Nr. 118. August 2012. 20. årgang

DIÆTISTEN

Bachelor - dimittenders projekter

"Man skal kunne stikke en finger i jorden" – Om kliniske afdelingsdiætister

Læs mere på side 5

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) – Diæt og fertilitet

Læs mere på side 15

Psoriasis og det metaboliske syndrom

Læs mere på side 22

Foreningen af Kliniske Diætister

www.FaKD.dk
www.diaetist.dk

SEKRETARIATSADRESSE
Foreningen af Kliniske Diætister
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER
Landemærket 10
1119 København K.
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 10-16.00

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

UDGIVER
Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR
Ulla Mortensen
mortensen.ulla@gmail.com
Tlf. 20 67 72 31

ANSVARSHAVENDE
Ginny Rhodes
gr@diaetist.dk

DEADLINES NÆSTE UDGIVELSE
Sidste frist for annoncer 5. august 2012.
Sidste frist for indlæg 15. august.
Nr. 119 udkommer oktober 2012.

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

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK
AD-Work. Tlf. 75 50 10 01

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

TEMAARTIKLER, Bachelor
"Man skal kunne stikke en finger i jorden"
– Om kliniske afdelingsdiætister 5
Hvordan inddrager vi patienterne? 11
Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) – Diæt og fertilitet 15
Psoriasis og det metaboliske syndrom 22

TEMAARTIKLER, Master, Kandidat
Når nyrerne styrer dit liv 27
Kostvaner hos patienter med Colitis ulcerosa
– årsager til ernæringsrelaterede mangler? 30
Kandidatuddannelser indenfor ernæring ved Københavns Universitet 33

ANMELDELSER
Nøglehulsmærket udvides med ernæringsberegner 35
Gastric Bypass – Inspiration til livet og maden efter operationen 36

ADVOKATEN 39-42

MØDE- OG KONGRESKALENDER 2012 43

BESTYRELSEN
Formand **Ginny Rhodes** . E-mail: gr@diaetist.dk . Næstformand **Mette Pedersen** . E-mail: petteme@hotmail.com . Kasserer **Helle Ronneby** . E-mail: rosengade@gmail.com .
Øvrige medlemmer **Maria Gamborg** . E-mail: mg@diaetist.dk . **Dorthe Wiuf Nielsen** . E-mail: dwn@diaetist.dk / wiuf@mail.dk .
Margit Oien Nielsen . E-mail: margit.oien@deltadata.dk . **Marie-Louise Hartvig** . E-mail: mlhartvig@hotmail.com . **Sofie Wendelboe** . E-mail: privat@sofiewendelboe.dk .
Suppleant **Lonneke Hjermitslev** . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com . **Line Rosgaard Dongsgaard** E-mail: lrk.30@hotmail.com .

REGIONSFORMÆND
REGION HOVEDSTADEN **Dorthe Lindschouw Kaasgaard** . E-mail: dorthelindschouw@hotmail.com
REGION SJÆLLAND **Johnna Bork Christensen** . E-mail: jbci@regionsjaelland.dk
REGION SYDDANMARK **Helene Andresen** . E-mail: handre@aabenraa.dk
REGION MIDTJYLLAND **Line Rosgaard Dongsgaard** . E-mail: lrk.30@hotmail.com
REGION NORDJYLLAND **Lonneke Hjermitslev** . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com

Uddannelse – vejen frem.....?

Ginny Rhodes
Formand

I skrivende stund er bomben sprunget – der laves skattereform udenom Enhedslisten, og medierne er ved at koge over. Væk er de kedelige tal om høj akademikerarbejdsløshed, som var seneste indslag i debatten om arbejdsløshed kontra mangel på arbejdskraft. De nåede dog at give anledning til et pip om, hvorvidt det nu også kan være rigtigt, at vi lader folk selv vælge, hvad de gerne vil studere, når vi dermed uddanner dem til arbejdsløshed. Det er ingen ny diskussion – det er altid svært at vide, hvad arbejdsmarkedet mangler om 3-4 år eller mere, og det er stadig sådan, at "lysten driver værket"; det er nu engang sjovere at læse noget, man brænder for.

De seneste regeringer har oven i købet arbejdet for, at en større andel af en given ungdomsårgang skal have en uddannelse, ligesom det ofte udtales, at uddannelse er vejen frem for Danmark. Og det kan jo være godt og rigtigt, men jeg synes, man glemmer at afstemme forventningerne hos på den ene side, de studerende, og på den anden side, arbejdsmarkedet. Og det er trist for begge parter.

Rigtig mange studerende brænder for deres studie og producerer spændende resultater, (læs blot i bladet her), for derefter at opleve, at de ikke nødvendigvis bliver brugt. Enten fordi man ikke kan få en stilling efterfølgende, der giver mulighed for at arbejde med emnet, eller fordi det kun er spændende i forbindelse med studiet og uddannelsesstedet.

Hvor går der dog megen god viden til spilde!

FaKD har ved flere lejligheder kunnet inddrage bl.a. bacheloropgaver som ny, faglig viden til vores faggruppe, men har også været ude for, at spændende ny viden er "forsvundet" - måske for blot at ligge og støve på uddannelsesstedets bibliotek?

Vi modtager meget gerne bacheloropgaver med ernæringsfaglig vinkel, ligesom vi gerne hjælper med at brede ny viden ud. Væksten (eller mangel på samme) i den offentlige sektor vil i de kommende år betyde, at hverken regioner eller kommuner er sikre arbejdspladser for professionsbachelorer i ernæring og sundhed. Videreuddannelse til cand.scient. er på nuværende tidspunkt også udfordret pga. den høje arbejdsløshed, så hvordan får vi anvendt al den viden, vi er i besiddelse af?

Ved at vi står sammen om at udbrede budskabet om, at ernæring er vigtig!

Der burde være tusinder af arbejdspladser til os, med tanke på hvor mange overvægtige, hjertesyge, diabetikere og andre, der trænger til en hånd med at få ændret livsstil og få ryddet op i dårlige kostvaner. Og på hvor stor betydning, det har for den enkelte at få gjort det.

Men nej, arbejdsløsheden er tværtimod steget, vi spares væk eller må gå ned i tid, og andre, med ringere eller ingen uddannelse, ansættes i stedet for. Nogle steder er det ligefrem set, at man fyres og genansættes med løntilskud, selv om det er klart ulovligt. Man kan godt undres over, hvorfor der dog uddannes så mange af os? Klart svar har jeg ikke fået af de ansvarlige endnu.

Uddannelse er vejen frem – men vi skal kræve at blive brugt! Det nytter nemlig ikke med al den uddannelse og viden, hvis ikke den faglige kvalitet og kompetence efterspørges.

Lad os hjælpe hinanden med, at den bliver det!

Resource® ThickenUp Clear

Den klare løsning ved fejlsynkning

RESOURCE® ThickenUp Clear

Fortæl dine dysfagipatienter om vores innovative nyhed Resource® ThickenUp Clear!

- Klinisk bevist at øge sikkerheden hos dysfagipatienter igennem mindskning af risikoen for aspiration*
- Drøj i brug. Dosér 2.5 gang mindre pulver sammenlignet med andre fortykningsmidler.
- Fortykker omgående og beholder konsistensen gennem synkningsprocessen.
- Påvirker ikke fødevarens udseende eller smag og væsken forbliver klar.

*Belafsky PC et al.The Effects of Rheology and Type of Thickening Agent on Objective Swallowing Parameters, USD California. Data on file.

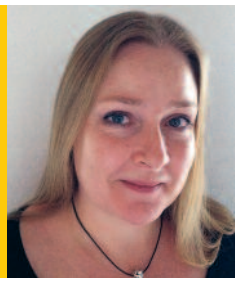
www.nestlehealthscience.dk

NestlēHealthScience
NOURISHING PERSONAL HEALTH

Af Camilla Lolk Jensen, sygeplejerske og klinisk diætist, dimitteret fra University College Sjælland, Ankerhus, januar 2012, p.t. sygeplejerske på gastrokirurgisk afdeling, Slagelse Sygehus

”Man skal kunne stikke en finger i jorden” – Om kliniske afdelingsdiætister

Målet med mit bachelorprojekt er at sætte fokus på den kliniske afdelingsdiætist som profession (1). Projektet søger at afdække, hvilke kompetencer, diætisterne gør brug af i det sundhedsprofessionelle praksisfællesskab på en sygehusafdeling. Konteksten, som afdelingsdiætisterne indgår i, undersøges og belyses.


Camilla Lolk Jensen

Projektets formål er derudover at beskrive og debattere begrebet professionsidentitet, og hvordan afdelingsdiætister oplever og forholder sig til et emne som professionsidentitet. Har kliniske diætister en stærk indlejret fælles professionsidentitet, eller vil vi som profession have gavn af at italesætte, hvem vi er, hvordan vi gør en forskel, og hvordan vi ønsker, at vores profession skal udvikle sig fremover?

Metode

Deltagerne i projektet er seks kliniske afdelingsdiætister ansat på sygehusafdelinger. En afdelingsdiætist deltog i et observationsstudie over tre uger samt i kvalitative interviews. Derudover har fem afdelingsdiætister besvaret et spørgeskema med åbne svarmuligheder for at give diætisterne mulighed for at beskrive deres oplevelser, meninger og holdninger med egne ord (se faktaboks). Projektets genstandsfelt indfanger sygehusafdelingens andre aktører og ikke mindst den kultur, sygehusafdelingen udgør, men der tages udgangspunkt i diætisternes forståelse af konteksten, og hvad de oplever, der er på spil.

Sygehusafdelingen som kulturelt felt

Man fornemmer det hurtigt. Alle de usagte regler og normer for ”at sådan gør vi her”. Måden, der kommunikeres på, spilleregler, der ændrer sig fra rum til rum og fra personkonstellation til personkonstellation. Fra kaffestue, vagtværelse, gang, sengestuer og konferencelokaler.

Som observatør i projektet får man hurtigt en fornemmelse af, hvad der karakteriserer lige netop dén specifikke afdeling og dens aktører, og man får et indblik i dét, der måske kan indfange og beskrive noget af stedets kultur.

Man kan betragte et sygehus som én organisation, men afdelingerne på sygehuset kan også betragtes som enkelte organisationer, som alle vil have forskellige kulturelle særpræg, afhængigt af en lang række faktorer som fx speciale, ledelse, fysiske rammer, personalesammensætning, traditioner, kommunikationsformer etc. Selve begrebet kultur er ikke entydigt. Det knytter an til forskellige videnskabelige discipliner og erkendelsesteorier og derfor også forskellige definitioner. I projektet defineres kultur som dannet af ”symbolske mønstre, normer og regler” (2). Symboler er

Faktaboks. Eksempler på spørgsmål til diætisterne i projektets spørgeskema

- Hvad er dine arbejdsopgaver? – Hvilke arbejdsopgaver ville du gerne kunne prioritere mere?
- Hvad mener du, at en afdelingsdiætist kan tilføre en afdeling?
- Hvilke kompetencer synes du, at man skal have for at være en dygtig afdelingsdiætist?
- Er der forskel på de kompetencer, en afdelingsdiætist skal besidde, og de kompetencer, en diætist, der arbejder i et ambulatorium skal besidde? – Hvilke?
- Hvordan oplever du, at dine kompetencer bliver udnyttet i dine daglige arbejdsopgaver? Hvad kunne du evt. ønske var anderledes?
- Hvilke fordele er der ved, at diætisten befinder sig fysisk på afdelingen i dagligdagen og ikke primært har ambulant funktion?
- Hvad tænker du, at der ligger i begrebet: en afdelings ”kultur”? – Oplever du, at din rolle og funktion på afdelingen er en del af afdelingens kultur?
- Hvad er vigtigt for at blive en del af afdelingskulturen?
- Hvordan oplever du samarbejdet med de andre faggrupper? – Hvilke udfordringer er du stødt på i det tværfaglige samarbejde? Oplever du at blive respekteret?
- På baggrund af dine erfaringer som diætist, hvad handler diætistgerningen så om?
- Hvad tænker du, når jeg siger: kliniske diætisters fagidentitet?
- Hvordan oplever du, at vi som profession diskuterer begrebet fagidentitet?
- Hvad mener du, at der skal gøres for at skabe flere afdelingsdiætiststillinger?

noget, der henviser til noget andet og dermed har en bredere betydning af mening end selve symbolet. Fx signalerer typen af kittel, lang eller kort, meget mere end den funktion, kitlen har. Der kan være tale om forskellige mønstre i relationerne (diætist/patient, diætist/andre sundhedsprofessionelle), og det kan være de fortællinger, der fortælles om begivenheder i afdelingen. Normer og regler henviser til et sæt af regler, der er implicitte i hverdagslivet, hvilket peger på et vigtigt kendetegn ved kultur; at den er vanskelig at erkende for dem, der har den. Kulturen i en afdeling kan således udtrykkes som afdelingens karakter og personlighed. Noget er synligt; adfærd, struktur, rammer og noget er mere eller mindre usynligt; værdier, holdninger, normer, antagelser osv.
På en måde fungerer kulturen som en "social lim", der holder sammen på afdelingen og bidrager til at give dens medlemmer en fælles identitet. Afdelingsdiætisterne indgår i sundhedsprofessionelle praksisfællesskaber situeret i dét kulturelle felt, som sygehusafdelingen udgør, og i feltet forsvares og udkæmpes kampe om ressourcer, magt og anerkendelse (2).

Afdelingsdiætisterne knyttede begrebet "afdelingskulturen" til de sociale og kulturelle omgangsformer på afdelingen. Handlinger, rutiner, interaktionsformer og diskurs er ifølge diætisterne med til at indfange den enkelte afdelingskultur, og det er nødvendigt at kunne navigere i dette landskab for at kunne "blive en del af afdelingen".

Det fremgår af projektets resultater, at afdelingsdiætisterne føler sig respekterede i deres afdelinger, men også, at faglig dygtighed og lægernes respekt har betydning i forhold til at opnå denne respekt. Det antydes endvidere, at det at opnå respekt er et arbejde, der kræver energi og opmærksomhed, ligesom vigtigheden af selvstændighed fremhæves:

Der er behov for yderligere undersøgelser, der kan belyse mere uddybende, hvordan og med hvilke midler diætisterne opnår respekt fra de andre faggrupper. Andre videnskabelige metoder som flere observationsstudier og fokusgruppeinterview ville være relevante for at undersøge dette. Ud fra projektets empiri tyder det dog på, at diætistens evne til og mulighed for at være synlig i afdelingen, og dermed få videreformidlet sine ernæringsmæssige synspunkter, afhænger af bl.a. respekten fra de andre sundhedsprofessionelle, organisatoriske aspekter og interessen for ernæring fra de andre sundhedsprofessionelles side. Således gav den daglige tværfaglige morgenkonference med drøftelse af alle afdelingens patienter én afdelingsdiætist mulighed for at komme til orde med ernæringsmæssige problemstillinger, og afdelingen signalerede via denne organisationsform, at ernæring var et indsatsområde, der blev prioriteret højt. Derudover antyder projektet, at det at blive "en del af afdelingen" og kunne interagere både socialt og professionelt med de andre sundhedsprofessionelle har betydning for det at blive respekteret og inddraget som diætist. Projektet har ikke kunnet konkludere, hvorvidt man kan tale om, at kliniske afdelingsdiætister har deres egen kultur. En afdelingsdiætist åbner dog op for dette aspekt, når hun udtaler: *"Jeg går ikke en tur ned af gangen, uden at jeg kigger ind på hver stue. Jeg spotter rimeligt hurtigt, om der er gang i nogle mellemmåltider. Om der sidder nogen i spisestuen og spiser noget. Det tror jeg er en del af, at man er klinisk diætist. At man tænker ernæring og er fokuseret på det hele tiden"*. Den førnævnte problematik i forhold til, at de sundhedsprofessionelle har forskellig fokus, antyder måske også, at diætisten har en egen kultur samtidig med at være en del af afdelingens samlede kultur.

