 120 medarbejdere en af Danmarks førende handelsvirksomheder inden for hospitals-, læge- og sygeplejeartikler. Kunderne er hele sundhedssektoren: Hospitaler, plejehjem, hjemmesygepleje, speciallæger, alm. lægepraksis, klinikker, tandlæger samt dyrlæger og virksomheder. Til private leveres hjælpemidler fortrinsvis efter aftale med kommunerne i henhold til Serviceloven.

Kirudan A/S
Kornmarksvej 15-19
2605 Brøndby
Telefon 3637 9130



- subclass distribution and lipoprotein(a). *J Am Coll Cardiol* 2000 February;35(2):321-6.
17. Turner B, Molgaard C, Marckmann P. Effect of garlic (*Allium sativum*) powder tablets on serum lipids, blood pressure and arterial stiffness in normo-lipidaemic volunteers: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Nutr* 2004 October;92(4):701-6.
18. Zhang XH, Lowe D, Giles P, Fell S, Connock MJ, Maslin DJ. Gender may affect the action of garlic oil on plasma cholesterol and glucose levels of normal subjects. *J Nutr* 2001 May;131(5):1471-8.
19. Ackermann RT, Mulrow CD, Ramirez G, Gardner CD, Morbidoni L, Lawrence VA. Garlic shows promise for improving some cardiovascular risk factors. *Arch Intern Med* 2001 March 26;161(6):813-24.
20. Stevinson C, Pittler MH, Ernst E. Garlic for treating hypercholesterolemia. A meta-analysis of randomized clinical trials. *Ann Intern Med* 2000 September 19;133(6):420-9.
21. Lau BH. Suppression of LDL oxidation by garlic compounds is a possible mechanism of cardiovascular health benefit. *J Nutr* 2006 March;136(3 Suppl):765S-8S.
22. Jepson RG, Kleijnen J, Leng GC. Garlic for peripheral arterial occlusive disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2).

ATPRO 100®



Et fedt- og lactosefrit animalsk proteinkoncentrat, bestående af hydrolyserede polypeptider. Produktet har mange anvendelsesmuligheder som komplementering til den daglige kost, idet det er muligt at højne proteinmængden uden det fremstillede produkt ændrer farve eller smag i væsentlig grad. **Atpro 100®** har i opløst stand et næsten glasklart udseende.

ATTYLET®



Attylet® er produceret specielt til fremstilling af gelé- og tyktflydende kost. **Attylet®** kan anvendes i alle former for væsker, kolde som varme, samt i puréer. F.eks. saftevand, juice, supper, pureerede grøntsager og lignende. **Attylet®** doseres direkte i de anvendte produkter. Det har neutral smag og udseende, og desuden tåler det opvarmning samt dybfrysning.



Aspartam – sikkert eller sundhedsskadeligt?

Aspartam har gennem tiderne været det mest omdiskuterede tilsætningsstof. Det er blevet beskyldt for adskillige bivirkninger, fra de mindre alvorlige som hovedpine og øget sult til de mere alvorlige som øget risiko for kræft. Er der evidens for dette, og hvilke mængder kan aspartam eventuelt indtages i uden at være sundhedsskadeligt?



Allan Stubbe Christensen

Anvendelse

Sødestoffet aspartam, også kendt som E 951 og NutraSweet, blev i Danmark i 1983 godkendt til anvendelse i læskedrikke. Siden er det blevet godkendt til en række andre fødevarer. I positivlisten (1) kan man se, hvilke tilsætningsstoffer der er tilladt at anvende i fødevarer og i hvilke mængder.

Hvis aspartam anvendes i et produkt, skal det fremgå af produktets ingrediensliste som enten "sødestof

(aspartam)" eller som "sødestof (E 951)". Produktet skal også mærkes med "indeholder en phenylalaninkilde" af hensyn til personer, der lider af phenylketonuri (PKU).

Aspartams sødeevne er ca. 180-200 gange kraftigere end sukkers. Så selv om energiindholdet, udtrykt per gram, er det samme i aspartam og sukker, benyttes der så små mængder, at det reelt er uden energi. Af samme grund påvirker aspartam heller ikke blodsukkeret.

Aspartam kan anvendes i stedet for sukker og dermed bibeholde madens velsmagende egenskaber. Derved kan man mindske energiindtaget og holde blodsukkeret mere jævnt. Dette bevirker, at aspartam ofte benyttes af diabetikere og adipøse, men kan i princippet bruges af alle, der ønsker at passe på deres energiindtag. Et omfattende review fra 2006 har vist, at aspartam effektivt kan benyttes i forbindelse med vægttab eller vægtstabilitet (2).

Sikkerhed

Aspartam er godkendt i over 100 lande til anvendelse i en række fødevarer. Dette

sker på baggrund af vurderinger fra eksperter og toksikologer i de enkelte lande samt fra internationale ekspertkomitéer som f.eks. U.S. Food and Drug Administration (FDA) (3), Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives (JECFA) (4) og EU's Videnskabelige Komité for Levnedsmidler (EFSA) (5).

Alle disse myndigheder og ekspertkomitéer har fundet, at aspartam er sikkert at anvende indenfor de anbefalede mængder. Man har ikke kunnet dokumentere nogen bivirkninger af betydning i nogen af de videnskabelige studier, som foreligger på området, og der er heller ingen teoretisk baggrund for at mistænke dette. Dette omfatter også spædbørn og småbørn samt gravide og ammende.

Mængde

Med baggrund i de studier der foreligger, fastsætter myndighederne en acceptabel daglig indtagelse (ADI) af aspartam. ADI er den mængde af et stof, der kan indtages dagligt gennem hele livet uden nogen risiko for sundhedsskader. Der er yderligere en stor sikkerhedsmargin tilknyttet, så man kan i perioder overstige ADI, uden at det nødvendigvis fører til sundhedsskader.

ADI er fastsat til 40 mg pr. kg kropsvægt (6). Det svarer til følgende:

En voksen person, som vejer 70 kg, kan drikke op til 4,6 liter light sodavand dagligt uden at være bekymret for, om den mængde aspartam der indtages er sundhedsskadeligt. Der er andre kilder til indtagelse af aspartam som også skal regnes med, men drikkevarer er ofte en stor kilde og eksemplet skal blot illustrere, at

der kan indtages ret megen aspartam uden nogen risiko for sundhedsmæssige problemer.

Aspartam forårsager ikke karies og light sodavand er derfor bedre for tænderne. Kulsyren – lav pH – er dog den samme og denne eroderer tandemaljen. Selv om man drikker light sodavand bør man stadig tænke over, hvilke mængder det

tam pr. kg kropsvægt (7). På baggrund af dette er indtaget af aspartam langt under ADI og selv grupper med et stort indtag, fx diabetikere, vil næppe overskride ADI set over en længere periode (7).

Hos spædbørn og småbørn har man i flere studier set en hurtig tilvæning til nye smagsoplevelser. Introduktionen af

søde sager kan muligvis give børn præferencer for sødt senere i livet (8). Af denne grund synes fødevarer uden den søde smag at foretrække.

På den ene side kan man frygte, at indtagelse af aspartam vedligeholder lysten til noget sødt, og man derfor bør undgå aspartam for at nedsætte indtagelsen af søde sager. På den anden side kan der argumenteres for, at aspartam kan tilfredsstille den "søde tand", og man derfor ikke indtager så mange søde sager. Dette er teoretiske overvejelser, og der kan være individuelle forskelle. Vi må derfor afvente kliniske studier, som kan belyse dette. ■

alcrs@ringamt.dk

Referencer

1. Fødevarestyrelsen. Positivlisten 2005 – Fortegnelse over tilsætningsstoffer til fødevarer. (<http://www.foedevarestyrelsen.dk/FDir/Publications/2005100/Rapport.htm>, aug. 2006).

Kropsvægt	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg
Max daglig indtagelse af aspartam	2000 mg	2400 mg	2800 mg	3200 mg

I Danmark er det tilladt at tilsætte op til 600 mg aspartam pr. liter light sodavand (1).

Dette svarer til:

Kropsvægt	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg
Max daglig indtagelse af light sodavand	3,3 liter	4,0 liter	4,6 liter	5,3 liter

drikkes i og helst undgå at "sutte i flasken" hele dagen.

Perspektiv

EFSA konkluderer, at det daglige indtag af aspartam i Europa er på op til 10 mg pr. kg kropsvægt (5). Scientific Committee on Food vurderer med baggrund i teoretiske beregninger at voksne personer i EU højest indtager 21,3 mg aspar-



2. De la Hunty A, Gibson S, Ashwell M. A review of the effectiveness of aspartame in helping with weight control. *Nutr Bull* 2006; 31: 115-28.
3. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Sugar substitutes: Americans opt for sweetness and lite. (http://www.fda.gov/fdac/features/1999/699_sugar.html, aug. 2006).
4. Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives (JECFA). Compendium of food additive specifications. (<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/a0044e/a0044e00.pdf>, aug. 2006).
5. European Food Safety Authority (EFSA). EFSA assesses new aspartame study and reconfirms its safety. (http://www.efsa.europa.eu/press_room/press_release/1472_en.html, aug. 2006).