Udsagn fra diætister:
"Faglig dygtighed vil med tiden gøre, at man får respekt, men den skal man ofte gøre sig fortjent til ved lægerne"
"Man skal være selvsikker og turde kæmpe for sin sag"
"Man skal være stærk, da man ofte er ene i egen faggruppe"

Praksisfællesskaber

Sygehusafdelingen kan, som det fremgår af ovenstående, ses i et kulturelt perspektiv og rummer mange forskellige "møder" mellem professioners kulturer. Selvom den enkelte profession er kulturelt forankret i bestemte handlemønstre, holdninger, rutiner, osv., er professionerne også bundet sammen i et fælles kulturelt mønster og et fællesskab, som det ifølge afdelingsdiætisterne er vigtigt at være en del af. Men hvad kendetegner de sundhedsprofessionelle praksisfællesskaber, der er at finde i sygehusafdelingen?
Ifølge læringsteoretiker Etienne Wenger skal der være tre dimensioner tilstede i et praksisfællesskab (3):

1. **Gensidigt engagement**
2. **Fælles virksomhed**
3. **Fælles repertoire**

Det er projektets tese, at afdelingsdiætisterne indgår i et praksisfællesskab med de andre professioner på afdelingen, idet de tre dimensioner anslås at være til stede. Et interessant spørgsmål i den forbindelse er, hvordan det opleves at være den eneste repræsentant for en profession i et praksisfællesskab, hvori der er talrige repræsentanter for andre professioner, som foruden at være en del af praksisfællesskabet også har en professionsidentitet, de har fælles med andre.
Medlemskab i et praksisfællesskab er et spørgsmål om **gensidigt engagement:** Fællesskabet eksisterer, når der dannes og opretholdes tætte relationer af gensidigt engagement organiseret omkring det, deltagerne er der for at lave (3). Disse relationer kan være såvel positive som konfliktfyldte. Praksisfællesskaber er derfor ikke "fredfyldte havne", men fællesskaber med både muligheder og begrænsninger, venskaber og konflikter, som det også kommer til udtryk i forbindelse med diætisternes arbejde med at opnå respekt fra de andre professioner.
Praksisfællesskaber har en fælles opgave, som deltagerne er ansvarlige for at løse – en **fælles virksomhed**, hvorigennem der sker en kollektiv forhandlingsproces, der skaber et system af fælles ansvarlighed overfor virksomheden eller opgaven (3).
De kliniske diætister er repræsentanter for et historisk og identitetsmæssigt forankret professionsfællesskab i kraft af deres uddannelse og erhverv, men indgår derudover på sygehusafdelingen i et praksisfællesskab med andre professioner koncentreret om en fælles virksomhed (2). Den fælles virksomhed kan være en udfordring for praksisfællesskabets deltagere og professionsfaglige forståelse, hvilket følgende udtalelser fra diætisterne kan være udtryk for.

- ***"Mine opgaver er ikke nødvendigvis andres vigtigste opgaver - de har simpelthen fokus et andet sted (plejegruppen)"***
- ***"Vi har ikke samme fokus og prioritering. Det er den største udfordring"***
- ***"Kan hun tage fra, eller er hun skrivebordsrytter? Tager hun arbejdet fra os (plejegruppen)"***
- ***"I starten var der manglende forståelse for nødvendigheden af ernæringsterapi hos nogle af lægerne"***

Det **fælles repertoire** er ligeledes en dimension, der både konstituerer fællesskabet og fungerer som kilde til sammenhængskræft. Det omfatter rutiner, ord, værktøjer, måder at gøre ting på, historier, symboler, handlinger og begreber, som er blevet en naturlig del af fællesskabets praksis (3). Praksisfællesskabets tre dimensioner illustrerer, hvad der er på spil i den kontekst, afdelingsdiætisterne indgår i og leder samtidig hen til at se nærmere på, hvilke kompetencer, der kræves for at indgå i dette fællesskab.

Kernekompetencer i relation til de kliniske afdelingsdiætister

Ph.d. og lektor på Danmarks Pædagogiske Universitet, Bente Jensen, fremhæver tre typer kernekompetencer, som anses som værende centrale for at klare sig menneskeligt, socialt og fagligt i det senmoderne samfund (4).

1. **Faglige kompetencer**
2. **Forandringskompetencer**
3. **Sociale kompetencer**

Faglig kompetence som begreb vedrører grundlaget for kundskab og indsigt og fremstår som en række videns- og erfaringsmæssige potentialer, der handler om, hvor den enkelte indhenter viden, hvordan denne viden bruges og i hvilke situationer. Et af de gennemgående træk i afdelingsdiætisternes udtalelser i forhold til begrebet faglig kompetence er, at diætisterne tilfører afdelingen ernæringsmæssig fokus og ernæringsrelateret ekspertise. Planlægning, vurdering, udførelse samt evaluering på ernæringsindsatsen er en del af denne kompetenceform.

"Fokus, fokus, fokus. Ernæring er et område, alle skriger op om. Det er essentielt i hospitalsregi, men ingen formår rigtigt at tage hånd om det. En afdelingsdiætist kan holde fokus og være med til at omsætte ernæringsplanen til at komme helt "ud til patienten". En diætist tilfører afdelingen øget fokus på ernæring gennem synlighed (fysisk tilstedeværelse) og formidling af viden til andre faggrupper"

Forandringskompetence er en væsentlig kompetence for de kliniske diætister, fordi det er et grundvilkår i dagens samfund, at vi må forholde os til tingenes foranderlighed, og at dagen i morgen måske ikke kendes eller i hvert fald er under forandring. Også det danske sundhedsvæsen er underlagt disse forandringsvilkår (5,6). Kompetenceformen drejer sig om evnen til fornyelse og omstilling. Nødvendigheden af fleksibilitet, at man er i stand til at opstille alternativer til det gældende og være udviklingsorienteret og kunne se muligheder, fremhæves af diætisterne i undersøgelsen.

Projektet inddrager endvidere begrebet **forhandlingskompetence** (7). Ifølge Hjort medfører den moderniseringsproces, som den offentlige sektor har været igennem de seneste 20 år, at der stilles nye krav til professionerne om udvikling af forhandlingskompetencer. Kliniske diætister som profession må i højere grad end tidligere kunne argumentere for og dokumentere berettigelsen af deres arbejdsområde. De må udvikle evnen til at verbalisere deres professionelle vurderinger, viden og praktik, samt udvikle deres interkulturelle kompetence og evne til at kommunikere og interagere med professionens omgivelser og beslutningstagere. Aktørerne har ikke altid samme fokus og prioriteringer, så afdelingsdiætisten må kommunikere selvstændigt og forhandle sine meninger for at bevare et ernæringsfagligt højt niveau i det fælles arbejde.

Social kompetence

Social kompetence handler i Bente Jensens forståelse om evnen til at indgå i og skabe relationer, at være responsiv i det sociale samt at kunne drage nytte af de relationer, man indgår i (4). Det er via denne kompetenceform, at evnen til at skabe nære sociale og tværkulturelle, interprofessionelle netværk og relationer samt samarbejde grundlægges. Kompetencen indebærer en særlig form for sproglig kunnen og kommunikative færdigheder, men også empati og sociale relationsevner er forudsætninger for at udvikle og beherske denne kompetenceform. Social kompetence tillægges stor betydning af afdelingsdiætisterne, som samstemmende oplever det som helt fundamentalt for deres arbejde at kunne samarbejde, integrere sig og "være en del af afdelingen". Forståelse for fx plejepersonalets arbejde og tidspres angives at være betydende for diætistens ernæringsmæssige indsats. Eksempelvis er ernæringsinterventionen ofte afhængig af plejepersonalets arbejdsindsats i forhold til kostregistrering og ikke mindst tilbud om og servering af maden.

"Man skal kunne samarbejde tæt sammen med andre faggrupper"
"Man skal kunne stikke en finger i jorden og fornemme situationer"

Professionsidentitet

Projektets formål var at undersøge afdelingsdiætisters oplevelse af kompetencer og deltagelse i praksisfællesskabet, samt hvordan denne analyse kunne relateres til emnerne profession og professionsidentitet. I projektets spørgsmål til diætisterne valgte jeg at benytte ordet fagidentitet, idet jeg oplever, at de fleste praktikere, når de taler om deres arbejde, benytter ord som fag, faglighed, fagidentitet og tværfagligt. Derudover er begrebet professionsidentitet ikke et begreb, jeg er blevet bekendt med under uddannelsen.

Diætisterne blev spurgt om deres tanker i relation til kliniske diætisters fagidentitet. Det var for nogle af diætisterne ikke muligt at svare på dette spørgsmål, og de andre svar var kortfattede og forskelligartede. Dette skyldes formentlig, at fag- såvel som professionsidentitet, som begreb indeholder mere, end hvad praktikeren kan udtrykke sprogligt og derfor er vanskeligt at belyse uden en omfattende forskningsmæssig tilgang med brug af flere kvalitative metoder.

For en af diætisterne knyttes fagidentitet til en specialiseret teoretisk viden med faglig vurdering og handling i praksis: "Individuel tilpasning af ernæringsplan baseret på videnskabeligt dokumenteret viden". Et andet citat illustrerer den grænsedragning, der ifølge Killén (8) er associeret til begrebet fagidentitet og som repræsenterer tydelighed og grænser for diætisten og fungerer som en ramme om adfærden i faglige sammenhænge: "Hvordan vores arbejdsopgaver skiller sig ud fra det øvrige personales". Projektet benytter i sin analyse af begrebet professionsidentitet desuden Steen Wackerhausens tilgang til begrebet (9). Wackerhausen fremfører, at professionsidentitet er "det, vores slags gør", som adskiller os fra andre, og som langt hen af vejen er udtrykt i sædvanen og selvfølgeligheden, hvilket formentlig er en medvirkende årsag til, at det er svært for diætisterne at sætte ord på begrebet: "Hvem vi er som diætister...." En anden diætist udtaler: "At den ofte er stærk, da man sidder som ene person og er nødt til at være sikker på sig selv og sit fag".

Diætisterne blev afslutningsvis spurgt om, hvorvidt de oplevede, at vi som fag diskuterer, hvad vores fagidentitet er. Kun én diætist oplever, at der finder en diskussion af fag og fagidentitet sted, og de andre oplever enten, at diskussionen ikke finder sted, har ikke tænkt over det, eller ved det ikke. Som ved de andre spørgsmål om dette emne kan svarene være et udtryk for, at spørgsmålets karakter kræver en dialog, men det kan også være udtryk for, at diskussionen reelt mangler indenfor professionens rækker. Både Wackerhausen og Killén fremhæver netop, at det at udvikle og opretholde en professionsidentitet er et arbejde, der kræver reflek-

sion og kritisk forholden sig til professionens selvfølgeligheder. At man forholder sig til, hvad det vil sige at "være en af vores slags".

Konklusion

Projektet har bevæget sig ind i et genstandsfelt - kliniske afdelingsdiætister, som ikke tidligere er belyst eller forsket indgående i, og har i kraft af dette taget karakter af at være et eksplorativt, sonderende og undersøgende projekt. Projektets analyse af afdelingsdiætisterne peger på, at de i kraft af at være ene-repræsentant for deres profession i praksisfællesskabet må benytte forskellige kompetencer for at opnå respekt og bevare fokus på ernæring i afdelingen. I relation til en diskussion af profession og professionsidentitet vurderes de som en oplagt gruppe at forske yderligere i, fordi de i deres arbejde er nødt til at argumentere for og italesætte deres professionalitet.

> Et fag kan kun se det, det kan se.
> Det kan ikke se det, det ikke kan se.
> Det kan heller ikke se, at det ikke
> kan se det, det ikke kan se!
> (Luhmann 1982)(10)

Diskussion

Mit mål med dette projekt var at sætte fokus på den kliniske afdelingsdiætist, og derfor har projektet ikke patienten, sygdommen eller diætetiske problemstillinger som sit omdrejningspunkt. Denne indgangsvinkel er begrundet i synspunktet om, at der er brug for belysning af diætistens oplevelser, meninger, holdninger for at blive klogere på os selv som profession. Jeg mener, at kliniske diætister som profession kunne have glæde af at igangsætte et arbejde med at få italesat, diskuteret, reflekteret over og beskrevet vores professionalitet og professionsidentitet. Det at have rum og mulighed for at diskutere egne og professionens værdier kan være medvirkende til, at vi kan blive klogere på vores professionelle ståsted og professionsidentitet samt medvirke til at understøtte den videnskabelige udvikling. Ved at belyse det særlige ved professionen og dets funktioner kan vi måske også blive bedre til at argumentere for vores professionelle genstandsfelt, styrke vores legitimationsbasis i det danske sygehusvæsen og sætte professionen på den politiske dagsorden. Projektet lægger op til megen yderligere forskning, som det vil være relevant at få belyst. Således har det i forbindelse med projektets litteratursøgningsproces stået klart, at professionsbegrebet og professionsidentitet i relation til kliniske diætister er meget lidt belyst i modsætning til mange andre professionsbacheloruddannelser. Det kunne også være interessant at undersøge, hvilken betydning det har for professionsidentitet, at kliniske afdelingsdiætister og andre diætister arbejder alene eller er ene-repræsentanter for deres profession i et praksisfællesskab. Tydeliggøres eller svækkes professionsidentiteten i grænsedragningen til de andre sundhedsprofessionelle, og kan den enkelte diætist kun blive professionel i et professionsfællesskab med andre diætister?

Camilla@lolkjensen.dk

Hele bachelorprojektet kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren.

Referencer

1. Jensen, CL. Kliniske afdelingsdiætister - en analyse af problemstillinger knyttet til kliniske afdelingsdiætisters oplevelse af kompetencer, sygehusafdelingens sundhedsprofessionelle praksisfællesskab og professionsidentitet. Professionsbachelorprojekt 2011
2. Just, E. Viden og læring i sundhedsfaglige praksisfællesskaber. Ph.d.-afhandling, Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, 2005
3. Wenger, E. Praksisfællesskaber. Hans Reitzels Forlag, København 2004
4. Jensen, B. Kompetence og pædagogisk design. 1. udgave, 1. oplag. Nordisk Forlag A/S, København 2002
5. Brodersen, G, Grøn, PS. Ændrede rammer for ledelse i det offentlige sygehusvæsen. MPA uddannelsen, masteropgave, Copenhagen Business School, 2008.
6. Thorgaard, K, Nissen, M og Jensen, Uffe Juul, red.: Viden, virkning og virke. Forslag til forståelser i sundhedspraksis. 1. udgave, Roskilde Universitets Forlag 2010
7. Hjort, K. Moderniseringen af den offentlige sektor. 1. udgave, Roskilde Universitets Forlag, Roskilde 2008.
8. Killén, Kari: Professionel udvikling og faglig vejledning. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag, 2008
9. Wackerhausen, Steen: Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder. I: Hansen, Niels Buur og Gleerup, Jørgen Videnskteori, professionsuddannelse og professionsforskning. Syddansk Universitetsforlag 2004; 13-29
10. Luhmann, Niklas: The Differentiation of Society. NY: Columbia Univ. Press. 1982

Ernæring fra vores dør til din patients hoveddør

Fresenius Kabi gør det lettere for de patienter, der bliver udskrevet og har behov for vores ernæring. Nu er det muligt at bestille produkterne direkte hos os med levering til patientens hoveddør.

Som det eneste firma i Danmark, der producerer og leverer alt inden for klinisk ernæring, har vi en lang tradition for at samarbejde med hospitaler og apoteker. Vores ekspertise og gode service tilbyder vi nu også alle patienter, der enten udskrives eller allerede er i primær sektor.

Vi tilbyder telefonisk opfølgning og rådgivning fra vores produktspecialister og kundeservice.
Vi underviser gerne personalet, der håndterer ernæringen, og besvarer spørgsmål fra personale og patienter i relation til ernæring.

Kontakt os gerne.
Vores dør er altid åben!