6. Fødevarestyrelsen. Fakta om aspartam. (http://www.foedevarestyrelsen.dk/Foedevaresikkerhed/Teknologi_tilsaetningsstoffer/Tilsaetningsstoffer/Fakta_om_aspartam/forside.htm, aug. 2006).
7. Scientific committee on food. Opinion of the scientific committee on food: Update on the safety of aspartame. (http://ec.europa.eu/food/fs/sc/scf/out155_en.pdf, aug. 2006).
8. Westenhoefer J. Establishing dietary habits during childhood for long-term weight control. *Ann nutr metab* 2002; 46 (suppl 1): 18-23.

Yderligere læsning:

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners. *J Am Diet Assoc* 2004; 104 (2): 255-75.

Butchko HH, Stargel WW, Comer CP, Mayhew DA, Benninger C, Blackburn GL, et al. Aspartame: review of safety. *Regul Toxicol Pharmacol* 2002; 35: 1-93.

Fejerskov O, Kidd EAM. Dental Caries: The disease and its clinical management. Blackwell Munksgaard, Oxford. 2003.

Bör fruktintaget begränsas hos diabetiker?

- en översiktsartikel

Fortfarande rekommenderas ofta diabetiker att undvika alltför stort fruktintag. Att välja grovt bröd till mellanmål eller som komplement till huvudmåltiderna anses bättre än att välja frukt eller bär. Orsaken till detta är att ett intag på mer än 2 – 3 stycken frukt- eller bär portioner per dag anses öka risken för högt blodsocker, höga triglycerid-nivåer och eventuellt för högt energiintag. Bakgrunden till detta arbete är att i litteraturen se om det finns stöd för denna uppfattning.



Margareta Bensow Bacos

Litteraturgenomgång

Det genomsnittliga intaget av frukt och bär i Sverige var, enligt Livsmedelsverket och Statistiska Centralbyråns kostundersökningar HULKEN och Riksmaten, hos kvinnor 130 g/dag respektive 148 g/dag. Hos männen var motsvarande siffror 106 g/dag respektive 104 g/dag. Således en ökning på 14 g/dag från 1989 till 1998 hos kvinnorna medan männens intag minskade med 2 g/dag under samma period. Skillnaderna är inte signifikanta (1,2).

Livsmedelsverket utgav hösten 1999 rekommendationer om att intaget av frukt och grönsaker bör vara ½ kg om dagen (3). Rekommendationer om frukt- och

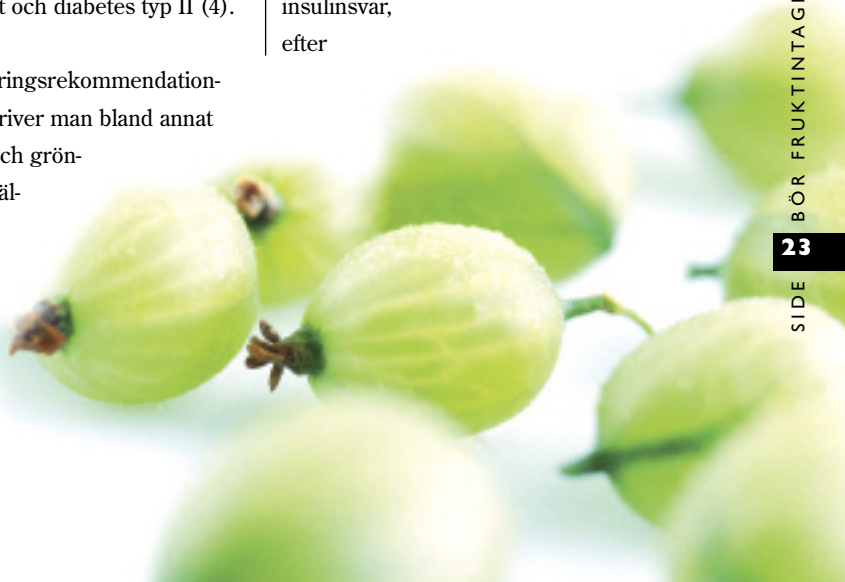
grönsaksintag förekommer i flera länder. WHO har sedan 1990 rekommenderat ett intag av 400 g frukt och grönt per dag. I USA rekommenderas 5-9 portioner om dagen, varav 2-4 portioner föreslås komma från frukt. Inom EU rekommenderas sedan mitten av 1990-talet att intaget av frukt och grönt bör vara minst 5 portioner om dagen – minst 3 portioner grönsaker och minst 2 portioner frukt. Frankrike avviker från övriga Europa genom att rekommendera 10 portioner om dagen. Förbättrad allmän hälsa, anses vara det viktigaste skälet för att rekommendera ett ökat intag av frukt och grönsaker men även en minskad risk för cancer, hjärtkärlsjukdom, övervikt och diabetes typ II (4).

I de Nordiska Näringsrekommendationerna från 2004 skriver man bland annat följande: "Frukt och grönsaker är viktiga källor till flera näringsämnen i De Nordiska länder-

na såsom C-vitamin, folat och kalium men även fiber, karotenoider och flavonoider. Näringsdensiteten i dessa livsmedel är generellt mycket hög, medan energidensiteten är låg". Man beskriver vidare att flera studier visar att frukt och grönsaker kan bidra till att minska risken för flera typer av cancer, högt blodtryck, höga LDL-nivåer, hjärtkärlsjukdom och typ II diabetes (5).

Diabetes

Man har i flera studier sett att kolhydratrika livsmedel, rika på fiber och med ett lågt glykemiskt index (GI) medför en minskad risk att utveckla diabetes typ II. Blodsockerkontrollen hos typ I diabetiker kan troligen också förbättras av livsmedel med lågt GI. För att få en bättre uppfattning av den faktiska portionens påverkan på blodsockret används glykemisk belastning (Glykemisk load/GL). GL är GI x mängden tillgängliga kolhydrater i en portion (6). De flesta frukter har ett lägre eller lika högt GI respektive GL, när man jämför med olika sorters bröd. Blodsockerkontrollen hos diabetiker borde därför förbättras av frukt i stället för bröd. Detta styrks av en studie på olika livsmedels insulin index som visar att såväl glukos- som insulin svar, efter



intag av frukt respektive bröd, var till fördel för frukt. Det var endast bröd med hela kärnor som gav ungefär lika lågt glukos- och insulinsvar som äpple och apelsin (7).

I tabell 1 nedan redovisas några frukters GI, GL samt portionsstorlek. Som jämförelse finns några brödsorter.

Tabell 1. GI och GL för diverse bröd och frukter (6).

Livsmedel	Portionsstorlek	GI*	GL
Rågbröd med hela kärnor	30 g	71+/-7	6
Rågbröd utan hela kärnor	30 g	83+/-8	8
Vitt bröd	30 g	100	10
Äpple	120 g	52+/-3	6
Banan	120 g	74+/-5	12
Vindruvor	120 g	66+/-4	8
Apelsin	120 g	60+/-5	5

*Vitt bröd som referens.

Tillsatt fruktos i för stora doser kan medföra ökad risk för insulinresistens och därefter hyperinsulinemi, vilket för genetiskt disponerade personer kan leda till diabetes typ II. Små mängder fruktos i maten tycks däremot ha en positiv påverkan på glukosmetabolismen hos typ II diabetiker (8). Därför kan man anta att frukt och bär, som innehåller moderata mängder naturligt fruktos, kan ha en positiv påverkan på insulin och blodsocker hos typ II diabetiker.

Det finns ca 8000 fytokemikalier med olika antioxidativa effekter. Plommon har till exempel den högsta antioxidativa aktiviteten men bäst effekt anses man få av en kombination av olika frukter. Trots lågt innehåll av vitamin C och E motsvarar den antioxidativa aktiviteten av 100 g äpple med skal, den antioxidativa aktiviteten av 1500 mg vitamin C. Ett ökat intag av frukt kan

därför anses medföra ett större spektrum av antioxidanter i naturlig form.

Antioxidanter i pillerform kan varken förväntas ha den rätta kombinationen eller den rätta balansen av de olika fytokemikalierna. Detta tros vara en bidragande orsak till att ett ökat intag av frukt och bär kan minska risken att utveckla flera kroniska sjukdomar, däribland diabetes (9).

Flavonoider anses ha flera biologiska effekter. De kan fungera som antioxidanter, medföra minskad blodplättsaggregation, ha en antiinflammatorisk effekt samt en antibakteriell aktivitet.

Framförallt blåbär och vindruvor är rika på flavonoider av typ antocyaner (11). Ett vanligt argument bakom rekommendationen att begränsa intaget av frukt, är att frukt innehåller fruktos och därför medför ökad risk för förhöjda triglycerider. Peter Havel redovisar flera studier i sin artikel, som pekar på att triglyceriderna påverkas negativt först vid stora intag av tillsatt fruktos (8). Det vill säga ett fruktosintag som inte uppnås vid normal fruktkonsumtion.

Högt blodtryck

I en seks månader lång studie av J. H. John et. al, ökade intaget av frukt och grönsaker med i 1,4 portioner (SD 1,7) i interventionsgruppen mot 0,1 (SD 1,3) i kontrollgruppen. Man såg samtidigt att i interventionsgruppen ökade intaget av kalium och flera antioxidanter som α -karoten, β -karoten, lutein, β -cryptoxanthin och ascorbinsyra. Systoliska blodtrycket föll med 4,0 mm Hg och diastoliska blodtrycket föll med 1,5 mm Hg, jämfört med kontrollgruppen (12).

Övervikt

Eftersom man i flera studier har sett att en kost med sänkt GI/GL kan medföra en minskad risk för övervikt, finns det inte heller ur denna synvinkel någon anledning att undvika frukt. Se vidare i tabell 1 ovan (6). Detta styrks i en studie av K. He et al där man såg att en ökning av fruktintaget med 1,9 portioner/dag under en 10-års period minskade risken för övervikt hos medelålders kvinnor (13).

Hjärt-kärlsjukdom

Flera faktorer i frukt, bär och grönsaker tros vara inblandade i deras skyddande effekt mot hjärt-kärlsjukdom. Ökade plasmavärden av vitamin C associeras med minskad risk för akut koronärt syndrom. Lykopen minskar troligen risken för ateroskleros, akut koronärt syndrom och stroke. Kalium och magnesium anses sänka blodtrycket och risken för stroke. Folat sätts i samband med sänkta homocysteinnivåer och fiber med sänkta kolesterolnivåer (10).



Tabell 2. Energi i frukt respektive bröd (14).

	Mängd	Kcal.	
Rågbröd med hela kärnor	30 g	61	
+ 40 % margarin	5 g	18	
ost 17 %	15 g	42	Summa: 121
Rågbröd utan hela kärnor	30 g	75	
+ 40 % margarin	5 g	18	
ost 17 %	15 g	42	Summa: 135
Vitt bröd	30 g	81	
+ 40 % margarin	5 g	18	
ost 17 %	15 g	32	Summa: 141
Äpple	120 g	62	
Banan	120 g	117	
Apelsin	120 g	55	
Vindruvor	120 g	89	

Som framgår av tabell 2, är det inte heller ur energisynpunkt någon fördel att välja bröd framför frukt till mellanmål eller som komplement till huvudmåltiderna.

Enligt Riksmaten (1997 – 1998), intog kvinnorna 148 g frukt och bär/dag samt 88 g juice och nektar/dag. Männerna intog 104 g frukt och bär/dag samt 87 g juice och nektar/dag. Endast 4% av det totala energiintaget kom från frukt och bär medan 2% kom från juice och nektar. Bidraget av viktiga näringsämnen var däremot betydligt högre. Se tabell 3 (2).

Som jämförelse kan nämnas att i Frankrike såg man i en studie att frukt bidrar med 19 – 22% av det totala fiberintaget (15).

Konklusion.

Frukt och bär innehåller förhållandevis lite energi per portion, men mycket fiber, antioxidanter, vitaminer och mineraler (2). Flera av frukterna har dessutom ett lågt glykemiskt index och den glykemiska belastningen per portion är låg (6). Därför bör frukt kunna bidra till en minskad risk att utveckla flera sjukdomar

såsom diabetes typ II, hjärtkärlsjukdom, högt blodtryck och övervikt (5). Frukt bör även kunna bidra till en förbättrad blodsockerkontroll hos typ I diabetiker och hos personer med utvecklad typ II diabetes (6). Eftersom diabetiker har en ökad risk att utveckla hjärtkärlsjukdom, högt blodtryck och övervikt borde en rimlig fruktkonsumtion vara extra angeläget. Då frukt dessutom är gott, vackert, förhållandevis billigt, lätt att servera och lätt att ha med sig, finns det ingen anledning att begränsa intaget hos den som vill äta mer frukt istället för bröd. Då jag inte funnit några studier som visar vilken mängd frukt som är optimal, föreslår jag att ett frukt- och bär intag på mer än 2 – 3 portioner per dag, bör ses som en del av helheten av övrigt intag och avgöras i varje enskilt fall.

Fortsatt forskning.

Då de flesta studier har tittat på totalkonsumtionen av frukt, bär och grönsaker, vore det önskvärt med studier där man tittar på hur ett ökat intag av enbart frukt och bär, eventuellt skulle kunna påverka utvecklingen av diabetes typ II, hjärt-kärlsjukdom och övervikt samt hur ett ökat intag skulle kunna påverka den metabola kontrollen hos typ I diabetiker och redan utvecklad typ II diabetes. Dessutom behövs det göras långa studier. Det skulle också vara intressant att se om man hos diabetiker, både typ I och II, kunde se olika effekter på den metabola kontrollen av ett ökat fruktintag, > 3 portioner/dag, tillsammans med en kost med lågt respektive högt GI ■

mbeb@steno.dk

Tabell 3. Näringsämnena och energi från frukt, bär, juice och nektar. Riksmaten 1997 – 1998 (2).

	Frukt och bär bidrog med:	Juice och nektar bidrog med:
Energi	4 %	2 %
α-tokoferol	8 %	2 %
β-karoten	3 %	7 %
B6	11 %	3 %
C-vitamin	32 %	21 %
Folat	8 %	7 %
Kalium	8 %	4 %
Magnesium	6 %	2 %
Fiber	14 %	2 %

Referencer

1. Befolkningens kostvanor och näringsintag i Sverige 1989. Livsmedelsverket 1994.
2. Riksmaten 1997-98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Becker W, Pearson M. Livsmedelsverket 2002.
3. Rekommendation om konsumtion av frukt och grönsaker. Vår Föda 1999;51(6):24-28.
4. Näring och Hälsa. Johansson U. Studentlitteratur 2004.
5. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. NORD 2004:13. Nordic Council of Ministers, Copenhagen 2004.
6. Foster-Powell K, Holt S. H. A, Brand-Miller J. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. Am J Clin Nutr 2002;76:5-56.
7. Holt S.H.A, Brand Miller J.C, Petocz P. An insulin index of foods: the insulin demand generated by 1000-kJ portions of common foods. Am J Clin Nutr 1997;66:1264-1276.
8. Havel P. J. Dietary fructose: Implications for dysregulation of energy homeostasis and lipid/carbohydrate metabolism. Nutr Rev 2005;63:133-157.

Ordliste

Svensk	Dansk
Stöd	Støtte
Skälet	Årsag
Jämförelse	Sammenligning
Angeläget	Anbefalelsesværdigt

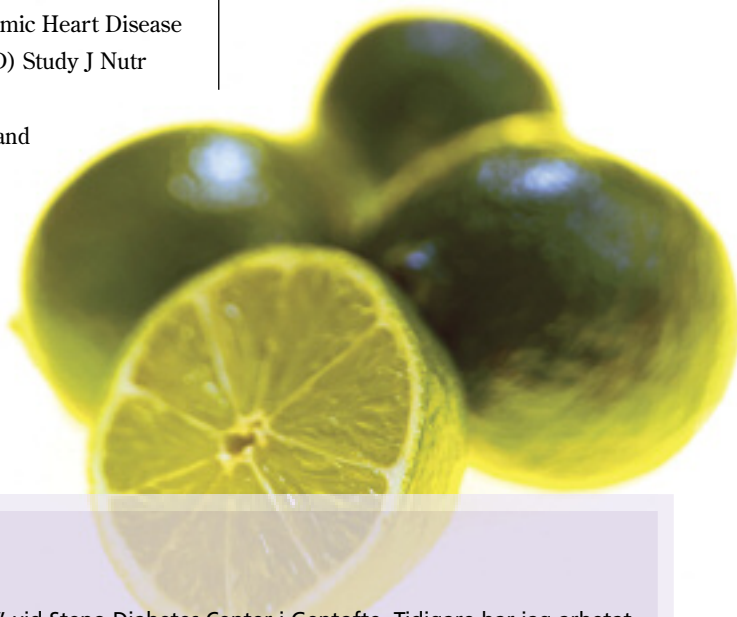
9. Liu R. H. Health benefits of fruits and vegetables are from additive and synergistic combinations of phytochemicals. Am J Clin Nutr 2003;78(S):517S-520S.
10. Rissanen T. H. et al. Low intake of fruits, berries and vegetables is associated with excess mortality in men: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor (KIHD) Study J Nutr 2003;133:199-204.
11. Prior R. L. Fruits and vegetables in the prevention of cellular oxidative damage. Am J Clin Nutr 2003;78 (S):570S-578S.