Kundeservice
Telefon: 3318 1616
Fax: 3318 1614
E-mail: kundeservice@fresenius-kabi.com

FRESENIUS KABI
caring for life

Af Mette Lauridsen, klinisk diætist, dimitteret fra VIA University College i Aarhus januar 2012

Hvordan inddrager vi patienterne?

I mine praktikker har jeg fået en fornemmelse af, at vejledning af indlagte patienter kan være nytteløs, fordi patienterne har glemt essensen af samtalen, når de bliver udskrevet. Derfor har jeg i min bacheloropgave fordybet mig i teorier, der handler om, hvordan man inddrager indlagte patienter i den diætetiske behandling, og hvordan man medvirker til, at de opnår kompetencer og motivation til at fortsætte behandlingen efter udskrivelse. En overordnet konklusion lyder, at patientinddragelse, motivation og kompetencer hænger sammen, idet kompetenceudvikling sker, når patienten aktivt tænkes ind i behandlingen.

Mette Lauridsen

Patientinddragelse er et meget omtalt emne i det danske sundhedsvæsen og omtales bl.a. i Sundhedsstyrelsens nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (1). Der menes at være en positiv effekt ved at gøre behandlingen til et partnerskab mellem patient og behandler, hvor begge parter deler viden og behandlingspræferencer med hinanden. Et dansk studie vedr. effekten af aktivt at involvere ældre patienter i den diætetiske behandling under indlæggelse viser, at individualiseret behandling med øget dialog medfører højere protein- og energiindtagelse (2). Som klinisk diætist er det derfor vigtigt at inddrage patienterne og tage hensyn til deres individuelle værdier og kompetencer. Dette kan fx gøres ved at følge principperne for fælles beslutningstagning.

En model for inddragelse

Fælles beslutningstagning er én af sundhedsforskningens nyeste modeller for patientinddragelse, og formålet med modellen er at vise, hvordan beslutninger om patientens behandling bør træffes (1). Modellen omtales flere steder i dansk litteratur, bl.a. i den medicinske teknologivurdering (MTV), "Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed", fra 2008 (1).
Ved fælles beslutningstagning informerer behandleren patienten om fordele og begrænsninger ved forskellige behandlingsmuligheder, men behandleren tager samtidig hensyn til patientens ønsker og værdier, og den endelige beslutning om behandling træffes i et samspil mellem behandler og patient (3). Metoden anvendes oftest i tilfælde, hvor der er flere behandlingsalternativer, som på hver sin måde kan være et godt valg for patienten (4).

Hvem skal inddrages?

Man kan stille spørgsmålstegn ved, om alle patienter altid skal inddrages lige meget i deres diætetiske behandling, og om fælles beslutningstagning altid er idealet for diætistens arbejde med patienterne? Nogle patienter har måske i en periode ikke forudsætninger for at tage stilling til deres egen behandling, hvorfor de sundhedsprofessionelle må tage større ansvar og støtte patienten mere i beslutningsprocessen (5). Her er det vigtigt for diætisten at kunne se patientens individuelle behov, så man ikke stresser ham med alle sine informationer. Hvis der er ubalance i mængden af information og patientens oplevede behov, kan det resultere i dårligere compliance. På baggrund heraf må diætisten spore sig ind på, hvor mange ressourcer den enkelte patient har til at blive inddraget i beslutningsprocessen. Det kræver både sociale og relationelle kompetencer samt gode kommunikationsevner (6), og i bachelorprojektet bruger jeg Vygotskys teori om den nærmeste zone for udvikling for at finde den grad af inddragelse, som giver patienten passende udfordringer uden at skabe for stor frustration (7).

Indlagte patienter

Ved indlæggelse ændres patientens normale sociale og emotionelle forudsætninger, og personen bliver ofte mere forvirret og sårbar end normalt. Evnen og lysten til at lære er også påvirket, når man er indlagt. De mange nye indtryk og ændrede forudsætninger kan overbelaste patientens evne til at tilpasse sig noget nyt og give stress-symptomer. Den stressede situation kan fjerne motivationen for at lære, og også de kognitive funktioner kan være nedsat under sygdom (8). Kognitive vanskeligheder kan vise sig ved, at man har svært ved at være opmærksom, indlære, huske, planlægge og løse problemer (9). I praksis kan diætisten bl.a. forsøge at tage hensyn til dette ved, at vejledningssamtalerne ikke kommer til at vare for længe og ved at gøre brug at forskellige hjælpemidler, så flere sanser bliver involveret, og det dermed bliver lettere for patienten at huske essensen af samtalen, fx skriftligt materiale, billeder, attrapper og smagsprøver.

Self-efficacy

Hvorvidt en patient ændrer kostvaner, afhænger af mange forskellige faktorer, bl.a. hans positive og negative forventninger til ændringens resultater og hans self-efficacy. Ifølge Banduras Social Cognitive Theory dækker self-efficacy over en persons tro på egne evner til at tilrettelægge og udføre en bestemt handling (10). Det danske begreb handlekompetence er tæt forbundet med self-efficacy (11).

For at en patient får kompetencer til at fortsætte den diætetiske behandling derhjemme, er det vigtigt, at hans self-efficacy øges, så han får en tro på, at han kan klare det. Dette kan man som diætist arbejde på ved bl.a. at formidle en handlingsorienteret, forståelig vejledning og gøre patienten bevidst om tidligere succesfulde erfaringer. Man kan afdække barrierer og muligheder gennem erfaringer med lignende handlinger, inddrage hans sociale netværk, og gennemgå konkrete opskrifter og madvarer, som følger diætprincipperne samt ved at give mulighed for opfølgning.

Opfølgning efter udskrivelse

For at tage hensyn til, at mange patienter har svært ved at overskue den diætetiske behandling under indlæggelse, er det relevant at overveje muligheden for, at patienten kan få opfølgende diætvejledning i eget hjem. Frederiksberg Hospital har lavet et projekt med titlen "Posthospitalsernæring koordineret ved udgående klinisk diætist", hvor dette afprøves. Formålet med projektet er at give ældre underernærede medicinske patienter mulighed for at få opfølgning ved diætist i deres eget hjem. Målet er, at de opfølgende samtaler skal medføre bedre rehabilitering og mindske yderligere sygelighed og genindlæggelser. Patienterne i forsøget blev tilbudt fire besøg over seks måneder, og forsøgets resultater viser, at en udgående diætist-funktion er en effektiv metode til, med få midler, at opnå markante forbedringer i de underernærede patienters ernæringsstatus (12).

Fire kriterier skal opfyldes, for at der er tale om fælles beslutningstagning:

"Som minimum er både læge og patient involveret i beslutningstagningsprocessen (flere kan være det)

Begge deler information med hinanden

Begge tager initiativ til at deltage i beslutningstagningsprocessen ved at udtrykke behandlingspræferencer

En behandlingsbeslutning foretages, og begge parter er enige om den behandling, som skal implementeres" (1).

At besøge patienten i eget hjem efter udskrivelse giver diætisten mulighed for at få et bedre indblik i patientens hverdag, så diætvejledningen kan tilpasses patientens muligheder og vaner. Samtaler i hjemmet giver også mulighed for, at patientens nærmeste omgangskreds inddrages mere i behandlingen, så patientens sociale opbakning øges. Desuden vil patienten ofte have mere overskud til at deltage i behandlingen, end under indlæggelse, han vil bedre kunne dele information med diætisten og udtrykke behandlingspræferencer, som er to af kriterierne for fælles beslutningstagning (1).

Magtanvendelse

At inddrage patienterne og gøre dem kompetente til selv at tage vare på deres sygdom er en central målsætning for dagens sundhedsvæsen, bl.a. fordi man ønsker at gøre op med de traditionelle adfærdsmodificerende og moraliserende paradigmer, som tidligere har hersket (13). De nye sundhedspædagogiske tilgange kan dog også ses som en form for magtudøvelse, hvis formål er at styre patienterne til at opføre sig på en anden måde, snarere end at inddrage dem i beslutningsprocesserne.

Den danske professor Signild Vallgårda argumenterer for, at nutidens sundhedsfremmende tiltag er en form for magtudøvelse, idet målet er at forme personer og give dem handlekompetence. Mennesker skal sættes i stand til at ændre deres adfærd i en bestemt retning, så deres sundhed forbedres. På den ene side skal man altså som diætist arbejde på, at patienterne får kompetence til at handle selvstændigt, og på den anden side skal man sikre, at de vælger en bestemt handling. Dette harmonerer kun, hvis begreberne sundhed og det gode liv ligger fast og opfattes ens af alle. Det handler således om at få patienterne til at erkende, hvad sundhed er, så de derefter selv får et ønske om at handle, så denne sundhed fremmes. Magtudøvelsen er altså ikke i sig selv negativ, da den kan bruges til at forbedre livet for mennesker (14). På trods af intentionen om at være neutral, må man som diætist vedkende sig rollen som styrende over for patienten og være bevidst om det, så man stadig tager udgangspunkt i patientens ønsker. Patienten skal stadig inddrages, så beslutningen om forandring kommer fra ham selv, da det sandsynligvis vil medføre bedre compliance og tilfredshed (1). Som diætist må man overveje, om man reelt giver patienten mulighed for at handle selvstændigt og respekterer hans opfattelse af sundhed, eller om man snarere forsøger at trumfe sine egne sundhedsfaglige argumenter igennem.

mettelauridsen@forum.dk

Referencer

1. Jacobsen, C B., Pedersen, V H., & Albeck, K. (2008). Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed: - en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2008 Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2008; 8(3)/DSI Rapport 2008.07 - puljeprojekter 2008.
2. Pedersen, PU. (2005). Nutritional care: The effectiveness of actively involving older patients. Journal of Clinical Nursing, 14(2), 247-255.
3. Emanuel, E J. (1992). Four models of the physician-patient relationship. JAMA: The Journal of the American Medical Association - LA English, 267(16), 2221-2226.
4. Desroches, S., Lapointe, A., Deschenes, S. M., Gagnon, M. P., & Legare, F. (2011). Exploring dietitians' salient beliefs about shared decision-making behaviors. Implementation Science : IS, 6, 57.
5. Danske Patienter. (2008). Inddragelse af patienter - hvorfor og hvordan? En inspirationspjece til politiske og administrative ledere i sundhedsvæsenet. København: Danske Patienter.
6. Pedersen, L. (2011). Patientinddragelse: Refleksion, læring, innovation og ledelse. København: Hans Reitzel.
7. Imsen, G. (2006). Sociokulturelle perspektiver på læring. I: G. Imsen (red.). Elevens verden: Indføring i pædagogisk psykologi (s. 218-237). København: Gyldendal.
8. Mach-Zagal, R., & Saugstad, T. (2009). Sundhedspædagogik for praktikere (3. udg.). København: Munksgaard Danmark.
9. Christensen, TØ. (2007). Skozofreni og kognitive forstyrrelser. Taastrup: Lundbeck Pharma A/S.
10. Bandura, A. (1997). Self-efficacy - the exercise of control. Stanford University. New York: W.H. Freeman and Company.
11. Grabowski, D. (2010). Sundhedspædagogik i patientuddannelse: En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. Vejle: Region Syddanmark.
12. Sundhedsstyrelsen. (2007). Bedre mad til syge - fællesrapport. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.
13. Jensen, BB. (2009). Sundhedspædagogiske kernebegreber. I: F. Kamper-Jørgensen, G. Almind & B. B. Jensen (red.). Forebyggende sundhedsarbejde (5. udg., s. 220-238). København: Munksgaard Danmark.
14. Vallgårda, S. (2005). Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 2(3), s. 15-31.

Besøg www.modifast.dk
for mere information

MØDER DU PATIENTER MED OVERVÆGT OG FEDME?

Det kan mange gange være svært for overvægtige patienter at acceptere og overholde kost- og motionsråd. Det tager tid for patienterne at tabe sig i vægt og mærke de positive helbredseffekter, og mange giver derfor op. Her er Modifast LCD[1] kosterstatning et godt redskab.

Modifast LCD kostserstatninger er næringsmæssigt fuldgyldige og giver lidt mere end 800 kcal per dag. Det er praktisk taget umuligt at sammensætte almindelige måltider med samme næringstæthed og lave energiniveau. Produkterne kan erstatte al almindelig mad i en periode for at give et sikkert og kontrolleret energiunderskud, der fører til hurtigt vægttab. Resultatet af det begrænsede energiindtag motiverer desuden patienten til fortsat at arbejde hen mod en sund livsstil. Modifast findes i mange gode smagsvarianter, både som drikke, supper og buddinger. Til forskel fra andre produkter i samme kategori baseres Modifast på mælkeprotein. Det gør produkterne fyldige i smagen og ekstra gode, hvilket også er vigtigt for et vellykket vægttab.

Produkterne har været på markedet i Sverige siden 1995 og anbefales og anvendes af diætister og overvægtsafdelinger, selv preoperativt ved fedmekirurgi. I Danmark har Modifast været anvendt med meget gode resultater i verdens størtste kostudstudie, Diogenes[2], der er et EU-finansieret forskningsprojekt.

Modifast kan købes via vores hjemmeside, www.modifast.dk. På Modifasts hjemmeside findes desuden information om behandling med Modifast, referater på dansk af kliniske studier og præsentationsmateriale, du kan downloade og bruge i dit arbejde.

[1] Low Calorie Diet. Opfylder kravenen i EU-direktiv 96/8/EG og følger de danske bekendtgørelser nr. 786 og 1014 om slankeprodukter.
[2] T.M. Larsen et al. Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance. N Engl J Med 2010;363:2102-13.

modifast®
GODT PÅ VEJ MOD ET LETTERE LIV

Impolin AB. 182 76 Stocksund, Sverige. Telefon: 78 77 05 45 (dansk nummer). For materialebestilling kontakt Impolin AB på telefon eller e-mail: modifastinfo@impolin.com. Patienter kan bestille og få information om Modifast på www.modifast.dk.

Af Irene Brøndum Møbjerg, klinisk diætist, DiætistHuset og journalist, ernæringsskribent IFORM og Camilla Jæger Hald, klinisk diætist, Steno Diabetes Center

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) – Diæt og fertilitet

PCOS er den mest udbredte endokrine lidelse og største årsag til infertilitet hos kvinder i den fødedygtige alder (1). FaKDs rammeplan foreskriver en diæt, der læner sig op af de otte kostråd, hvorimod KISS-kosten (beskrevet i Diætisten 102, 2009) fokuserer på høj energiprocent fra protein og lavt glykæmisk index (GI). Det er vores indtryk, at den manglende konsensus omkring diætetikken bidrager til forvirring i mødet med patientgruppen, hvorfor vi fandt det interessant at beskæftige os med dette emne i udarbejdelsen af vores bachelorprojekt.

Irene Brøndum Møbjerg

Camilla Jæger Hald

Projektets formål

Vi ønskede via systematisk litteraturgennemgang at kortlægge den eksisterende evidens for anbefaling af kost med ≥ 25 E% fra protein (HP-diæt), og/eller en kost med et GI < 55 (LGI-diæt) til overvægtige kvinder (BMI ≥ 25) med PCOS, med henblik på at øge fertiliteten. Desuden ønskede vi gennem kvalitative interviews at kortlægge psykosociale forhold af betydning for diætcompliance hos patientgruppen.

Vi håber, at kliniske diætister og andet sundhedsfagligt personale kan få glæde af bachelorprojektet til videreudvikling af vejledningspraksis på området.

Litteraturstudie - Metode

- Litteratursøgningen foregik via databaserne Medline (PubMed) og Cinahl.
- Søgeord: Polycystic Syndrom, Fertility, Protein, Carbohydrate, Diet, Dietary, Fiber, GI, Glycemic Index, GL, Glycemic Load og Fiber.
- Fem randomiserede kontrollerede studier opfylder inklusionskriterierne (fig. 1), hvoraf fire studier undersøger virkningen af en HP-diæt (2-5) og et studie effekten af LGI-diæt (6).

Fremmer en HP-diæt fertiliteten?