12. John J.H. et al. Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial. Lancet 2002;359:1969-1974.
13. He K. et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. Int J Obesity 2004;28:1569-1574.
14. Livsmedelsverket. Livsmedelsdatabasen (ver. 04.1.1): Minibas 2004.
15. Lairon D. et al. Dietary fiber intake and clinical indices in the French Supplementation en Vitamines et Minéraux AntioXydants (SU.VI.MAX) adult cohort. Proc Nutr Soc 2003;62:11-15.

Margareta Bensow Bacos

Sedan 1. oktober 2001 arbetar jag som "ledande klinisk diätist" vid Steno Diabetes Center i Gentofte. Tidigare har jag arbetat vid Universitetssjukhuset i Lund, där jag huvudsakligen arbetade med diabetes, både typ I och typ II.

Jag är utbildad klinisk dietist vid Universitetet i Göteborg. Den gången var det en treårig utbildning. Sedan några år kan man läsa ytterligare ett år, d.v.s. till en Master. Vi som är gamla (!) dietister har möjlighet att läsa en kurs åt gången, för att parallellt kunna passa ett arbete. Som en del i Master utbildningen läste jag kursen "Kolhydrater, fett och fiber i förebyggande medicin" under hösten 2005, vid Göteborgs Universitet. Att skriva en artikel, om valfritt ämne, var en av deluppgifterna. Eftersom jag personligen tycker mycket om frukt och tycker att det ökar min matglädje och min livskvalitet, har det alltid gjort mig så ont att diabetespatienterna har begränsat sitt intag, av rädsla att det skulle vara "farligt" med frukt. Resultatet av min litteraturgenomgång tyckte jag var så intressant att jag gärna vill dela med mig.



Kulturnat for kliniske diætister

Det var under overskriften "Sundhed og Velvære" at Foreningen af Kliniske Diætister af et politisk parti blev inviteret til at deltage i Kulturnatten i Folketinget fredag den 13. oktober 2006.



Linda Trae



Lene Kiib Hecht



Kirsten Ahring

Vi havde en meget vellykket aften, selvom man måske kunne tænke "fy for pokker" – sikke en dag at blive inviteret til noget som helst, efter mørkets frembrud – man risikerer jo bare noget?



Deltagelse eller ej

Én ting var, at det var "fredag den 13." – en anden var, at det var Dansk Folkeparti, der inviterede.

Ugen op til Kulturnatten var der en del offentlig bevågenhed omkring dette folketingsparti. Så der blev tænkt mange tanker og diskuteret meget frem og tilba-

ge – for og imod deltagelse, og korresponderede flittigt med partisekretæren og FaKD's bestyrelse, inden vi besluttede at "sluge kamelen" og deltage med oprejst pande.

Folketingets forskellige partier havde på Kulturnatten valgt forskellige overskrifter: Fx havde Det Konservative Folkeparti "Globalisering" på dagsordenen; Det Radikale Venstre inviterede til et møde med politikerne bag projektet "Den Anden Vej"; Socialistisk Folkeparti inviterede gæsterne til en snak med et folketingsmedlem og man kunne også få testet sin paratviden om global opvarmning og velfærd.

Dansk Folkeparti havde "Sundhed og velvære" på dagsordenen, og de havde i den forbindelse inviteret Hjertereforeningen, Danske Bloddonorer Storkøbenhavn, SATS Fitnesscenter, Helsekompagniet og Latter der Batter – samt FaKD.

Vi blev enige om at budskabet "Sundhed og velvære" måtte hæve os over det partipolitiske, og vi mente det var en god chance for FaKD til at profilere sig og sætte fokus på det arbejde kliniske diætister er uddannede til at udføre i almindelighed.

Vi valgte det synspunkt, at når vi på den ene side beder politikerne om at anerkende kvaliteten af vores ydelser, og frigive midler til diætistbehandling, såvel offentligt som privat, så fandt vi det meget vanskeligt, ikke at stille op, når vi blev bedt om det. Samtidig var vi sikre på, at andre "kostinteresserede firmaer" med glæde ville stille op og fortælle deres budskab om sundhed og velvære i stedet for os.

Arrangementet startede kl. 18.00 og skulle slutte kl. 24. Vi mødtes kl. 17.00, da vi hver især skulle slutte ugen af på vores arbejde. Vi blev modtaget af partisekretæren og kunne lige nå at lave udstillingen inden Folketinget åbnede dørene for publikum.

Sidste år var der mellem 15.000 og 18.000 besøgende på seks timer, så vi var glade for at være tre diætister, hvis der skulle komme lige så mange besøgende denne gang.

Bagefter kan vi konstatere, at det ikke havde været muligt at klare alle de mange



henvendelser, hvis der kun havde været én til at varetage opgaven. Vi har siden fået at vide, at der helt præcist var 17.594 besøgende i Folketinget denne aften.

På standen lagde vi vægt på budskaberne "6 om dagen". Vi havde medbragt en vægt og diverse frugt og grønt, så folk selv kunne rekonstruere/tjekke deres indtag. Andre budskaber på standen var "Måske er du for sød" (fuldt af en masse sukkerknalder) og "Det kan godt være, rødvin er sundt, men det indeholder mange kalorier" (illustreret med små smørpakker). Vi havde i øvrigt lånt en bioimpedance vægt, så det var absolut en pæn og velbesøgt udstilling.



Det var bare rigtig ærgerligt at de baner og PR-skilte "Diætisten – din hjælp til et sundere liv" vi skulle have haft med, så man kunne se at udstillingen tilhørte Foreningen af Kliniske Diætister, desværre ikke nåede frem i tide med posten. Gode råd var dyre, men vi havde plakater af Kostkompasset med, som vi hæftede på en stander. Det var derfor lidt svært at se, at vi var fra FaKD – men vi gjorde vores bedste for at fortælle det til alle, der henvendte sig til vores stand.



Der var rigtig mange – både børn og voksne, der besøgte vores stand og vi fik mange gode snakke om sundhed og sygdom – kost og motion. Flere blev klar over, at de skulle spise mere frugt og grønt, men lige så mange fik bevis på, at de faktisk spiste, hvad der svarede til anbefalingerne.

Publikum var generelt meget interesserede i de opstillede produkter med en lille bunke sukkerknalder illustrerende hvor meget sukker de "søde produkter" indeholdt i forhold til anbefalingerne og i forhold til produkter uden sukker. Og de fleste var overraskede over at se, at fire skiver rugbrød og en hel pakke pålægschokolade svarer kaloriemæssigt til en plade chokolade på 100g.

Standens pjecer om gode madpakker og quizspillet "Max og Munjo" for de 10-14 årige var meget populære blandt bedste-forældre og familier med børn.

En spøjs iagttagelse var, at flere af de besøgende troede, at de udstillede portioner frit kunne spises/drikkes – hvilket man ikke helt kan fortænke publikum i, da flere af de andre stande havde skåle med bolsjer stående.

Lene benyttede lejligheden til at få en positiv snak med Birthe Skårup om ressourcer til diætbehandling, og Kirsten vejledte Louise Frevert, mens hun vejede af, hvor meget frugt og grønt, hun havde spist den pågældende dag.

Da aftenen tyndede ud i publikum, ændrede klientellet sig mere og mere til unge bulder-basser med øl i blodet. Vi måtte flere gange forklare, hvordan FaKD kunne finde på, at stå i det pågældende partilokale. Vi besluttede da, at der ikke var mere positiv reklameværdi i at blive, hvorefter vi pakkede vores grej sammen og tog hjem.



Dansk Folkeparti har efterfølgende takket pænt for vores deltagelse.

Hvad har vi lært?

Det var en god og positiv oplevelse at turde tage imod invitationen. Vi har talt om at vi gerne deltager i Kulturnatten på Christiansborg igen til næste år – men helst ikke i et partilokale – allerhelst i Vandrehallen uafhængigt af partierne. Måske kan man det . . . måske ikke? Det vil vi prøve at undersøge inden næste Kulturnat ■

Linda.trae@rh.regionh.dk
Lekihe01@psv1.regionh.dk
kka@kisoe.org



Populære diæter i teori og praksis

Institut for Human Ernæring afviklede i samarbejde med Meyers Madhus kurset "Populære diæter i teori og praksis" i oktober 2006.



Pernille Sørensen

Formålet med kurset var at øge deltagerne ernæringsfysiologiske indsigt i populære diæter indenfor behandlingen af overvægt og fedme. Dette blev gjort ved en teoretisk gennemgang af videnskabelige studier kombineret med en praksisdel, hvor udvalgte diæter blev tilberedt, spist og ikke mindst vurderet og diskuteret.

Kurset var tilrettelagt over tre hele dage. Halvdelen af de ca. 30 deltagere havde valgt kun at deltage i den teoretiske del.

Formiddagene foregik i et hæsblæsende tempo på Den Kongelige Veterinær og Landbohøjskole (KVL) med oplæg som fra mange vinkler fremlagde teorier, viden, forskning og pædagogiske tiltag indenfor emnet med Lektor ved KVL Søren Toubro som kursusansvarlig. Eftermiddagene stod i røg og damp i Meyers Madhus på Nørrebro, hvor teorien blev omsat til praksis under kyndig og inspirerende coaching af kokkene Thomas Castberg Larsen og Ronny Isvik. Da det i denne artikel vil være for omfattende at komme ind på



Heidi Dreist

samtligte oplæg, har vi valgt kun at komme med statements fra dagene og afslutningsvis fremkomme med vores holdning til denne lidt anderledes, men fornyende måde at afholde et kursus på.

Statements

Søren Toubro gennemgik emnet "vore forfædres diæt".

Der er ingen "overlap" i, hvad vi spiser, og hvordan man spiste i "jæger- og samlersamfundet".

Kostindtaget øges hvis portionsstørrelserne øges.

Fødeindtaget er ikke kun bestemt af det enkelte individ, vi bliver nødt til også at se på faktorer som landbrugspolitikken, hormonelle signalstoffer, pris m.m.

Birgitte Sloth gennemgik værdien af Glykæmisk Index i praksis. Ikke overraskende blev konklusionen den, at der (stadig) er for mange usikkerheder ved brugen af Glykæmisk Index. Bla. er der store individforskelle, og de fleste tabelværdier bygger på udenlandske madvarer, især amerikanske, som er forskellige i forhold til danske.

Hendes fremtidige bud på kulhydrat-anbefalinger lød således:

- Se på GI indenfor enkelte fødevarer-kategorier
- Begræns brugen af GI til væsentlige kulhydratkilder
- Fødevarer-specifikke anbefalinger

Per B. Mikkelsen gennemgik forskellen mellem vejledning hos vægtvogterne og vægtkonsulenterne.

Hertil drog han sammenligninger med coaching af klienten, hvor klienten motiveres til at selv at fremkomme med konstruktive løsninger på egen problemstil-





ling. Indlægget med det moderne udtryk "coaching" som fanger tidens trend, minder meget om den måde, vi som diætister arbejder på. Det kan derfor undre os, at vi som faggruppe ikke blev nævnt.

Mette Kristensen havde et interessant indlæg om effekten af kostfibre. De vigtigste konklusioner fra dette indlæg er som følger:

- Udskillelse af fedt i fæces øges med indtaget af kostfibre.
- Reduceringen af indtaget af rugbrød har reduceret kostfiberindtaget med 25%.
- I forhold til kostfibrenes kolesterolsænkende effekt ses især en dosis/responsreaktion på op til 10 gram dagligt.
- Det er svært præcist at afgøre, om det er fiber eller fuldkorn, som vi skal anbefale.
- Som kosttilskud anbefales max dosis på 10 gram kostfiber dagligt – dosis bør øges langsomt.
- I forhold til de nye fiberholdige brødtyper der er på markedet, er det formodentligt stadig bedst at anbefale "whole food" pga. højere vitamin og mineralindhold. Dvs. rugbrødet fortrækkes frem for fx en lys brødtype, der er tilsat kostfibre.

Anette Due konkluderede at en diæt med et højt proteinindhold, nedsat kulhydratindhold, lav GI og nedsat indhold af mættede fedtsyrer kan have en gavnlig effekt på overvægt, fedme og type 2 diabetes patienter på kort sigt. Der er ingen tilstrækkelig viden om effekten på lang sigt. Og yderligere forskning er påkrævet.

Fra **Arne Astrups** indlæg om mejeri-produkter kan følgende statements uddrages: Det høje proteinindhold i mælkeprodukter og deraf den øgede mæthedsfølelse er måske det, vi i langt højere grad skal se på end fedtindholdet. Det ser ud til, at man taber mere abdomi-



nal fedt ved et vægttab på en kost med et højt indhold af protein fra mælkeprodukter.

Et øget indtag af kalk medfører øget udskillelse af fedt i fæces samtidig med en øgning i mængden af fæces.

Kosttilskud med kalk viste ingen effekt, det gør kun kalk fra mælkeprodukter. Man ved ikke, hvad det er i mælken, der gør at kalk binder fedtet.

Vi lever i et fedmefremmende samfund!

Diætcompositionen, i dette tilfælde MUFA kontra en ad libitum diæt spiller ingen større rolle ved vægtvedligeholdelse af et vægttab hos voksne mellem 16 og 36 år.

Vi får som diætister ofte spørgsmålet: Hvad kan jeg spise for at øge min forbrænding?

I forhold til dette spørgsmål var **Thomas M. Larsens** indlæg om bioaktive stoffer interessant.

Flere såkaldte bioaktive stoffer (bla. visse krydderier og te-sorter) kan være vigtige fremtidige elementer i kampen mod fedme.

Forskningen indenfor bioaktive stoffer er inde i stor udvikling og indeholder et stort potentiale for fødevarerindustrien indenfor området "Funktionelle fødevarer".

Stimulation kan medføre en øget daglig termogenese på 2-3%. Det lyder jo ikke umiddelbart overvældende, men det kan være vigtigt for vægtvedligeholdelse.

Nikolai Gregersen talte om fødevarers effekt på energibalancen.

20% af danskerne har fysiske tegn på for lidt motion.

En løbetur giver ikke et vægttab, men medfører en positiv ændret kropssammensætning.

Brug vægt og taljemål ved vurdering af overvægt.

Motion har først sin plads i arbejdet med vægttab når:

- kostrammerne er på plads
- vægten er på vej ned
- når compliance daler eller når motivationen er i top
- ved vægtvedligeholdelse

Martin Kreutzers indlæg bar titlen "Kost og motion".

- Fysisk aktivitet øger blodmængden, muskelmasse og glykogendepoter.
- Fysisk inaktivitet sænker muskelmasse og glykogendepotering.

Glykogen binder ca. 3 gange sin egen vægt og øges. Ved motion øges glykogenlageret hurtigt med et halvt kilo, som så skal gangs med 3 = 1½ kg. Det er ikke så underligt, at vægten aflæst på vægtskalanen stiger hastigt ved påbegyndelse af motion.

Kostomlægning uden fysisk aktivitet giver et fedttab på ca. 70%, hvorimod kostomlægning med fysisk aktivitet øger fedtforbrændingen til 80-90%.

Af **gode motionsformer** i forhold til sundhed og slankning blev følgende kredsløbstræningsformer fremhævet:

- roning
- cykling
- svømning
- rask gang
- stavgang

Mindre gode:

Løb og boldspil indeholdende elementer af hop og spring.

Martin Kreutzer aflivede endvidere "fedtforbrændings-myten", som handler om at tænke og træne efter zoner og planlægge træningstid og intensitet, efter hvornår vi når fedtforbrændingszonen.

Hans råd lød: Skru op for blusset og træn i så lang tid som muligt = stort forbrug af kalorier.

Meyers Madhus

Det var vildt, sjovt, nydelsesfuldt og lærerigt i et forrygende tempo.

Muligheden for at tilberede, smage og diskutere retter lavet blandt andet ud fra Aktins teorier, gav en god baggrund for også at tage stilling til, om det overhovedet er muligt i praksis at efterleve teorierne. Det hele blev krydret med gode kokkefif, et overvæld af gode råvarer, en fantastisk opvasker og sidst men ikke mindst en fantastisk coaching, som hele tiden puffede os blidt, men bestemt ud i at tage alle smagssanserne i brug.



Vore Smagssanser

Surt	eddike, citrus, syrnede mælkeprodukter (modspil, skarphed, friskhed)
Sød	sukker, honning, moden frugt, skaldyr (fremhæver smag, fedtreducerer)
Salt	salt, sojasovs (bringer aromaer frem)
Bitter	kaffe, grape, hakkede rå urter, tonic (skaber kontrast/kant i smagen)

Umami	den 5. smag "det 3. krydderi" = rent umami, parmesan, miso, soja, soltørrede tomater ("fylde", mundfylde, kødhed, "jeg vil gerne have mere smag")
Smerten	chili, sort og hvid peber, hvidløg, sennep, peberrod
Konsistens	fx flydende/blendet kontra hele grøntsager, kartoffelmos, is, gulerødder i forskellig form etc.

DET VAR REN **UMAMI** (for udenforstående = den 5 smagssans).

Vi fik en god indføring såvel teoretisk som praktisk i smagssanserne, og de faktorer som kan påvirke vores oplevelse af maden.

Vekslingen mellem teori og praksis fandt vi nytænkende, lærerig og særdeles anvendelig for kliniske diætister.

De to forfattere af denne artikel, er dog ikke enige om det faglige udbytte af at tilberede diætformer, som vi *ikke* kan anbefale i vores dagligdag i klinikken.

Pernille, som dagligt arbejder med spiseforstyrrede og derfor ofte møder patienter som forsøger at efterleve de "populære diæter", fandt det meget brugbart og interessant at se diæterne realiseret.

Hvorimod Heidi hellere ville have haft mere praksis erfaring i det, vi rent faktisk anbefaler. Specielt var hun især vild med dagen i køkkenet, hvor vi lavede mad og øvelser ud fra principperne for Claus Meyers bog "Spis igennem". Den dag var

smagsmæssigt en stor "eye-opener" for os alle og meget brugbar i hverdagen.