På baggrund af litteraturstudiet kunne vi konkludere, at der på nuværende tidspunkt ikke er evidens for, at en HP-diæt direkte øger fertiliteten hos overvægtige kvinder med PCOS, da der hverken er evidens for, at diæten forbedrer insulinsensitivitet eller fremmer fertiliteten hos overvægtige kvinder med PCOS (2-5).

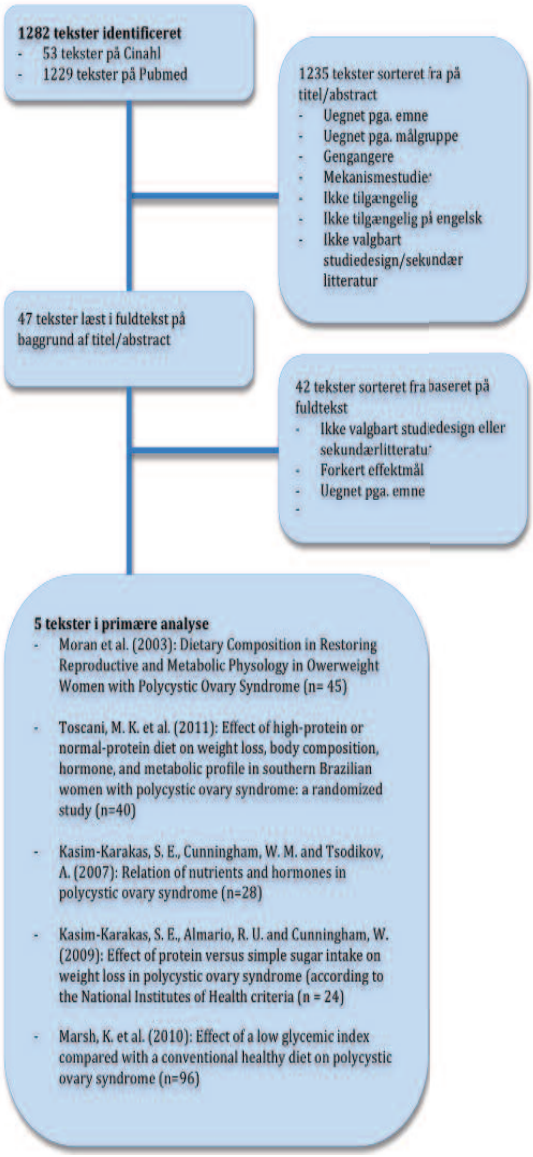
De studier, der undersøger effekten af en HP-diæt, inkluderer relativt få deltagere, og frafaldet er højt, hvilket kan sløre en eventuel effekt af diæten. Der er behov for flere store velgennemførte studier, der adresserer dette emne.

Det er til gengæld velkendt, at en høj energiprocent fra protein kan bidrage til vægttab og vægtvedligeholdelse og derigennem øge fertiliteten.

De studier, der indgår i litteraturstudiet viser, at en HP-diæt tenderer til at give et større vægttab end en diæt, hvor proteinindholdet er mellem 10-20 E% (2-3).

Sammenlignes HP-diæt med en diæt tilsat sukker, bliver forskellen i vægttabet signifikant. Det større vægttab skyldes hovedsageligt, at deltagerne på HP-diæt samlet set indtager færre KJ (4).

Flere store studier baseret på raske overvægtige viser, at en HP-diæt giver et signifikant større vægttab samt en større reduktion i talje/hofteratio og fedtmasse på kort sigt (6 mdr.). Det større vægttab ved HP-diæt tilskrives i de fleste studier et lavere samlet energiindtag (7-9).



Figur 1: Flowchart: Litteraturudvælgelse (egen figur)

Forskellen i energiindtag kan skyldes, at protein har en mættende effekt (10). En hypotese er, at centralnervesystemet bliver mere følsomt overfor leptin ved et højt proteinindtag (8), ligesom protein er med til at nedsætte ventrikeltømningshastigheden, hvilket bevirker en langsommere optagelse af måltidet (11).
Det nyligt publicerede Diogenesstudie viser, at deltagere på HP/LGI-diæt har signifikant lettere ved at bevare et vægttab (12).

Fremmer en LGI-diæt fertiliteten?

Kun et enkelt studie undersøger effekten af en LGI-diæt på fertiliteten hos overvægtige kvinder med PCOS, hvorfor det ikke er muligt at drage en konklusion. Studiet er til gengæld velbeskrevet og veludført (6).

Studiet viser, at der ved LGI diæt opnås mere regelmæssig menstruationscyklus, og forskellen er signifikant i forhold til en diæt, hvor GI > 55. Der ses ingen signifikant forskel på androgent niveau i forhold til diætens GI. Hos kvinder på LGI-diæt ses en tendens til et hurtigere og større vægttab, samtidig med at insulinsensitiviteten, målt ved Oral Glucose Tolerance Test (OGTT), forbedres signifikant (6).
I den senere tid er der kommet mere fokus på GI og vægttab generelt, og der er nyligt publiceret et Cochrane Review med fokus på LGI-diæt og overvægt (13). Af dette review fremgår det, at der i studier der sammenligner diæter med forskelligt GI, ses et signifikant større vægttab (P< 0,05) og tab af fedtmasse (P < 0,05) ved diæter med det laveste GI. Der er ikke konsensus omkring virkningsmekanismerne ved en LGI-diæt. Nogle studier viser, at deltagerne på LGI-diæt indtager færre KJ end kontrolgruppen (14-15), mens andre studier viser større vægttab ved LGI-diæt, trods samme energiindtag som kontrolgruppen (16-17).

Tesen er, at kulhydrater med højt GI bevirker store udsving i postprandial blodglukose og insulinniveau, hvilket stimulerer sult og hæmmer fedtforbrændingen (18), hvorimod en LGI-diæt menes at skabe større mæthed ved at påvirke blodglukosekoncentrationen mere moderat i den postarbsorptive fase (11), og dermed mindske hypoglykæmi, sult og sugar-craving.

Glykæmisk Index i praksis

En faktor, der vanskeliggør brugen af GI i praksis, er som bekendt, at GI er afhængig af forarbejdning, modning, oprindelse og tilberedning. Ydermere er det vanskeligt at forudsige GI for blandede måltider, da GI også påvirkes af portionsstørrelsen, samt andelen af protein og fedt i måltidet (19).

Kvalitative interviews – metode

Der er rekrutteret ni interviewpersoner med PCOS. Alle interviewpersonerne er overvægtige, med BMI ≥ 25, ved diætbehandlingens start. De har et ønske om fertilitet og har været på en energireduceret diæt, enten med en makronæringsstoffordeling i henhold til NNR eller en HP/LGI-diæt.
Grupperne er sammenlignelige med hensyn til civilstatus, hvor mange børn de har, og hvor mange, der har opnået fertilitet under diæten.
Man må have for øje, at der er en potentiel risiko for deltagelsesbias, idet de, der har valgt at lade sig interviewe, muligvis er dem, der har en god compliance.
For at afdække compliance har interviewpersonerne kostregistreret deres fødeindtag i et 24-timers kostregistreringsskema.
På baggrund af kostregistreringerne er energifordelingen udregnet

ved hjælp af Dankost 3000. Ved udregning af GI er der, for hver fødevare opført i kostregistreringerne, fundet den bedst egnede GI-værdi i de internationalt accepterede Foster-Powell tabeller (20), hvor glukose er brugt som reference. Et vægtet GI er udregnet ved at opsummere GI-bidraget fra hver enkelt indgående kulhydratkomponent i de samlede måltider, som anbefalet af WHO/FAO 1998.

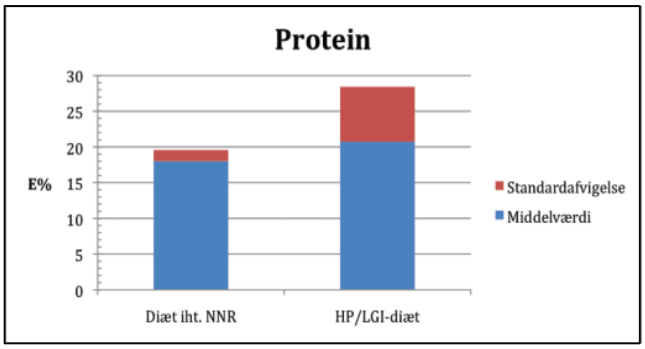
Kostregistreringerne – protein

I de kvalitative interviews giver flere af kvinderne udtryk for, at de ikke finder det vanskeligt at inkorporere meget protein i deres kost. En af kvinderne udtrykker det således:
"Jeg kommer fra en meget kødglad familie, så det er ikke noget problem. Jeg spiser nok mere end en tredjedel fra protein på bekostning af kulhydraterne."
Men kostregistreringerne viser, at der er stor spredning i kvindernes indtag af protein hos dem, der er vejledt i en HP/LGI-diæt, jf. standardafvigelsen på figur 2.

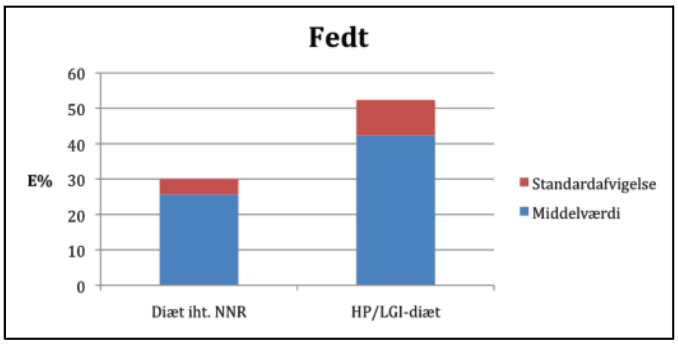
Kvinderne får til gengæld, som illustreret i figur 3, en stor del af deres energi fra fedt. Det kan skyldes, at kvinderne mangler viden omkring hvilke fødevarer, der både er proteinrige og fedtfattige, eller det kan skyldes, at det er vanskeligt at integrere en abstrakt viden om en bestemt makronæringsstoffordeling i hverdagen (21). En fedtrig kost øger diætens energitæthed, hvilket ikke er hensigtsmæssigt, når der ønskes et vægttab, da man ofte spiser samme portionsstørrelse, uanset om fx frikadellen er lavet af mager eller fed fars (22).

Kostregistreringer – GI

Analysen af kostregistreringerne viser, at der er god compliance i forhold til at følge en diæt med GI < 55, og det gennemsnitlige vægtede GI er lavt i begge grupper. Det paradoksale er, at det kun er kvinderne på HP/LGI-diæt, der er vejledt i at spise en lavglykæmisk kost, hvor den anden gruppe kvinder er vejledt i henhold til NNR (23). Det rejser spørgsmålet, om det er overflødigt at vejlede specifikt i LGI, eller om det måske er tilstrækkeligt at vejlede i en

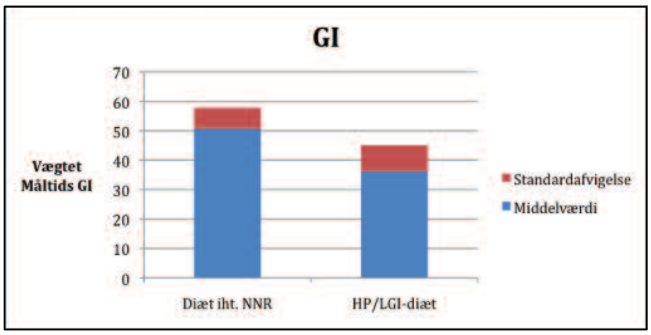


Figur 2: Gennemsnitlig proteinenergiprocent fordeling hos deltagere på henholdsvis HP/LGI diæt og diæt i henhold til NNR (egen figur).



Figur 3: Gennemsnitlig fedtenergiprocent fordeling hos deltagere på henholdsvis HP/LGI diæt og diæt i henhold I NNR (egen figur).

fiberrig kost baseret på de otte kostråd. På den anden side ses der, jf. figur 4, en signifikant forskel i det vægtede GI. De, der er vejledt i henhold til NNR uden fokus på GI, har et signifikant højere GI, end dem på HP/LGI-diæt.



Figur 4: Gennemsnitlige vægtet GI for deltagere på henholdsvis HP/LGI-diæt og deltagere vejledt i henhold til NNR (egen figur).

Psykosociale forhold af betydning for diætcompliance

Kostvaner styres af tavs viden om normer og kulturelle regler (21). Kvinderne på HP/LGI-diæt skal indtage meget mere protein, end en dansker i gennemsnit indtager, hvilket kan resultere i måltider, der ikke betragtes som "rigtige" af omgivelserne. Mænd og kvinder spiser fx ikke ens, og deres spiseadfærd styres af forventninger til, hvordan de bør handle. Mænd er storforbrugere af kød, hvor kvinder er overrepræsenteret blandt vegetarer (24). En af deltagerne på HP/LGI-diæt spiser frokostbuffet i en kantine, og hun giver i interviewet udtryk for, hvad hun tror, andre tænker, når de ser hendes tallerken:

" …der er hende den tykke, og hold da op hun skal have meget kød (…); nogle gange tager jeg lidt for meget salat, og så spiser jeg det ikke op. Så tager jeg kødet først, og så lægger jeg salat hen over for ligesom at gemme det... "

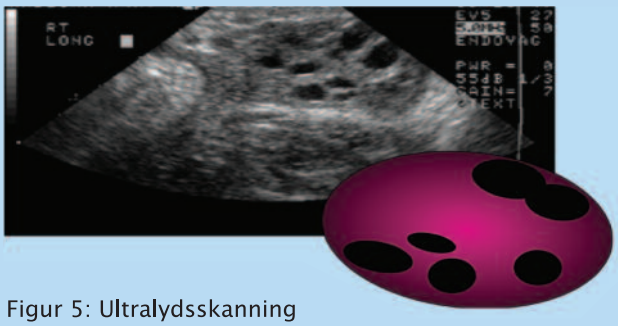
PCOS og kvindelige identitet

Barnløshed er en enorm psykisk byrde for den enkelte kvinde, da moderskab er en vigtig del af den kvindelige identitetsdannelse (25-26). Barnløshed spiller også en stor rolle for motivationen for diætcompliance hos interviewdeltagerne. I den vestlige verden skal kvinder dog ikke bare kunne føde børn, de skal også være attraktive og slanke (27). De rollemodeller, vi præsenteres for i medierne, har ofte en vægt, der er 15 pct. under idealvægten (28). Udover overvægt har flere kvinder med PCOS andre synlige symptomer som hirsutisme og akne, hvilket betragtes som ufeminint (26, 29). Selvom kvinderne i den kvalitative undersøgelse er begyndt på diæten for at øge fertiliteten, spiller udseende ligeså stor en rolle for compliance. En af deltagerne beretter:

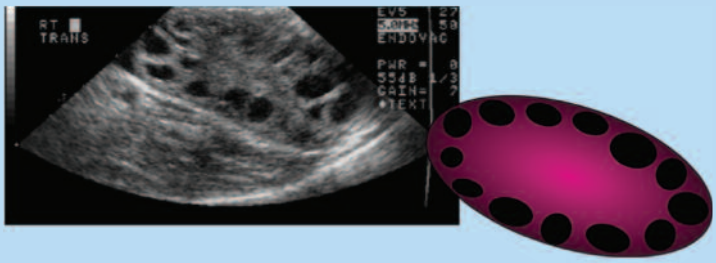
"Det betyder meget, det gør det. Bare det at man ikke skulle gå i (…); sådan noget stort poset tøj hele tiden for at dække, at der sidder en bule der og en bule der, det vil have stor betydning. (…); Man vil jo gerne være pæn, og man vil gerne se godt ud, og man vil helst ikke være den der, folk kigger efter på gaden og tænker hold kæft mand, hun skulle have taget en gulerod i stedet for en is".

Hvad er en polycystisk ovarie

På figur 5 og 6 ses henholdsvis en normal ovarie (fig. 5) og en polycystisk ovarie (fig. 6), hvor flere follikler end normalt vokser samtidigt, hvilket indebærer, at der ikke udvikles en dominant follikel, hvorfor der ikke frigives et æg (33).