Alt i alt var det et godt kursus. Enkelte indlæg kunne have været udeladt til fordel for mere tid til diskussion, og endvidere må det forventes at kursusmaterialet ligger parat minimum på 1. dagen.

Det var dog en dejlig gave, at vi ved kursusstart fik udleveret bogen "Menneskets ernæring".

Sluttelig skal det fra os begge lyde, at vi efter sidste kursusdag gik derfra med en dejlig oplevelse af, at når leg og læring går op i en højere enhed, så sker der udvikling på flere planer ■

pns@buh.aaa.dk
diaetisten@dreist.dk

Aktuelt fra Nordisk Diætistforening / Nordic Dietetic Association

De 9. Nordiske Diætistdage foregik i Reykjavik den 9.-12. august 2006. Der deltog 80 diætister fra de nordiske lande. For første gang var konferencsproget på engelsk.

Programmet for de 9. Nordiske Diætistdage fik meget positiv respons og mange udtrykte tilfredshed med at alle forelæsninger og efterfølgende diskussioner foregik på engelsk.

Abstrakt og alle præsentationerne fra diætistdagene findes på hjemmesiden, www.dietisterinorden.org.

I tilknytning til diætistdagene i Reykjavik blev **Fresenius Kabi's to rejse-stipendier** uddelt.

Formålet med stipendiet er at give diætister mulighed til at udveksle erfaringer og udvikle sine kundskaber indenfor klinisk ernæring.

Stipendiet muliggør tre dages studiebesøg hos en kollega i et andet nordisk land.

Vi lykønsker årets stipendiater **Johanna Jonasson** fra Sverige og **Jane Sundstrup** fra Danmark.

Rejse-stipendiet kan søges næste gang i efteråret 2007.

Foreningens generalforsamling arrangeres i forbindelse med diætistdagene.

Et medlem og en suppleant fra hvert medlemsland vælges af de respektive landes foreninger til bestyrelsen.

Hvert land betaler 20 svenske kroner pr. medlem pr. år. Formand i bestyrelsen er det medlem fra det land, der står for tur til at afholde de kommende nordiske diætistdage.

Kasser og sekretær udpeges internt i bestyrelsen.

Bestyrelsen har fået 2 nye medlemmer, **Annette Järvi** og **Salme Portinson** fra Sverige.

De erstatter **Elina Ikkala** og **Ellen Svensson**. Vi takker Elina og Ellen for deres indsats i bestyrelsen og ønsker Annette og Salme velkommen.

Bestyrelsen for år 2006 – 2008

Formand: **Annette Järvi** fra Sverige
Sekretær: **Charlotte Peersen** fra Norge
Kasserer: **Kolbrún Einarsdóttir** fra Island

Bestyrelsesmedlemmer: **Berit Haglund** fra Finland og **Helle Skandorff Vestergaard** fra Danmark. Helle Skandorff Vestergaard er ansvarlig for opdatering af hjemmesiden.

Suppleanter

Hildur Ósk Hafsteinsdóttir, Island. **Auli Pölönen**, Finland. **Ulla Finne Rasmussen**, Danmark. **Salme Portinson**, Sverige. **Johanne Alhaug**, Norge.

Bestyrelsens hovedopgave er at arrangere Nordiske Diætistdage, som finder sted hvert andet år, og bidrage til udveksling af erfaenheder blandt medlemmerne i de respektive landes organisationer. Bestyrelsen er påbegyndt forberedelsen til de tiende Nordiske Diætistdage, som afholdes i Sverige 2008.

Tidpunkt, sted og program vil blive annonceret her i bladet og i de andre medlemsorganisationers tidsskrifter, samt på hjemmesiden. Hold udkik!

Velkommen til de kommende Nordiske Diætistdage i Sverige 2008!

Se foreningens hjemmeside: www.dietisterinorden.org

Kontakt os:

Land	Navn	Email	Suppleant
Sverige	Annette Järvi, formand	anette.jarvi@se.nestle.com	Salme Portinson
Norge	Charlotte Peersen, sekretær	chpe@jcvu.dk	Johanne Alhaug
Island	Kolbrún Einarsdóttir, kasserer	kolbrune@landspitali.is	Hildur Ósk Hafsteinsdóttir
Finland	Berit Haglund	berit.haglund@hel.fi	Auli Pölönen
Danmark	Helle S. Vestergaard	rh00451@rh.dk	Ulla Finne Rasmussen

Overvægt. 21 børn og unge skriver om at være overvægtig

Overvægt. 21 børn og unge skriver om at være overvægtig

Redaktion: Jette Kiær Ørntoft og Birgit Madsen

Kroghs Forlag

189 sider

Pris: 229,- kr.

Bogen kommer rundt om overvægtsproblematikken, dels via børn og unge, der har oplevet overvægt på deres egen krop, dels via fagfolk.

Bogen indledes med 21 beretninger fra børn og unge, der åbenhjertigt fortæller om at leve med overvægt. Deres historier følges op af psykolog Tine Heede og læge Ph.D. Niels Wedderkopp der beskriver de psykiske og fysiske aspekter af overvægt.

Denne bog er et vigtigt bidrag i debatten om overvægtige børn, fordi den giver ordet til dem, det handler om; de overvægtige børn og unge.

De 21 skribenter åbner hver især for det univers, de befinder sig i. Beretningerne er hudløst ærlige og stærkt personlige fortællinger, det er barsk læsning. Man får en forståelse for hvilke omkostninger overvægten har for det enkelte barn. Hvor meget de kæmper, hvor meget det fylder i deres hverdag med mopning, nederlag og smerte over at skille sig ud fra mængden, fordi man føler sig anderledes og unormal.

Der er også dejlige historier om livsglæde, når det lykkes at få nye venner, at tabe sig for ens egen skyld og ikke de andres. Det er glæde over, at nogen ser dig, som den du er, og ikke som du ser ud.

I afsnittet om de psykosociale aspekter beskrives, hvordan det påvirker den enkeltes selvopfattelse at være overvægtig. Og hvordan overvægt kan være bestemmende for den overvægtiges sociale liv. At det har stor betydning hvordan det takles og vigtigheden af, at familien yder omsorg og støtter op om barnet, at man lytter til barnet, og at man lader barnet tage medansvar uden at pålægge skyldfølelse.

Afsnittet kommer meget flot rundt om alle aspekter og problemstillinger, bla. omkring kropsopfattelse, fordomme og hvordan man hjælper sit barn.

Dernæst beskrives de fysiske aspekter af overvægt, hvor der sættes fokus på, hvad der biologisk sker i kroppen. Vi får forklaringer på hvorfor og hvordan overvægt opstår, forklaret på en måde så alle burde forstå det, dog med en del fagudtryk, som for den ikke ernæringsfaglige læser kan gøre det svært at forstå fuldt ud.

Bogen er udgivet med støtte fra Sundhedsstyrelsen, med et håb om at bidrage til større åbenhed og opmærksomhed omkring overvægt hos børn og unge.



En bog der bestemt er værd at læse for alle, der har et ansvar for børn og unge. Forældre som professionelle, alle kan hente nyttige informationer i denne bog.

Meget flot for vores faggruppe, nævner mange af skribenterne, at det er den hjælp, de har fået fra en diætist, der har ændret deres spisevaner ■

Ellis Tauber-Lassen, klinisk diætist

Tankeføde – om mad, måltider og fødevarer i sammenhæng

Tankeføde – om mad, måltider og fødevarer i sammenhæng

Redigeret af Steen Brock, Anders Moe Rasmussen og Brian Benjamin Hansen
Forlaget Philosophia, 2006
237 sider
Pris: 252,- kr.

Et tværfagligt forskningsnetværk om Fødevarer og Mad blev i 2005 etableret ved Aarhus Universitet. Bogen "Tankeføde" er netværkets første produkt og selve forskningsfeltet er forholdsvis nyt i Danmark. Det bliver interessant at følge deres arbejde fremover.

Det er spændende og anderledes læsning, der sætter et andet perspektiv på den viden, vi altid "opsamler" om den enkelte og grupper valg af fødevarer, mad og måltider gennem den diætetiske praksis. Bogen omhandler såvel naturvidenskabelige som kulturhistoriske, antropologiske og sociologiske synsvinkler på føde, mad og måltider. Den inviterer til refleksion og diskussion af måden, vi i det senmoderne Danmark forholder os til disse emner.

Bogen belyser hvordan føde/mad i dag har fået en væsentlig rolle i kampen om sundheds- og velværesamfundet, ligesom maden i dag for mange mennesker fungerer som et vigtigt parameter i individualiserings- og livsstilsstrategier.

Spisevanerne i DK er i nutiden kendetegnet ved både opbrud og tradition. De afspejler både kulturel tempoforcing og flygtige modeluner samt træghed og seje strukturer. De fleste mestrer dog en

sameksistens af de to dimensioner i hverdagen, hvor kompleks den i øvrigt er.