Figur 5: Ultralydsskanning samt illustration af en normal ovarie. (Manson, H.: Polycystic Ovary Syndrome: Getting To Grips With Your Hormones. In: Verity Conference. Cardiff, United Kingdom 12 Nov. 2011. Hilton: Cardiff).



Figur 6: Ultralydsskanning samt illustration af en polycystisk ovarie. (Manson, H.: Polycystic Ovary Syndrome: Getting To Grips With Your Hormones. In: Verity Conference. Cardiff, United Kingdom 12 Nov. 2011. Hilton: Cardiff).

PCOS og spiseforstyrrelser

Via de kvalitative interviews fandt vi ud af, at mange af kvinderne tidligere har lidt af spiseforstyrrelser, og flere studier viser, at kvinder med PCOS har en højere forekomst af især bulimi (30-31). En af deltagerne udtrykker det således:
" …jeg tænker på mad 24 timer i døgnet. Altså, jeg tænker altid over, hvad jeg spiser, jeg kan fortælle dig præcist, hvad jeg har spist. Jeg er rigtig træt af det, for det er ligesom en tvangstanke, og det er også et problem i mit forhold (...); jeg gør ingenting uden at have dårlig samvittighed bagefter. Det fylder alt for meget, og det har altid fyldt for meget."

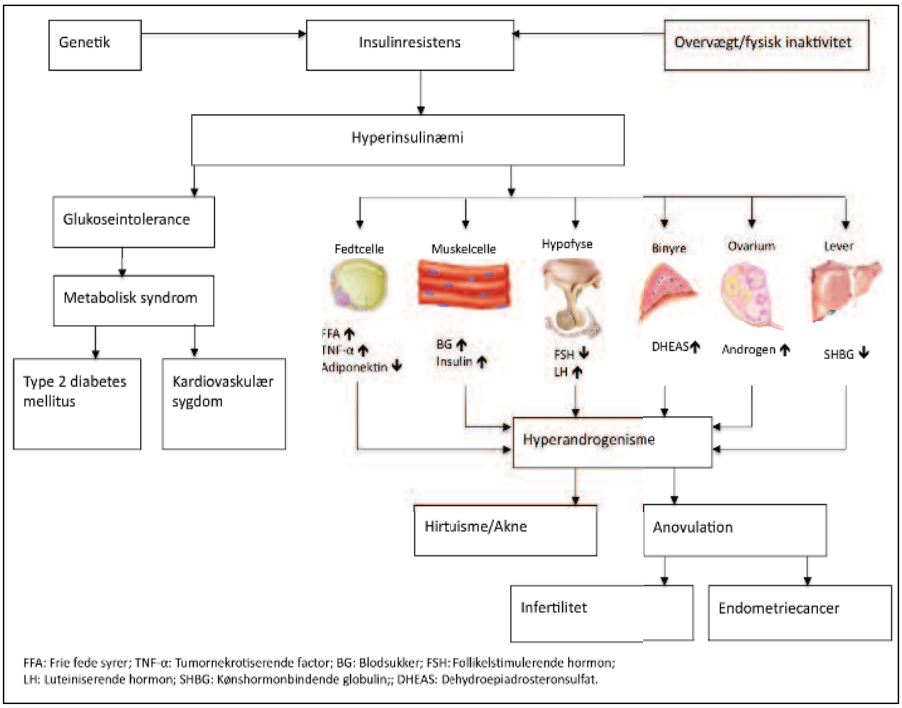
Sammenfatning

Både en HP-diæt og en LGI-diæt fremmer et vægttab på kort sigt, og en kombination af disse to diæter vil fremme vægttab yderligere og dermed forbedre fertiliteten hos overvægtige kvinder med PCOS. En HP-diæt kan dog for nogle være svær at efterleve, da den adskiller sig væsentligt fra en almindelig dansk kost og de sociale normer for, hvad man bør spise. Det er til gengæld muligt for stort set alle kvinderne i vores projekt at opnå god compliance ved en LGI-diæt, da det kræver forholdsvis få ændringer i forhold til en almindelig dansk kost. Man skal dog have for øje, at deltagerne kan have ændret deres habituelle indtag i forbindelse med kostregistrering ligesom de kan have fejlrapporteret. Kostregistreringer over længere tid og med flere deltagere ville give et mere nuanceret datagrundlag at fortolke ud fra.
Vi mener, at man bør vejlede infertile og overvægtige kvinder med PCOS i en HP/LGI-diæt. Energiprocenten fra protein bør dog tilpasses den enkelte kvindes motivationsniveau og habituelle proteinindtag, og ved vejledning i LGI, bør der tages hensyn til, om den enkelte fødevare i øvrigt er velegnet til overvægtige.

Af de kvalitative interviews fremgår det, at de fleste ikke finder det svært at ændre kostvaner, men at de til gengæld finder det umuligt at fastholde spisevaner over en længere periode, som adskiller sig væsentligt fra spisemønsteret hos deres sociale relationer. Vi mener derfor, at man bør medtænke sociale barrierer i vejledningen af denne patientgruppe.

Den høje prævalens af spiseforstyrrelser hos kvinder med PCOS er vigtig at have for øje, da begrænsninger og madrestriktioner kan resultere i både fysiologisk og psykologisk trang til at overspise (32). Såfremt kvinden har en spiseforstyrrelse, er det væsentligt at denne behandles, og at behandlingen ikke udelukkende består af diætetisk rådgivning.

irenebroendum@hotmail.com
camillajaegerhald@gmail.com



Figur 7: PCOS, insulinresistens og hyperinsulinæmi. Modificeret efter Svendsen et al. (2005): 'Polycystisk overiesyndrom'. Ugeskrift for læger, 167/34, s. 3148.

Patofysiologi PCOS

Visceral abdominal fedme, samt fysisk inaktivitet øger risikoen for insulinresistens (1, 34-36). Hyperinsulinæmi er den centrale årsag til udviklingen af hyperandrogenæmi og glukoseintolerance hos kvinder med PCOS, jf. figur 7.
Det øgede insulinniveau påvirker forskellige hormoner og processer i kroppen, hvilket medfører amenoré eller oligomenoré og dermed anovulatorisk infertilitet.
Da overvægt er en væsentlig del af patogenesen, forventes en stigende forekomst af PCOS (37).

Forslag til yderligere læsning

Efter udarbejdelsen af bachelorprojektet er der publiceret et studie i American Journal of Clinical Nutrition 'Effects of increased dietary protein-to-carbohydrate ratios in women with polycystic ovary syndrome.'(38). Et meget velbeskrevet dansk studie fra KU, der viser, at en HP-diæt signifikant øger vægttab og tab af fedtmasse hos overvægtige kvinder med PCOS set over en 6 måneders periode, hvilket hovedsageligt skyldes et spontant lavere energiindtag hos kvinderne på HP-diæten.

Referenceliste

Fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

1. Pasquali R., Gambineri A. and Pagotto U. (2006): The impact of obesity on reproduction in women with polycystc ovary syndrome . International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113, pp. 1148-1159.
2. Moran LJ., Nokes M., Clifton PM., Tomlinson L. and Norman RJ. (2003): 'Dietary Composition in Restoring Reproductive and Metabolic Physiology in Overweight Women with Polycystic Ovary Syndrome'. The Journal of Clinical Endrocrinology & Metabolism, 88/2, pp. 812-819.
3. Toscani MK., Mario FM., Radavelli-Bagatini S., Wiltgen D., Matos MC. and Spritzer PM. (2011): Effect of high-protein or normal-protein diet on weight loss, body composition, hormone, and metabolic profile in southern Brazilian women with polycystic ovary syndrome: a randomized study. Gynecological Endocrinology, [Online] 31 May, pp. 1-6. Available at: http://informahealthcare.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/doi/abs/10.3109/09513590.2011.564686 [Accessed 3 October 2011].
4. Kasim-Karakas SE., Almario RU. and Cunningham W. (2009): 'Effects of protein versus simple sugar intake on weight loss in polycystic ovary syndrome (according to the National Institutes of Health criteria)'. Fertility and Sterility, 92/1, pp. 262-270.
5. Kasim-Karakas SE., Cunningham WM. and Tsodikov A. (2007): 'Relation of nutrients and hormones in polycystic ovary syndrome'. Am J Clin Nutr, 85, pp. 688-694.
6. Marsh KA., Steinbeck KS., Atkinson FS., Petocz P., Brand-Miller JC. (2010): 'Effect of a low glycemic index compared with a conventional healthy diet on polycystic ovary syndrome'. Am J Clin Nutr, 92, pp. 83-92.
7. Due A., Toubro S., Skov AR. and Astrup A. (2004): 'Effect of normal-fat diets, either medium or high in protein, on body weight in overweight subjects: a randomised 1-year trial'. Int J Obesity, 28, pp. 1283–1290.
8. Weigle DS., Breen PA., Matthys CC., Callahan HS., Meeuws KE., Burden VR., et al. (2005): 'A high-protein diet induces sustained reductions in appetite, ad libitum caloric intake, and body weight despite compensatory changes in diurnal plasma leptin and ghrelin concentrations'. Am J Clin Nutr, 82, pp. 41–48.
9. Skov AR., Haulrik N., Toubro S., Mølgaard C. and Astrup A. (2002): 'Effect of Protein Intake on Bone Mineralization during Weight Loss: A 6-Month Trial'. OBESITY RESEARCH, 10/6, pp. 432-438.
10. Dulloo AG. and Schutz Y. (2011): Energy balance and body weight regulation. In: Geissler, C. and Powers H. ed. 2011: Human Nutrition, 12th edition. Churchill Livingstone Elsevier Ltd.: London, pp. 87-110.
11. Sloth B. og Holst JJ. (2008): 'Appetitregulering: et komplekst system'. Perspektiv, tidsskrift om sukker og ernæring. 21/1, s. 4-7.
12. Larsen TM., Dalskov SM., Van Baak M., Jebb SA., Papadaki A. and Pfeiffer AFH. et al. (2010): 'Diets with High or Low Protein Content and Glycemic Index for Weight-Loss Maintenance'. The New England Journal of Medicine, 363/22, pp. 2102-2113.
13. Thomas D., Elliott EJ. and Baur L. (2009): Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity (Review). 1st edition. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd.: Hoboken, NJ.
14. Ebbeling CB., Leidig MM., Sinclair KB., Seger-Shippee LG., Feldman HA. and Ludwig DS. (2005): 'Effects of an ad libitum low-glycemic load diet on cardiovascular disease risk factors in obese young adults'. Am J Clin Nutr, 81, pp. 976-982.
15. Ebbeling CB., Leidig MM., Sinclair KB., Hangen, JP. and Ludwig DS. (2003):'A Reduced–Glycemic Load Diet in the Treatment of Adolescent Obesity.' Archives of Internal Medicine, 157, pp. 773-779.
16. Bouche C., Rizkalla SW., Lou J., Vidal H., Veronese A. and Pacher N. et al. (2002): 'Five-Week, Low–Glycemic Index Diet Decreases Total Fat Mass and Improves Plasma Lipid Profile in Moderately Overweight Nondiabetic Men'. Diabetes Care, 25, pp. 822-828.
17. Slabber M., Barnard, HC., Kuyl JM., Dannhauser A. and Schall R. (1994): 'Effects of a low-insulin-response, energy-restricted diet on weight loss and plasma insulin concentrations in hyperinsulinemic obese females'. Am J Clin Nutr, 60, pp. 48-53.
18. McMillan-Price J., Petocz P., Atkinson F., O'Neill K., Samman S. and Steinbeck K. et al (2006): Comparison of 4 Diets of Varying Glycemic Load on weight loss and cardiovascular Risk Reduction in Overweight and Obese Young Adults . Archives of Internal Medicine, 166, pp. 1466-1475.
19. Flint A. (2004): 'Glykæmisk index i blandede måltider - et brugbart redskab?'. Diætisten, 68, s. 5-7.
20. Atkinson FS., Foster-Powell K., and Brand-Miller JC. (2008a): 'International Tables of Glycemic Index and Glycemic Load Values: 2008'. Diabetes Care, 31/12, pp. 2281-2283.

Tænk hvis du kunne reducere risikoen for allergi hos børn med 50%[1]

NAN H.A. 1 – den eneste modermælks-erstatning som beviseligt reducerer risikoen for allergi hos børn op til 6-års alderen[1,2,3]

Smagen af hydrolyseret modermælkserstatning falder ikke altid i god jord hos de små og det kan medføre store frustrationer hos deres forældre. NAN H.A. 1 er det velsmagende alternativ med dokumenteret effekt. Faktisk er NAN H.A. 1 den eneste partielt hydrolyserede modermælkserstatning som i hele 15 større kliniske studier har vist effektivt at modvirke udviklingen af allergi hos op til 52% af ikke brysternærede børn med allergi i familien.

Ny forbedret emballage

For mere information kontakt venligst din produktspecialist Lis Vinther på tlf. 2321 2257
eller mail. lis.vinther@dk.nestle.com

Vigtig information: Brystmælk er den bedste ernæring for det lille barn i de første levemåneder. Hvis det er muligt, bør det altid være førstevalg.

1. Szajewska H, Horvath A. Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. Curr Med Res Opin. 2010;26(2):423-37. 2. von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U et al. Preventive effect of hydrolysed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI). J Allergy Clin Immunol 2008;121:1442-7. (GINI study only shows effect on atopic dermatitis). 3. Alexander DD, Cabana MD. Partially hydrolyzed 100% whey protein infant formula and reduced risk of atopic dermatitis: a meta-analysis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010;50:422-30. 4. Sammenlignet med almindelig NAN 1.

Nestlé NAN

Af Anne Hoffmann Jeppesen, klinisk diætist, dimitteret fra VIA University College i Aarhus januar 2012.
Fra september kandidatstuderende i folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Psoriasis og det metaboliske syndrom

Diætbehandling og psoriasis er to ord, der sjældent høres i samme sætning. Nye studier indikerer dog, at netop diætvejledning kan spille en stor rolle i behandlingen af psoriasis-patienter, som også lider af det metaboliske syndrom. Dette dels for at nedsætte risikoen for kardiovaskulære sygdomme, og dels for at opnå bedre respons på den medicinske behandling.

Anne Hoffmann Jeppesen

Psoriasis og det metaboliske syndrom i Danmark

Psoriasis er en autoimmun hudlidelse, som i Danmark ses med en prævalens på ca. 2 pct. Hudlidelsen kan fremtræde i forskellige former og i varierende grader, der bl.a. kan karakteriseres vha. den såkaldte PASI-score (boks1).

Patienter med psoriasis har øget risiko for en række comorbiditeter, herunder kardiovaskulære sygdomme og det metaboliske syndrom.

I studier ses en øget prævalens af det metaboliske syndrom hos psoriasispatienter med odds ratios på mellem 1,3 og 5,3 i forhold til baggrundsbefolkningen (1). Det varierer dog markant alt efter hvilken definition af det metaboliske syndrom, man anvender. Benyttes den hyppigst anvendte definition, National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) (boks 2), findes odds ratios "i den lavere ende". Prævalensen af det metaboliske syndrom er, ifølge en dansk tværsnitsundersøgelse fra 2006-2008, 15,3 pct. hos baggrundsbefolkningen ved brug af NCEP ATP III (2). Dermed er prævalensen sandsynligvis mindst 20 pct. hos gruppen af psoriasispatienter.

Mirakelkur?

I en case-rapport, 2008 fra Italien, blev et forløb med en mandlig patient på 66 år beskrevet. Han led, foruden psoriasis, af det metaboliske syndrom (adipositas, diabetes mellitus type 2 og hypertension). Inden interventionen havde patienten følgende data: PASI-score på 5,6, HbA1c på 9,5 pct., total-cholesterol på 6,3 mmol/l, triglycerid på 2,0 mmol/l, kropsvægt på 97 kg og BMI på 31,7 kg/m^2. Han var desuden i medicinsk behandling for hypertension og diabetes.

Interventionen bestod af opstart i ny medicinsk diabetesbehandling (med Rosiglitazon) og samtidig diætbehandling. Diæten var en individuel tilpasset hypoglykæmisk og kolesterolnedsættende diæt. Efter fire måneder blev patienten igen vurderet i forhold til ovenstående værdier. Patienten opnåede en PASI-score på 2,1, et HbA1c på 5,6 pct., total-cholesterol på 4,8 mmol/l, triglycerid på 1,3 mmol/l, kropsvægt på 87 kg og BMI på 28,4 kg/m^2. Der blev ikke observeret bivirkninger (3). Ud fra en casebeskrivelse kan vi ikke konkludere, hvorvidt diætbehandling bør indgå som en central del af behandlingen af det metaboliske syndrom og psoriasis. Hvad der var årsagen til de ændringer, der blev observeret, er uklart. Casen kan dog gøre os opmærksomme på, at dette måske er et felt, kliniske diætister bør være involverede i.

Boks 1

PASI-score er et scoringssystem, der går fra 0-72. Svær psoriasis karakteriseres typisk ved PASI-score>10

Boks 2

Det metaboliske syndrom karakteriseres af NCEP ATP III ved tre eller flere af følgende:

Faste p-glucose	**> 5,6 mmol/l**
Blodtryk	**> 135/85 mmHg,**
Dyslipidæmi	
- Triglycerid	**> 1,7 mmol/l**
og/eller	
- HDL	**< 1,03 mmol/l (mænd)**
	< 1,29 mmol/l (kvinder)
Taljeomfang	**> 102 cm (mænd)**
	> 88 cm (kvinder)

Middelhavsdiæten er en kost rig på fibre og monoumættede fedtsyrer med fokus på højt indtag af frugt, grøntsager, fuldkornsproduker, fisk, fjerkræ, fedtfattige mælkeprodukter, oliven/olivenolie, nødder og bælgfrugter, lavt indtag af rødt kød, og moderat dagligt indtag af alkohol (4).

Diætbehandling af det metaboliske syndrom

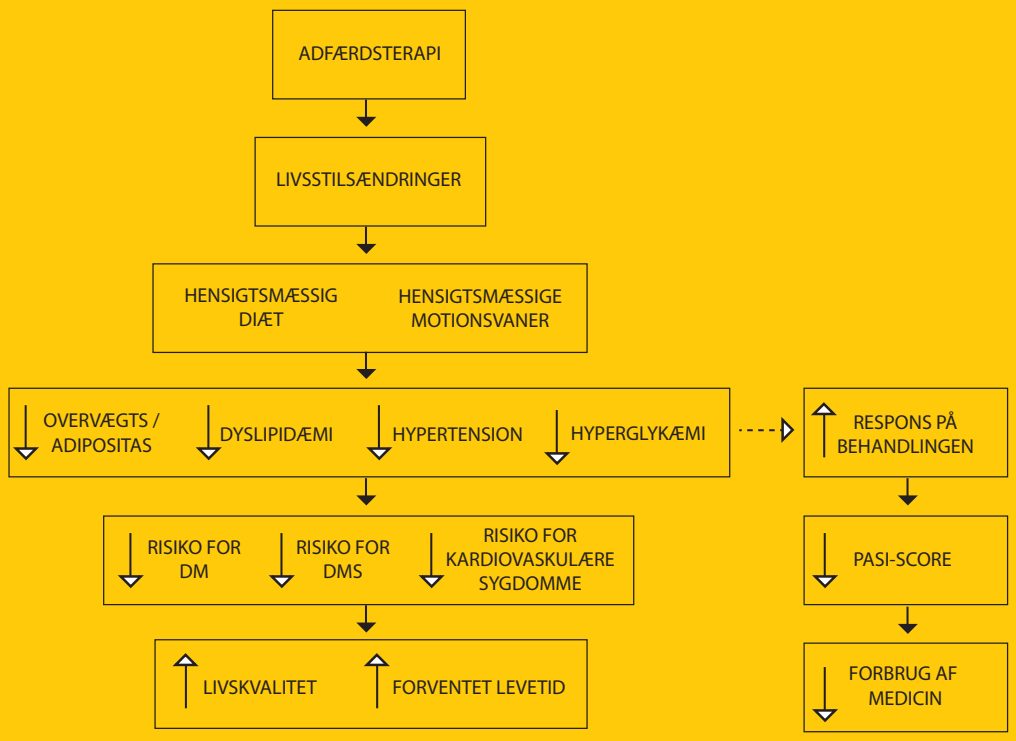
I en metaanalyse fra 2011, som inkluderede 50 studier og havde en studiepopulation på 534.906 personer, undersøgte man middelhavsdiætens og lignende kostformers effekt på det metaboliske syndrom, og på forebyggelse heraf.
Der var i studierne brugt forskellige definitioner for det metaboliske syndrom, men kun i definitionen, lavet af International Diabetes Federation, er overvægt et krav for at få diagnosen.
Hos patienter med en diagnose for det metaboliske syndrom uden overvægt, indgik vægttabsforløb ikke som en del af diætbehandlingen. Overordnet set var der stor effekt på det metaboliske syndrom. På de enkelte faktorer var der gunstig effekt på HDL, triglycerid, blodtryk, p-glukose og insulinresistens, samt en lille, men signifikant effekt på taljeomfang. Diæten havde desuden god effekt i forhold til forebyggelse af det metaboliske syndrom (4).

Psoriasis og det metaboliske syndrom

Kun få studier har beskæftiget sig med sammenhængen mellem psoriasis og det metaboliske syndrom. Derfor er det nødvendigt også at kigge på studier, som undersøger sammenhængen mellem psoriasis og de enkelte risikofaktorer, der indgår i de af NCEP ATP III definerede kriterier for det metaboliske syndrom.
Fem studier (5) blev udvalgt ud fra kriterier om bl.a. geografisk placering af studiet (dvs. at kun studier foretaget i lande, hvor det ville give mening at generalisere resultaterne til danske forhold, blev inkluderet), studiepopulations størrelse, og hvorvidt der var taget højde for eventuelle confoundere.
Studierne underbyggede, at sammenhængen mellem psoriasis og det metaboliske syndrom er veldokumenteret. Det var ikke muligt at konkludere, hvorvidt det er psoriasis, som medfører øget risiko for det metaboliske syndrom, eller om det er omvendt. Der sås dog en tendens til, at overvægt og især adipositas (målt på BMI eller taljeomfang) giver øget risiko for psoriasis. Om denne sammenhæng skyldes, at fedtvæv er immunologisk aktivt væv, vides ikke. Samtidig viste studierne en tendens til, at psoriasis kan være medvirkende årsag til udviklingen af de andre risikofaktorer, som indgår i definitionen af det metaboliske syndrom.
Flere studier viste desuden, at psoriasispatienter har øget risiko for kardiovaskulære sygdomme, selv efter justering for de risikofaktorer, som indgår i det metaboliske syndrom.
Da diætvejledning kan nedsætte risikoen for kardiovaskulære sygdomme hos patienter med det metaboliske syndrom, forventes det derfor, at diætbehandling også kan nedsætte denne risiko hos patienter med psoriasis og det metaboliske syndrom.

To diætregimer, én patient?

At middelhavsdiæten har vist sig brugbar i forhold til behandling af patienter med det metaboliske syndrom, er selvfølgelig ikke ensbetydende med, at den også vil være gunstig i forhold til psoriasispatienter. Et review fra 2010 gennemgik eksisterende litteratur omhandlende en hensigtsmæssig kost og evt. kosttilskud til psoriasispatienter. Dette review havde fokus på øget indtag af fiskeolie, nedsættelse af alkoholindtag (hvor dette var højt), indtag af hypokalorisk diæt, indtag af glutenfri diæt, og øget indtag af vitamin B12, vitamin D, vitamin A, selen og zink. Af disse er der især gode indikationer for at have en diæt med øget indtag af fiskeolie, et lavt til moderat indtag af alkohol (højt indtag af alkohol kan forværre psoriasis) og indtag af kosttilskud i form af de nævnte vitaminer og mineraler. (6) Alle disse går fint i spænd med de diætprincipper, som har vist sig brugbare i behandlingen af det metaboliske syndrom. Det skal dog siges, at indtaget af fiskeolie og de nævnte vitaminer og mineraler er afprøvet i doser, som kun opnås ved indtag gennem tilskud. Dermed vil en diætbehandling rettet mod det metaboliske syndrom måske med fordel kunne suppleres med tilskud af nogle eller alle af de ovenfor nævnte.
Der var ikke sufficient litteratur ang. behandling med en hypokalorisk eller glutenfri diæt til at kunne indikere rådgivning i



Figur 1: Forventet outcome ved diætbehandling (7)

disse diæter, med mindre det er indikeret af anden diagnose, fx adipositas eller cøliaki.
Der er altså tilsyneladende ikke noget, der kontraindikerer behandling med det præsenterede diætregime for patienter med det metaboliske syndrom til psoriasispatienter, men der mangler studier, som kan beskrive dette nærmere.

Bør diæt være en del af behandlingen?

Psoriasispatienter med det metaboliske syndrom vil have gavn af diætbehandling. Dette først og fremmest i form af mindskelse af risikoen for kardiovaskulære sygdomme.
Da effekten af diætbehandling på patientens psoriasis, fx udtrykt ved PASI-score, endnu ikke er belyst i nogle interventionsstudier, når vi dog kun en hypotese om, at der potentielt er en positiv effekt på patientens psoriasis.
I Figur1 har jeg forsøgt at illustrere de forventede/mulige positive udfald ved at inddrage diætbehandling i behandlingen af den beskrevne patientgruppe.

Perspektiverne i dette er altså potentielt store, hvorfor jeg vil nærme mig afslutningen med et citat fra forfatterne til den tidligere præsenterede caserapport: "We suggest that diet counselling and regular nutritional visits should be recommended in some patients to obtain dual benefits"(8).

Lidt til den professionelle stolthed

Vi kan opleve, at ernæring og diætbehandling opprioriteres på fx. en sygehusafdeling, men dette betyder desværre ikke nødvendigvis, at det bliver varetaget af en klinisk diætist. Så spørgsmålet er derfor: Behøver gruppen af psoriasispatienter med det metaboliske syndrom at blive vejledt af en klinisk diætist? En artikel fra 2007, omhandlende vigtigheden af individuel diætvejledning til patienter med det metaboliske syndrom, satte fokus på dette, og forfatteren skrev således:
"Information alone is not enough to result in behavioral changes. RDs [registered dietitians] can be the key to developing a relationship with patients while finding ways to help them take responsibility for how and when to change their overall eating and activity patterns"(9).
Videre kommenterede forfatteren, hvordan denne behandling bør være:
"Nutrition therapy designed around a patient-centered framework is often more time-consuming and challenging, but its chances for success are greater. Simply delivering information is not enough to ensure action" (10).

Forhåbentlig betyder disse resultater, at vi snart ser de første psoriasis-specialiserede kliniske diætister i Danmark. Der mangler dog studier, som cementerer diætbehandlingens effekt hos denne patientgruppe.

anne.diaetist@gmail.com

Hvis du har spørgsmål, kommentarer eller ønsker at læse hele bachelorprojektet, kan forfatteren kontaktes på ovenstående mail.

Referencer

1. Azfar, R.S., & Gelfand, J.M. (2008). Psoriasis and metabolic disease: epidemiology and pathophysiology. Current Opinion in Rheumatology, 20(4), 416-422.
2. Krane-Gartiser, K., Breum, L., Glümer, C., Linneberg, A., Madsen, M., Køster, A., Jepsen, P. W., et al. (2011). Prevalence of the metabolic syndrome in Danish psychiatric outpatients treated with antipsychotics. Nordic Journal of Psychiatry, 65, 345-352.
3. Saraceno, R., Ruzzetti, M., De Martino, M.U., Di Renzo, L., Cianci, R., De Lorenzo, A., & Chimenti, S. (2008). Does metabolic syndrome influence psoriasis? European Review for Medical and Pharmalogical Sciences, 12(5), 339-341.
4. Kastorini, C.M., Milionis, H.J., Esposito, K., Giugliano, D., Goudevenos, J.A., & Panagiotakos, D.B. (2011). The Effect of Mediterranean Diet on Metabolic Syndrome and its Components: A Meta-Analysis of 50 Studies and 534,906 Individuals. Journal of the American College of Cardiology, 57(11), 1299-1313.
5. Gisondi, P., Tessari,G., Conti, A., Piaserico, S., Schianchi, S., Peserico, A., Giannetti, A., et al. (2007). Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital based case-control study. The British Journal of Dermatology, 157(1), 68-73.
   Neimann, A.L., Shin, D.B., Wang, X., Margolis, D.J., Troxel, A.B., & Gelfand, J.M. (2006). Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. Journal of the American Acedemy of Dermatology, 55(5), 829-835.
   Huerta, C., Rivero, E., & Rodríguez, L.A.G. (2007). Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. Archives of Dermatology, 143(12), 1559-1565.
   Setty, A.R., Curhan, G., & Choi, H.K. (2007). Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. Archives of Internal Medicine, 167(15), 1670-1675.
   Gelfand, J.M., Toxel, A.B., Lewis, J.D., Kurd, S.K., Shin, D.B., Wang, X., Margolis, D.J., et al. (2007). The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. Archives of Dermatology, 143(12), 1493-1499.
6. Ricketts, J.R., Rothe, M.J., & Grant-Kels, J.M. (2010). Nutrition and psoriasis. Clinics in Dermatology, 28(6), 615-626.
7. Pitsavos, C., Panagiotakos, D., Weinem M., & Stefanadis, C. (2006). Diet, exercise and the metabolic syndrome. The Review of Diabetic Studies: RDS. 3(3), p. 123.
8. Saraceno, R., Ruzzetti, M., De Martino, M.U., Di Renzo, L., Cianci, R., De Lorenzo, A., & Chimenti, S. (2008). Does metabolic syndrome influence psoriasis? European Review for Medical and Pharmalogical Sciences, 12(5), 339-341.
9. Franz, M.J. (2007). The role of nutrition therapy and dietitians in the management of the metabolic syndrome. Current Diabetes Reports, 7(1), p. 63.
10. Franz, M.J. (2007). The role of nutrition therapy and dietitians in the management of the metabolic syndrome. Current Diabetes Reports, 7(1), p. 64.

Af Kirsten Færgemann og Anne W. Ravn, kliniske diætister, Aarhus Universitetshospital, hhv. Aalborg og Skejby

Det er en gave at være censor

At være tilknyttet censorkorpset ved uddannelsen af kliniske diætister er en stor personlig gevinst i en tid, hvor midler til anden form for efteruddannelse mange steder er sparsomme. Som censor skal man naturligvis først og fremmest sikre, at der ved eksaminationen sker en dokumentation af de studerendes færdigheder samt af målopfyldelsen for uddannelsen. Desuden skal man medvirke til, at prøverne gennemføres i overensstemmelse med de gældende regler, og at de studerende får en ensartet og retfærdig behandling og deres præstationer en pålidelig bedømmelse. God censorskik indebærer også forståelse for, at eksamenssituationen forløber på en venlig og korrekt måde, så de studerendes eventuelle nervøsitet i den særlige situation håndteres hensynsfuldt og professionelt.

Den helt unikke personlige gevinst er, at du som censor ved gennemlæsning af mangeartede opgaver på forskellige niveauer får sat din egen viden og erfaring i perspektiv. Det er interessant og givende at være en del af den dialog, der naturligt følger af de studerendes præsentation af deres emne og opgave.

Vi er ofte blevet imponerede over, hvordan nysgerrige og entusiastiske studerende kan præsentere et emne i en ny kontekst. Der fremlægges ofte meget god og grundig viden og refleksion. Hold derfor øje med dine kommende kollegers opgaver på UC Viden studenterportal.

Professionshøjskolerne har lavet den fælles UC Viden studenterportal, hvor bachelorprojekter registreres og uploades. Der er en fælles national portal, samt lokale portaler for de enkelte UC´er.