Artiklernes emner spænder vidt – bla. det samfundspolitiske om gastronomi, madforbrug, madens rum og transport i det danske samfund samt det naturvidenskabelige om bla. molekylær gastronomi, nanoteknologi og grundforskning i mælk. Det er alt sammen relevant baggrundsviden, men som diætist var jeg mest optaget af de artikler, der belyser aspekter ved individets og familiens valg af mad og måltider. Disse artikler udgør knapt halvdelen af bogen og temamæssigt behandles emner som: Maden og måltidets relation til individet, forbindelser mellem fødevarer og etik, mad som reservoir for kulturel betydning også religiøst og mytologisk, samt mad og måltider som etisk grundlag for selvværd.

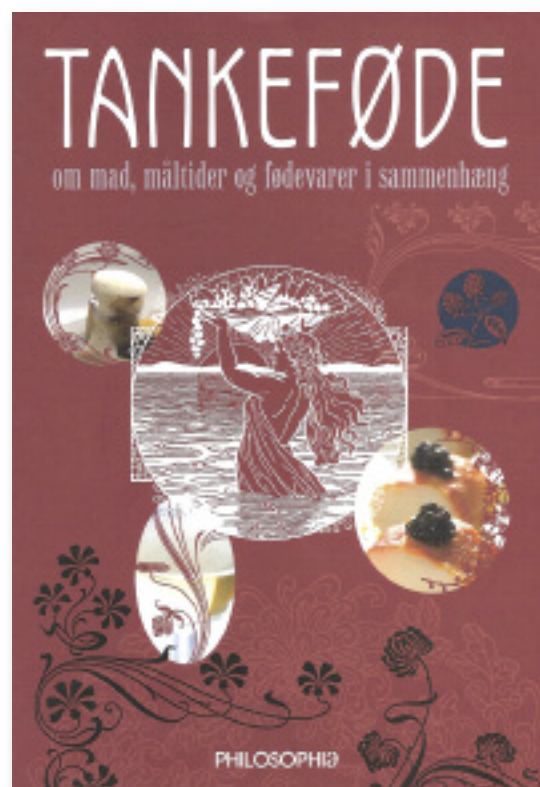
Ikke kun den aktuelle nutidige forvaltning af maden i samfundet beskrives, der trækkes også kulturhistoriske linier op og gives bud på mulige fremtidige strategier.

En enkelt artikel omhandler ikke danske forhold, men er diætetisk lidt interessant. En dansk nødhjælpsarbejder beskriver det hastigt accelererende underernæringssyndrom ved HIV/AIDS i Zambia, og hvor uendelig dårlige mulighederne for ernæringsterapi er på utilstrækkelige nødhjælpsrationer.

Personligt synes jeg, det er vældig interessant, med en dansk bog om danske forhold,

skrevet af danske forskere indenfor det efterhånden meget komplekse område maden udgør – både for den enkelte og i samfundet. Den kan forhåbentlig bidrage til, at vi som faggruppe også i højere grad diskuterer madens mange konkrete, symbolske og politiske aspekter, der har indflydelse på vore patienter/klienters daglige valg af fødevarer og mad. Ved at øge vores egen viden på området, kan vi opnå en større forståelse og skabe bedre udviklingsmuligheder for den diætetiske praksis ■

Allis Bek, klinisk diætist



Janes Køkken – Mad og Historier

Janes Køkken – Mad og Historier

Af Jane Aamund

Forlaget Høst & Søn

176 sider

Pris 249,- kr.

Janes Køkken – Mad og Historier er en kogebog, som er meget mere end opskrifter. I bogen fortæller Jane Aamund om episoder og mennesker i sit liv. Hun dedikerer bogen til livsnydere, som sætter pris på råvarerne og gamle retter. Hun deler ud af sine egne erfaringer med det at have kræft i mund og svælg. Og bagerst i bogen har Jane Aamund et afsnit til sine lidelsesfæller med tips til valg af madvarer, retter mv.

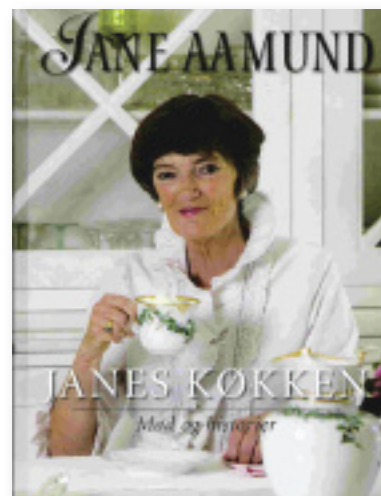
Jane Aamund har markeret de opskrifter, som hun vil anbefale småtspisende personer, med en stjerne. Med diætistøjne er det dog ikke alle markerede opskrifter, som er lige hensigtsmæssige at vælge med hensyn til energi- og proteinindhold.

Bogen er opdelt efter måltider og gennemgår hele dagen. Der er opskrifter lige fra øllebrød til foie gras. Mellem opskrifterne kommer Jane Aamund med sine små historier, som opskrifterne minder hende om.

Hvis man har været vild med hendes andre bøger, så er Janes Køkken en bog, som man skal læse. Jeg vil ikke anbefale den til patienter som opskriftsbog – med

mindre de har et godt netværk, som kan lave de noget omfattende opskrifter ■

Marie Feldskov Hansen, klinisk diætist



Modtaget på redaktionen

NOMA

- nordisk mad på fornemste vis

Af René Redzepi og Claus Meyer

Politikens Forlag

184 sider

Pris 299,- kr.

Opskrifterne i bogen følger årstidernes skiften og tager udgangspunkt i svampe, urter, bær og andre spændende råvarer fra de nordiske landes natur.

Slankende mad fra Middelhavet

Af Niels Hertz og Beagle Iuel-Brockdorff

Politikens Forlag

122 sider

Pris 129,- kr.

Middelhavskost er en ideel basiskost, når der skal spares på fedende kulhydrater. Mad fra Middelhavet er lækker mad med mange grøntsager, fisk, kød og olivenolie.

Mad & Vin

Sicilien

Af Alfredo Tesio

Politikens Rejsebøger

108 sider

Pris 140,- kr.

En rejse til Sicilien er ikke komplet uden at opleve det tidløse køkken, hvis vigtigste ingredienser er solen, havet og en enestående evne til at optage nye traditioner og gøre dem til sine egne.

Sukkerprinsessen

Af Vibeke Lund

Sukkersheriffen/C4 Videnscenter

14 sider

Pris 50,- kr.

Kan bestilles på: mail@sukkersheriffen.dk

Bogen er et redskab til forældre og andre voksne, der ønsker at motivere mindre børn til at spise sundere eller til at forstå meningen med allerede eksisterende principper om sunde kostvaner i hjemmet eller institutionen. Fortællingen i bogen er bygget op som et eventyr, hvor man møder sukkerprinsessen Maj Lærke – der kun vil have sødt og sukkeret mad....

Plejepersonale skal vide mere om ernæring og køkkenets tilbud

Plejepersonalets viden om ernæring og de tilbud til patienterne, som køkkenerne stiller til rådighed er mangelfuld. Det er konklusionen på en stor landsdækkende undersøgelse, som netværket af kostkonsulenter på danske sygehuse har gennemført.

Alt for mange patienter på landets sygehuse er underernærede eller i risiko for at blive det under indlæggelsen. Samtidig viser flere undersøgelser, at det kan lade sig gøre at få selv småtspisende patienter til at spise mere, hvis patienter og plejepersonale vejledes om maden og får mere viden om ernæring. Disse kendsgerninger har fået kostkonsulenterne til at slutte sig sammen i et netværk for at undersøge, hvordan de i højere grad kan bidrage til, at patienterne får en bedre ernæring, når de er indlagte.

- Resultatet af undersøgelsen viser, at der er brug for at forbedre den viden, plejen har. For eksempel viser undersøgelsen at kun én ud af ti blandt plejepersonalet ved, at der skal serveres tre mellemmåltider

udover de tre hovedmåltider, for at patienterne får den anbefalede mængde energi. Dertil kommer, at halvdelen af plejepersonalet ikke ved, hvordan mellemmåltid-



erne rekvireres fra køkkenet og tillige mangler viden om, hvad de kan tilbyde patienterne til mellemmåltiderne. Dette er problematisk, da mellemmåltider er en særdeles vigtig del af patienternes kost.

- Undersøgelsen viser også, at kostkonsulenternes rolle som bindeled mellem centralkøkkenet og sengeafdeling skal forstærkes, hvis der skal ydes en tværfaglig indsats af høj kvalitet, og vi skal øge informationen til plejepersonalet både om ernæring og køkkenets tilbud og service.

Sidst men ikke mindst skal vi reklamere mere for os selv og vores funktion, da kun halvdelen af plejepersonalet ved, at der findes en kostkonsulent på sygehuset, som de kan få støtte fra.