Du finder portalen på www.ucviden.dk/student-portal/

En knasende sprød NYHED
NY generation af loppefrøskaller

Kombination af velsmag og virkning

SylliFlor® opfylder behovet for et virkningsfuldt, tarmregulerende produkt, som samtidig er så tiltalende, at brugerne appelleres til at opretholde et tilstrækkeligt indtag på daglig basis i hele den nødvendige periode.

Produktserien er sammensat med henblik på at opnå en optimal smags-oplevelse - både med vand, som drys og ved direkte indtagelse på en ske. **SylliFlor®** har derfor en hidtil uset fleksibilitet i indtagelsesmetoder.

Kontakt os for yderligere information og rekvirering af gratis vareprøver.

DRIK **SylliFlor®** er let at røre op og indtage i vand, juice el. anden væske.

DRYS **SylliFlor®** er sprødt og kan drysses ud over yoghurt el. lign.

SPIS **SylliFlor®** kan indtages på en ske og skylles ned med rigeligt vand.

BIODANE·PHARMA

Biodane Pharma A/S
DK-Gesten + 45 75 55 57 77

SPØRG PÅ APOTEKET
eller køb på www.biodanepharma.com

Af Lis Mortensen, Jan Hoffmann, Lone Yding, Søren K. Nielsen og Troels Busk Hoff, studerende ved Masteruddannelsen i Professionel kommunikation ved Roskilde Universitet

Når nyrerne styrer dit liv

At dialysepatienter er unikke individer som alle andre mennesker, er i sig selv ikke nogen overraskende konstatering. Men unikke individer har unikke behov, og det bør man være opmærksom på, når man som fagperson vejleder blandt andet dialysepatienter om kost og diæt. Desværre bærer vejledningsstilen ikke altid præg af, at man som fagperson/diætist møder patienten som det unikke individ, han eller hun er.

"Altså der er jo sådan en joke om, at hvis man som behandler har travlt, så skal man lade være med at sætte sig ned, så skal man sørge for at blive stående op, fordi det signalerer, at man ikke har hele formiddagen eller eftermiddagen til rådighed ".

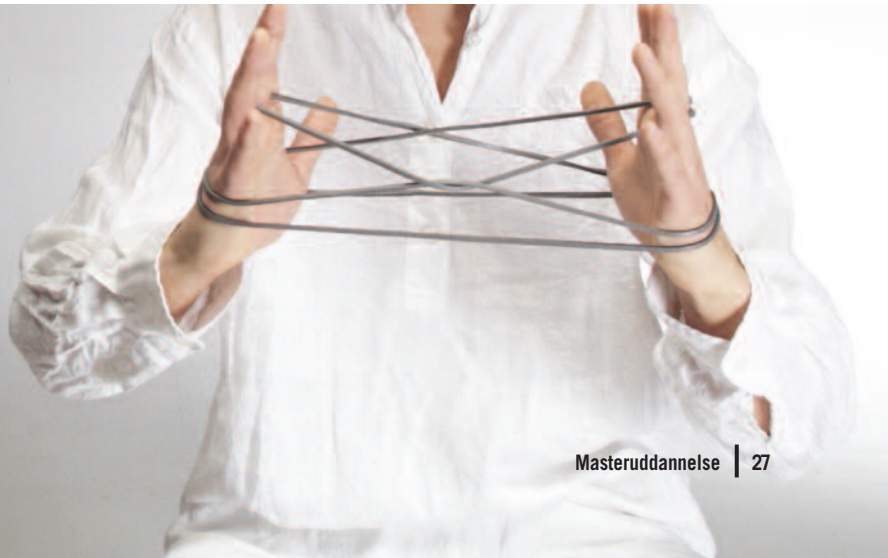
Ovenstående citat er taget ordret fra et af de fire interviews, vi gennemførte med kliniske diætister i forbindelse med vores analyse af vejledningsstilens betydning for dialysepatienters forståelse for og efterlevelse af den kostvejledning, de modtager.

Analysen "Når nyrerne styrer dit liv" er skrevet som 1. års opgave på Masteruddannelsen i Professionel Kommunikation ved Roskilde Universitet. Formålet med vores opgave var at undersøge, hvordan dialysepatienten gennem en kommunikativ indsats kan opnå bedre handlekompetence til at følge kostvejledningen. For at undersøge dette, måtte vi opnå indblik i konkrete diætisters vejledningsstil, i konkrete patienters forståelse af den modtagne kostvejledning og indblik i relationen mellem diætist og dialyse - patient. I forlængelse heraf valgte vi kvalitative interviews som undersøgelsesmetode, da det giver begge parter mulighed for at sætte ord på deres egne oplevelser af kostvejledningen. Interviewene blev analyseret med afsæt i Dervins teori om sense-making – en teori, der tager udgangspunkt i, at i jo højere grad en målgruppe involveres i kommunikationen på egne præmisser, jo større mening og dermed effekt opnår afsenderen hos modtageren, ganske enkelt fordi modtageren opnår handlekompetence og dermed kan anvende den faglige viden i praksis (Dervin og Foreman-Wernet 2003).

Man forstår godt, at den pågældende diætist siger, som hun gør. Som fagperson i det danske sundhedssystem er ens hverdag travl, og man kan nemt føle sig presset til at skulle nå et bestemt antal patienter i løbet af en arbejdsdag. Tiden er knap og i hvert fald ofte for knap til at kunne rumme patienters behov for at fortælle hele deres sygdomshistorie. Men hastværk er lastværk.

Vi interviewede også fire dialysepatienter. En af dem havde fået sin nyresygdom af, hvad han opfattede som en fejlmedicinering. Hvordan mon sådan en patients tillid er til sundhedssystemet? Mon sådan en oplevelse påvirker patientens evne og lyst til at lytte til en fagperson i sundhedssystemet? Vi kunne blot konstatere, at han ikke efterlevede sin diæt og oplevede, at fagpersonalet kom med modstridende informationer. Men hvad nu hvis sådan en patient møder en diætist, som trods travlhed tager sig tid til at lytte til hans historie, hans frustrationer og hans mistillid. Vil tilliden så genetableres, og dermed fundamentet for, at han overholder sin diæt? Sådan en diætist mødte han desværre ikke.

"...opnå bedre handlekompetence til at følge kostvejledningen..."



Vi udarbejdede – med afsæt i Dervins model – en tilvirket model, der var afpasset konkret til vores undersøgelse.

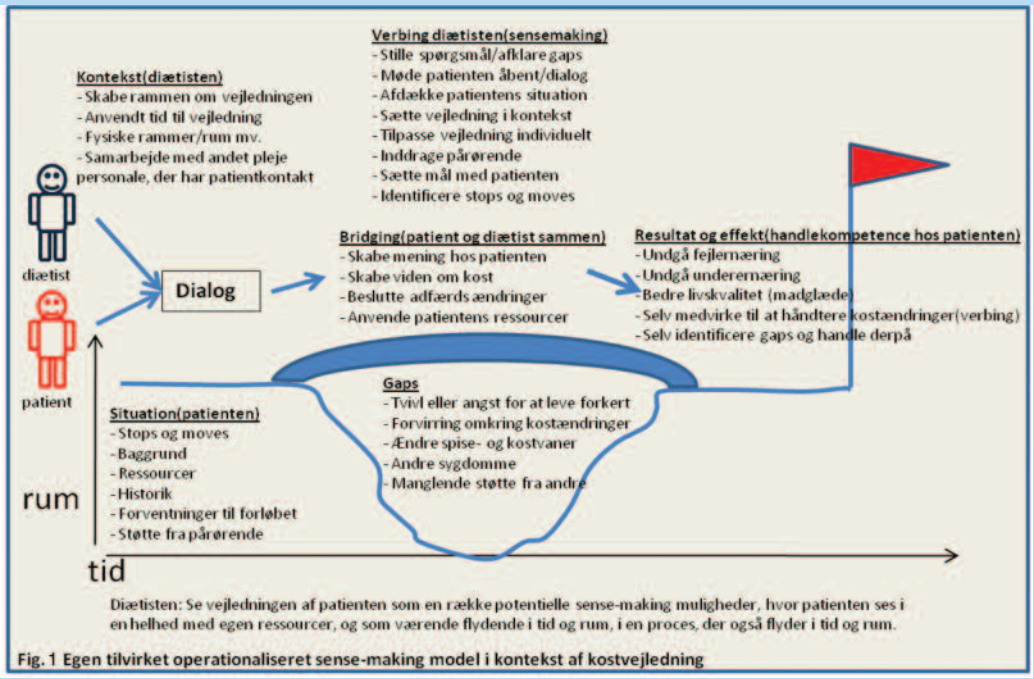


Fig. 1 Egen tilvirket operationaliseret sense-making model i kontekst af kostvejledning

Brobygning

Det teoretiske udgangspunkt for vores analyse var Brenda Dervins sense-making model (Dervin og Foreman-Wernet 2003). Modellen er en kommunikationsmodel, som tager entydigt udgangspunkt hos modtageren, og som placerer ansvaret for, at kommunikationen giver mening for modtageren hos afsenderen. Oversat til en kostvejledningssituation betyder det, at det er diætistens ansvar at formidle sin viden på en måde, så patienten ikke blot forstår, hvad der bliver sagt, men også kan se fornuften i at følge diætistens råd.

Vi udarbejdede – med afsæt i Dervins model – en tilvirket model, der var afpasset konkret til vores undersøgelse.
Se Figur 1 ("Når nyrerne styrer dit liv", side 11).

Sense-making modellen er et radikalt opgør med en traditionel kommunikationsforståelse, hvor det antages, at information fører til handling hos modtageren. Den traditionelle kommunikationsforståelse har præget, og præger til dels stadig sundhedssystemet.

En helt central pointe hos Dervin er, at for at kunne skabe mening hos en modtager, må man opnå indsigt i modtagers livsverden, dvs. erfaringer, oplevelser, vaner, tanker, følelser m.m. Først når denne indsigt er opnået, kan man som afsender tilpasse sin kommunikation, så der skabes mulighed for, at modtager forstår og efterlever budskabet. Standardformidling af viden er således bandlyst i en sense-making optik.

Patientens oplevelse betyder noget

En anden central pointe hos Dervin er, at det er modtagers oplevelse af kommunikationen, som er afgørende. Det kan godt være, at man som diætist har sagt alt det, fagligt set, korrekte. Men hvis det ikke er røget ind på lystavlen hos patienten, så er ens faglige formidling spildt. Konsekvensen er, at man som fagperson må fralægge sig ekspertrollen.
Det skal ikke forstås derhen, at den faglige viden, man besidder, er værdiløs. Men de løsninger, som skal gøre, at den faglige viden får effekt hos patienten, skal findes i et reelt samspil med patienten. Formuleringer som "du skal" eller "du må ikke" er derfor uhensigtsmæssige, fordi man med sådanne formuleringer definerer overfor patienten, hvad den korrekte løsning er. Patienten bliver statist og ikke medspiller.

Hvis man skal følge Dervins anbefalinger, står man som fagperson overfor en dobbelt udfordring. Den vejledning man giver, skal tilpasses den enkelte patient, og samtidig skal man erkende patienten som en ligeværdig medspiller, som man skal finde løsninger sammen med. Vejledningen skal derfor være ægte dialogisk og inddrage ikke blot patientens livsverden, men også patientens løsningsforslag. Man kan formulere det således, at man som fagperson skal være fødselshjælper for patientens egen erkendelse af problemet og patientens egne løsninger herpå.

Flotte idealer eller reel effekt?

Vi er ikke i tvivl om, at diætister føler, at de gør meget for at tilpasse deres kostvejledning til den enkelte patient og finde løsninger sammen med patienten. Det kan vi se ud af vores interview. Men vi er heller ikke i tvivl om, at man som diætist i en travl hverdag let kan forfalde til at bruge formuleringer som "du skal" eller "du må ikke". Vi kan i hvert fald se, at nogle patienter ople-

ver at blive vejledt på den måde. Hvis en diætist føler sig mere hjemme ved at forholde sig til den faglige kostvejledning og måske bliver lidt usikker, når den faglige viden skal ses i en konkret patients kontekst, så bliver det svært for diætisten at få øje på de faktorer, der hindrer patienten i at opnå handlekompetence. Hvis diætisten derimod ser vejledningen som en proces og opfatter patienten som et menneske i tid og rum, vil der være en langt større sandsynlighed for, at vejledningen giver mening for patienten – og dermed medfører, at patienten opnår handlekompetence til at følge vejledningen.

Som tidligere nævnt interviewede vi fire diætister og fire patienter. I tre tilfælde havde den interviewede diætist vejledt en af de interviewede patienter.

Blandt de tre "par" fandt vi én mønsterpatient, som havde forstået kostvejledningen og efterlevede den. Han var blevet vejledt af en diætist, som langt hen ad vejen vejledte i overensstemmelse med Dervins anbefalinger. Vi fandt også to patienter, som ikke havde forstået kostvejledningen og heller ikke efterlevede den. De var begge blevet vejledt af diætister, som havde en tendens til at indtage ekspertrollen og definere, hvad patienten skulle og ikke skulle. Den ene af disse patienter forstod ikke, hvorfor der var så stor forskel på den diæt, han skulle følge, og den diæt, som ellers i dagspressen osv. beskrives som sund – fx i forhold til mængden af frugt og grønt. Han forstod heller ikke, hvorfor hans diæt var lidt anderledes end andre dialysepatienters kost – han havde med andre ord ikke forstået, at den enkelte patients diæt tager afsæt i lige netop hans/hendes sygdomsbillede. Lidt af det samme gjorde sig gældende for den anden patient, der ikke forstod vejledningen; han oplevede desuden at få modsatrettede informationer fra forskellige fagpersoner. Den fjerde patient i vores undersøgelse havde – viste det sig - kun i meget begrænset omfang modtaget vejledning. Han havde i stedet selv opsøgt information om kost bl.a. via Nyreforeningens hjemmeside.

Vi vil ikke påstå, at vi på baggrund af vores empiriske materiale kan slå to streger under facit og sige, at hvis bare diætister vejleder dialysepatienter efter Dervins anbefalinger, så er alt godt. Men vi mener dog, at vores analyse giver en værdifuld indikation af, at vejledningsstil ikke er ligegyldig i forhold til at få den ønskede effekt hos patienterne.

Det er som bekendt lettere at se splinten i sin kollegas øje end bjælken i sit eget. Vi vil derfor anbefale, at man som diætist er sig sin vejledningsstil bevidst, at man forholder sig kritisk til sin egen måde at vejlede på, og overvejer grundigt, om man reelt formår at tilpasse sin vejledning til den enkelte patients unikke behov.

LisMortensen@dsr.dk, jan.hoffmann@transformationteam.dk, loneyding@gmail.com, sknielsen@hotmail.com, troels.busk.hoff@nyreforeningen.dk

For yderligere læsning:

- Analysen "Når nyrerne styrer dit liv" er skrevet som 1. års opgave på Masteruddannelsen i Professionel Kommunikation ved Roskilde Universitet. Hvis man har lyst til at læse hele analysen, kan den findes på webadressen: http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/6471/1/N%C3%A5r%20nyrerne%20styrer%20dit%20liv.pdf

- Har man lyst til at læse mere om Brenda Dervins sense-making model, anbefaler vi: Dervin, Brenda; Foreman-Wernet, Lois (red.) (2003): Sense-Making Methodology Reader: Selected Writings of Brenda Dervin. Broadway, Hampton Press.

Af Helle Nørgaard Jensen1, Ulla Bach1, Henrik Højgaard Rasmussen2, Jan Fallingborg2 og Mette Holst2, 1. stud. cand. scient. Klinisk Ernæring, LIFE, Københavns Universitet; 2. Center for Ernæring og Tarmsygdomme, Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling, Aarhus Universitets Sygehus og Aalborg Universitet

Kostvaner hos patienter med colitis ulcerosa – årsager til ernæringsrelaterede mangler?