12 hospitaler og hospitalssammenslutninger deltager

Undersøgelsen er gennemført på 12 hospitaler/hospitalssammenslutninger. Det er: Amager Hospital, Frederiksberg Hospital, Sygehus Vestsjælland,

Rigshospitalet, Medirest Frederiksborg Amt, De Sønderjyske Sygehuse, Fredericia og Kolding Sygehuse, Hammel Neurocenter, Holstebro Sygehus, Randers Centralsygehus, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Sygehus, Odense Universitets-hospital, Silkeborg Centralsygehus. Hvert sted er der udleveret spørgeskemaer til ca. 200 ansatte, der har ansvar for at tilbyde/servere eller bestille mad til patienterne, og som har været ansat i mindst seks måneder. Undersøgelsen var baseret på plejepersonalets paratviden. Med 2.076 gyldige svar har undersøgelsen stor statistisk sikkerhed.



Undersøgelsen er gennemført af Netværk af Kostkonsulenter ansat på landets hospitaler i samarbejde med Kost- og Ernæringsforbundet og konsulent Ulla Lundstrøm, LUNDSTRØM Kommunikation & Udvikling.

Handling bag ordene

Som konsekvens af undersøgelsen er kostkonsulenterne i fuld gang med at udarbejde et idekatalog med forslag, der kan inspirere til hvordan, der i praksis kan arbejdes med tiltag, som gavner ernæringsindsatsen på landets hospitaler - især med henblik på at synliggøre køkkenets tilbud og brugen heraf.

Yderligere information

Kostkonsulent Heidi Kjeldgaard, Sygehus Vestsjælland. Tlf: 58 55 91 22, e-mail: cshehk@vestamt.dk

Hele undersøgelsen kan læses på http://www.kostforum.dk/_download/2006_kk.pdf ■



Af Mine Sylow, Etnolog, Kræftens Bekæmpelse

Mellem Måltiderne – en kulturanalyse

85-90% af voksne danskere spiser mellemmåltider – hver dag. At de ikke alle sammen er lige sunde kommer næppe bag på dem, der ser følgevirkningerne af wienerbrødsmøderne, fødselsdagskagen, solenskinners-isen, skuffechokoladen, kontorets bolsjekrukke og hvad der ellers spises mellem måltiderne på arbejdspladserne. Men hvorfor spiser vi så meget, når vi er på arbejde og ikke mindst, hvilke betydninger tillægger vi de mange anledninger.

En ny undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse sætter fokus på disse spørgsmål. Med en kulturel optik er det undersøgt, hvilke anledninger vi spiser i på kontorarbejdspladser, hvilke betydninger vi tillægger anledningerne og hvilke produkter, der egner sig til hvilke anledninger. Undersøgelsen er baseret på interview

med 28 kontomedarbejdere. Den giver et godt indblik i mellemmåltidernes verden, ikke mindst de mange sociale og kulturelle mønstre knyttet til mellemmåltiderne, der kan gøre det til en udfordring at omlægge sin kost. Den beskriver personlige håndteringsstrategier for at undgå for meget kage, ligesom den med informanternes egne ord sætter fokus på, hvorfor det er så ualmindeligt svært at melde sig ud af de kollegiale kage- og morgenbrødsordninger. Kan man fx være en del af det sociale fællesskab, hvis man ikke giver kage?

Rapporten "Mellem Måltiderne – en kulturanalyse af mellemmåltider på kontorarbejdspladser" er skrevet af etnolog Mine Sylow og

kan hentes elektronisk på www.mode-frugt.dk/mellem ■

mssl@cancer.dk



Nyuddannede kliniske diætister



I januar 2007 dimitterede der hold med nye kliniske diætister fra alle tre uddannelsessteder.

Foreningen ønsker dem tillykke med deres uddannelse.

SUHR's Seminarium

Bagerste række: Ginny Rhodes, Maria Månsson, Maria Fray

Forreste række: Susanne Clemen Jensen, Tanja Bak Østergaard



Ankerhus Seminarium

Bagerste række fra venstre: Mie Lauwersen, Tine Melander Rasmussen, Marielouise Kipp, Karina Kildevang.

Forreste række fra venstre: Anne Reiche, Trine Lagoni, Sofie Jørgensen

Derudover dimitterede også Lone Nørgaard Larsen, som ikke var tilstede.



JCVU, Ernærings- og Sundhedsuddannelsen Århus

Peter Schouw Andersen, Trine Kjær Andersen, Louise Pløen Asmussen, Solveig Lene Baad, Lisette Winther Bakholt, Kirstine Glibstrup Guld, Ditte Pindstrup Jensen, Gitte Nygaard Jensen, Kate Buhl Jørgensen, Anja Grøn Knudsen, Monika Kop Matstrup, Bettina Nielsen, Nina Hildur Nielsen, Susanne Bakmann Pedersen, Tove Petersen, Helle Marie Povlsen, Hanne Bæk Rasmussen, Tove Gade Steinmetz

Emne: Årsmøde for kliniske diætister

Sted:	JCVU Ernæring og Sundhedsuddannelsen Vennelystparken, 8000 Århus C
Dato og tid:	Fredag d. 30. marts 2007, kl. 10 – 16
Program:	
10.00 – 10.30	Kaffe/te og brød
10.30 – 10.35	Velkomst v/Jette Rytøft og Karen Søndergaard
10.35 – 12.30	Profession mellem kald og lønarbejde v/Professor Per Fibæk Laursen Danmarks Pædagogiske Universitet
12.30 – 13.30	Frokost
13.30 – 14.15	Begrebsafklaring v/Adjunkt Bodil Winther, JCVU Sygeplejerskeuddannelsen i Århus
14.15 – 14.45	Pause med kaffe
14.45 – 15.30	Efter strukturreformen – samarbejdet mellem praktiserende læger og diætister – eksempel fra Århus v/Praktiserende læge Jens Mørch Rubak
15.30 16.00	Orientering om og perspektiver for internationalt projekt i EFAD v/Karen Søndergaard, JCVU
16.00	Tak for i dag
Tilmelding:	Senest d. 16. marts til JCVU Ernæring og Sundhedsuddannelsen, Høegh-Guldbergs Gade 6, 8000 Århus C. Mail: es@jcvu.dk
Pris:	150,- kr. Beløbet bedes overført til: Jyske Bank, reg.nr. 5073 – konto nr. 1 506 023
Arrangør:	JCVU i samarbejde med Foreningen af Kliniske Diætister

REDAKTIONSUDVALG

Formand: Ginny Rhodes
TE: 2073 6110
E-mail: gr@diatist.dk

FORRETNINGSUDVALG

Formand: Lone Jeppesen Bjerregaard
TE: 2530 0279
E-mail: lj@diatist.dk

KOMMISSORIUM FOR KVALITETSSIKRING

Tovholder: Ginny Rhodes
TE: 2073 6110
E-mail: gr@diatist.dk

KOMMISSORIUM FOR KOMPETENCEUDVIKLING

Tovholder: Ginny Rhodes
TE: 2073 6110
E-mail: gr@diatist.dk

PRAKSISUDVALG

Formand Heidi Dreist
TE: 55 77 14 54
E-mail: hd@diatist.dk

PR-UDVALG

Medlem: Heidi Dreist
TE: 55 77 14 54
E-mail: hd@diatist.dk

NORDISK DIETISTFORENING/ NORDIC DIETETIC ASSOCIATION

Formand: Helle Skandorff Vestergård
Suppleant: Ulla Finne Rasmussen

Nyt fra Bestyrelsen

Den endelige konstituering af bestyrelsen er nu på plads efter mange drøftelser om det fremtidige arbejde, og hvordan vi griber det an.

Formand:

Ginny Rhodes

Næstformand:

Anne Marie Beck

Kasserer er fortsat Lone

Bjerregaard.

Bestyrelsen er allerede i fuld gang med store arbejdsopgaver, hvilket vil fremgå af nyhedsbreve og mails.

Vi håber at kunne gøre foreningen endnu mere attraktiv for vores medlemmer, og glæder os til at fortsætte det hidtidige arbejde med at få diætister på dagsordenen.

Bestyrelsen

Nyhed!

Ikke alle protein- drikke er ens

Derfor gør Novartis valget lettere for dig. I udviklingen af den nye Resource Protein er der lagt vægt på nogle afgørende kriterier, som har betydning for patientens velvære og compliance.

Den nye Resource Protein

- 18,8 g protein per 200 ml flaske
- 1,25 kcal /ml – 5,3 kJ/ml
- 4 velsmagende varianter baseret på Filtrarom teknologi
- Ergonomisk flaske som er let at åbne og holde om
- Komplet (FSMP). Indeholder alle essentielle mikronæringsstoffer
- Lavt indhold af laktose (<0,1 g/100 ml)
- Naturlig fri for gluten
- Rapsolie sikrer en sund fordeling af n-6:n3 fedtsyrer med en ratio på 2:1¹
- Vejledende udsalgspris for den udskrevne patient **16,75 før tilskud**



Skovbær

Chokolade

Abrikos

Jordbær