Patienter med colitis ulcerosa (CU) kommer ind imellem i klinikken med symptomer på malnutrition. Dette kan skyldes både den tilgrundliggende sygdom og et restriktivt kostindtag. Øget viden om kostindtaget hos patienter med CU kan måske forbedre behandling og vejledning samt mindske malnutrition.

Helle Nørgaard Jensen

Ulla Bach

Mette Holst

25-60 pct. af patienterne med CU er under- eller fejlernærede (1,2), osteoporose ses hos 3-58 pct. (3) og mangel på B12, zink, D-vitamin og jern hos hhv. 5, 10, 35 og 55 pct. (4,5). Tab af næringsstoffer kan skyldes et øget energibehov, tab af blod ved opblussen og fravalg af fødevarer (1,2).
Flere studier har undersøgt kostanbefalinger til patienter med CU, men resultaterne er ikke entydige. Anbefalingerne er for nuværende, at patienterne så vidt muligt skal spise en varieret normal kost (3), dog med et lidt højere indtag af protein end den raske befolkning (4).
Formålet med undersøgelsen var at generere viden om spisevaner, der kan føre til ernæringsdeficit, herunder til- og fravalg af fødeemner og kosttilskud, hos patienter med CU.

Metode

Semistrukturerede kvalitative interviews (6) blev gennemført på Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling, Aalborg Sygehus.

Deltagere

Patienter med CU > ½ år og uanset sygdomsaktivitet, fik ved ambulant kontrolbesøg eller ambulant behandling (Remikade) i februar-marts 2012 tilbud om at deltage i undersøgelsen.

Interviewmetode

Der anvendtes semistrukturerede kvalitative interviews på basis af en interviewguide (6,7) med vægt på at afdække viden om til- og fravalg af bestemte fødevarer og erfaringer med at gøre dette. Desuden blev der spurgt til, hvornår kosten blev ændret og erfaring med kosttilskud og naturlægemidler.
Hvert interview blev båndoptaget og transskriberet. Inklusion fortsatte til datamætning.

Resultater

Demografiske data:
Der blev inkluderet 25 patienter (12 ♂, 13 ♀) med en gennemsnitsalder på 46,7 år (SD 15,6). Sygdomsvarighed mellem 1-35 år, gennemsnitligt 15 år (SD 13,0). Interviewene varede fra 5,37 til 44,31 minutter.

Fravalg af	Andel af deltagere
Mælkeprodukter	60 % hvoraf 33 % indtager calciumtilskud
Brød (hvidt ell. groft)	60 %
Kød	48 %
Krydret mad	30 % (op til en tredjedel)
Alkohol (ofte rødvin)	48 %
Sukker/slik	28 %
Grøntsager	Ingen konsensus

Tabel 1: Andel af deltagere der fravælger forskellige fødevarer/fødevaregrupper.

Tilvalg af	Andel af deltagere
HUSK	33 %
Multivitamin	40 %

Tabel 2: Andel af deltagere der tilvælger kosttilskud.

Diskussion

Metode
På baggrund af metoden kan der ikke generaliseres, men datamætning sikrer et rimeligt indtryk af spisevaner hos den valgte population. Det kvalitative interview har ligeledes vist sig at være godt i dette studie, da der var data, som ikke ville være fremkommet i fx en spørgeskemaundersøgelse.

Demografiske data
Gennemsnitsalderen for deltagerne er relativt høj, hvilket kan have betydning for de perspektiver, der er fremkommet i interviewene. Vi ved ikke, om flere yngre deltagere havde givet andre resultater.

Anden sygdom
Det er vist, at op til 80 pct. af patienter med CU samtidig har IBS (9), hvorfor det kan være svært at skelne, om gener fra mavetarmsystemet i forbindelse med kostindtag skyldes IBS, CU eller andet. At flere deltagere har haft gener, før de fik stillet diagnosen CU, kan være med til at understøtte, at der ikke kun er tale om gener fra CU.

Fravalg
60 pct. af deltagerne drikker ikke eller kun i begrænset omfang mælk, hvilket er væsentlig flere, sammenlignet med danskernes generelle indtag af mælkeprodukter (10). Et lavt calciumindtag kan bl.a. forårsage knogletab (11). Desuden har kun få af de deltagere, der har begrænset eller intet indtag af mælk, taget calciumtilskud. Der bør ligeledes vurderes indtag af surmælksprodukter og ost, hvilket ikke er gjort i tilstrækkeligt i denne undersøgelse. Samtidig bør der være fokus på patienternes D-vitamin-status ift. calciumoptagelsen (11) til vurdering af et evt. calciumtilskuds nødvendighed.

Mange deltagere fravælger rødt og/eller fedt kød og prioriterer i stedet magert kød fra kylling og fisk. Der er i et observationelt studie fundet, at indtag af kød og forarbejdet kød samt alkohol var associeret med større risiko for opblussen, og det blev grundet i indholdet af svovl eller sulfat (12). Fravalg af både mælkeprodukter og kød, eller et for begrænset indtag af begge, kunne potentielt medføre proteinmangel, hvilket man skal være opmærksom på.

Der var ingen konsensus omkring indtag af grøntsager. Dog udnævner nogle deltagere de såkaldte "trævlede grøntsager", såsom kål, porre og løg, til at være årsager til gener. Deltagerne i denne undersøgelse har en høj alder, og deres indtag af grønt er måske lavere end yngres, hvorfor mængden af grønt, som denne gruppe har indtaget, måske ikke har været tilstrækkelig til at påføre dem gener.

Det kan betragtes som positivt, at flere fravælger det hvide brød til fordel for de grovere typer. Men der er også flere, der fravælger grovere brødtyper, herunder rugbrød, hvilket kan føre til et lavere fiberindtag. Kostfiber kan være årsag til øget dannelse af gasarter i tarmen, hvilket kan give gener som luft i maven og mavesmerter (13). Fiberproduktet HUSK anbefales til patienter med diare og obstipation (14), herunder også til patienter med CU i udbrud. I undersøgelsen havde halvdelen af dem, der havde afprøvet HUSK, ikke positive erfaringer med produktet.

Konklusion
Langt de fleste adspurgte patienter fulgte en god og sund diæt. På trods af at flere fravalgte mælk, brød, rødt kød og fed mad, indikerer undersøgelsen, at patientgruppens fravalg af fødevarer ikke fører til afvigelser ift. at indtage en varieret normal kost (3). Nedsat indtag af mælkeprodukter kan føre til calciummangel, hvis dette ikke erstattes, og proteinmangel, hvis også kød udelades. Derudover gav undersøgelsen ikke anledning til viden om anden ernæringsdeficit.
Der bør derfor fra behandleres side være et øget fokus på gruppens fravælg af mælk og mælkeprodukter, hvor et supplement i form af calcium ser ud til at være nødvendigt hos nogle. Man bør under alle omstændigheder teste for lactoseintolerans, før mælk fravælges.

ullabach84@gmail.com; hellenoergaardjensen@gmail.com

Ved gener, forsøg da at undgå **Forslag til hvad patienter kan forsøge at undgå for at mindske gener, ud fra deltagernes udsagn.**	**Forsøg i stedet med**
Krydret, røget, rødt og fedt kød	Mager, hvidt og gennemstegt kød
Fed mad generelt	Lette retter
Hvidt brød	Groft brød eller rugbrød
Rugbrød, specielt med mange kerner	Lysere brødtyper uden kerner
Store portioner	Mindre portioner
	Faste spisetidspunkter

"Vejen til kandidatspecialet"

Vi (Helle og Ulla) fik mulighed for at lave et interviewstudie i forbindelse med vores specialeprojekt som afslutning på kandidatuddannelsen i klinisk ernæring. Når man som diætist skal lave speciale, er det et krav, at der skal laves et forsøg, der inddrager patienter og patientkontakt.

I specialeprojektet undersøger vi i et randomiseret, placebo-kontrolleret og dobbletblindet studie, om der er en klinisk effekt af fibertilskud hos patienter med colitis ulcerosa i behandling med 5-ASA. Der er blevet udarbejdet en forsøgsprotokol og søgt de nødvendige tilladelser, fx Videnskabsetisk Komité og Datatilsynet. Viden til at bygge projektet op og de faglige redskaber indenfor statistik, metode og sygdomslære til at gøre dette, har vi fået på kandidatuddannelsen.

Referencer

1. Sethi AK, Sarna SK. Colonic motor response to a meal in acute colitis. Gastroenterol 1991; 101; 1537-1546.
2. Hoffmann JC. Crohn's disease and ulcerative colitis: in young women often misdiagnosed as anorexia. MMW Fortschr Med 2010; 152; 34.
3. Lomer. Dietary and nutritional considerations for inflammatory bowel disease. Proc Nutr Soc 2011, 70(3), 329-35.
4. Dahlerup JF., Borre M & Rasmussen HH. Mave-tarmkanalens sygdomme og ernæring. I: I. Hessov (red.). Klinisk ernæring (4. udg., s.254-75). København: Munksgaard Danmark, 2003.
5. Lochs H., Dejong C., Hammarqvist F., Hebuterne X., Leon-Sanze M., Schütz T., van Gemert W. et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. Clin Nutr 2006; 25; 260-274.
6. Kvale S. Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview, 1. udg. København: Hans Reitzel, 1997.
7. Holst M, Rasmussen HH, Laursen BS. Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? Scand J Caring Sci 2011; 25; 176-184.
9. Simren M., Axelsson J., Gillberg R. et al. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: The impact of IBS-like symptoms and associated psycologial factors. Am J Gastroenterol 2002; 97; 469-74.
10. DTU Fødevareinstituttet (2012). Danskernes Kostvaner 2003-2008. Rosendahls-Schultz grafisk A/S.
11. Heaney RP. Bone biology in health and disease. In: M.E., Shils, M., Shike, A.C., Ross, B., Caballero & R.J., Cousins (eds.). Modern Nutrition in health and disease (10th ed. s.1314-25). Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
12. Jowett SL., Seal CJ., Pearce MS., Phillips E., Gregory W., Barton, JR. et al. Influence of dietary factors on the clinical course of ulcerative colitis: a prospective cohort study. Gut 2004, 53, 1479-84.
13. Lupton JR. & Trumbo PR. Dietary fiber. In: M.E., Shils M., Shike AC., Ross B., Caballero & RJ., Cousins (eds.). Modern Nutrition in health and disease (10th ed. s.83-91). Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
14. Foreningen af kliniske Diætister (2011). Diætbehandling af voksne patienter med kronisk inflammatorisk tarmsygdom (IBD): Morbus Crohn og Colitis Ulcerosa (UC). Version 2. Lokaliseret d. 1. maj 2012 på http://www.fakd.dk/diaetist/subpage429.aspx.

LÆS OGSÅ

Forum for vidensspredning i sundhedsvæsenet

På Vis.dk kan alle, der arbejder professionelt med eller i sundhedsvæsenet udveksle erfaringer og gode idéer. Målet er at skabe bedre
kvalitet i behandlingerne og mere tilfredse patienter, uden at opfinde den dybe tallerken forfra hver gang!

På hjemmesiden er det muligt at finde relevante fagpersoner, efterlyse viden, dele dine erfaringer med andre samt hente inspiration i faglige netværk.

Tjek Vis.dk

Af Jens Rikardt Andersen, overlæge, Ernæringsenheden, Rigshospitalet og lektor, Institut for Human Ernæring, Københavns Universitet

Kandidatuddannelser indenfor ernæring ved Københavns Universitet

Københavns Universitet har tre kandidatuddannelser i ernæring, der alle giver titlen cand.scient. Uddannelsen i klinisk ernæring er målrettet ernæring af syge, og det er med fokus på underernæring/vægttab. Det er et studie med relativt lidt mad, men meget metabolisme, biokemi, fysiologi og ledelsesuddannelse. Den anden uddannelse, studiet i Human Nutrition (engelsksproget) har fokus på folkesygdomme og forebyggelse, og endelig er studiet i Gastronomy and Health (engelsksproget) rettet mod sensorik, fødevaresikkerhed og fødevarekendskab.

Jens Rikardt Andersen

Alle tre studier består som de fleste andre universitetsuddannelser af en 3-årig bachelordel, efterfulgt af en toårig kandidatdel. En grad som professionsbachelor er adgangsgivende til kandidat- og masteruddannelser. Ligesom for andre bachelorgrader gælder det dog, at specifikke optagelseskrav skal være opfyldt, for at man kan komme ind på et kandidatstudium. Man kan således ikke uden videre få adgang til et naturvidenskabeligt kandidatstudium med en humanistisk bachelorgrad eller omvendt.

På Københavns Universitet findes i dag tre kandidatuddannelser indenfor ernæringsområdet, som kan have interesse for bachelorer med naturvidenskabelig baggrund eller relevante professionsbachelorer:

- Kandidatuddannelse i klinisk ernæring (120 ECTS) (dansksproget)
- Kandidatuddannelse i human nutrition (120 ETCS) (engelsksproget)
- Kandidatuddannelse i gastronomy and health (120 ETCS)(engelsksproget)

Kandidatstudierne er fuldtidsstudier, hvor studieåret er inddelt i blokke à 9 uger. Der vil typisk være teoretisk undervisning eller øvelser to hele og to halve dage om ugen, fx mandag 9-12 + tirsdag 9-17 + torsdag 9-17 + fredag 9-12.

Der er kun studiestart én gang om året (slutningen af august). De studerende ender alle med titlen cand.scient., efterfulgt af den specifikke uddannelse bagefter i parentes. Studieordningerne ændrer sig næsten hvert år, så kun rammerne kan gives.

Studiet i Klinisk Ernæring indeholder:

Første år:

- Blok med de grundlæggende fag: mikro-makronæringsstoffer, vurdering af kost osv. Fælles med Human Nutrition. Undervisning på engelsk
- Blok med kost relateret til forebyggelse og de grundlæggende elementer i sygdom: insulinresistens, fedme, allergi, samt inflammation, celledød. Undervisning på engelsk, som foregår sammen med de studerende i human nutrition
- Blok med sygdomslære og ernæringsterapi, hvor det bliver meget klinisk, og herfra er det ikke fælles med andre studieretninger. Der indgår en del om sygdomme og megen metabolisme/biokemi, samt case-baseret undervisning. Undervisning på dansk
- Blok, der er delt mellem a) kvalitetssikring og ledelse i relation til klinisk ernæring og b) ernæring til syge børn

Andet år:

- En valgfri blok, hvor man selv kan bestemme indenfor relevante fagområder
- Tre blokke til specialeskrivning om selvvalgt emne. Typisk fylder specialet 60-80 sider, og er baseret på et klinisk forsøg på hospital. Man er almindeligvis to studerende om det, og udformer selv sin protokol (med vejledning) og får den godkendt i Videnskabsetisk Komité. Endvidere er der forhandlinger med den kliniske afdeling om gennemførelse af forsøget og tilretning af protokollen

Studiet i Human Nutrition indeholder:
Første år:

- To blokke fælles med klinisk ernæring som nævnt ovenfor
- En blok med gruppeprojekt, hvor det væsentlige er metode
- En blok med sociologiske forhold og folkesundhed

Andet år:

- En blok, hvor halvdelen er børneernæring (raske børn), og den anden halvdel er valgfri
- To eller tre blokke til specialeskrivning om selvvalgt emne analogt med Klinisk Ernæring

Studiet i Gastronomy and Health indeholder:
Første år:

- En blok med hygiejne og grundlæggende ernæringsfag
- En blok med bioaktive komponenter, sansning og appetit samt praktisk gastronomi
- En blok med sensorik og råvarekvalitet
- En blok med sociologi og folkesundhed

Andet år:

- En blok med udvalgte temaer
- Tre blokke med speciale, analogt med de andre kandidatuddannelser

Hvilke krav skal opfyldes for at komme ind på disse studier?

Studiet i Klinisk Ernæring:
Der er 25 studiepladser, og de fordeles til de bedst kvalificerede. De væsentligste krav for professionsbachelorer er:
Professionsbachelor i klinisk diætetik + opfyldelse af 4 kriterier:

- 7,5 ETCS biokemi (inkl. øvelser) (svarer til Biokemi 1 (LKEB10077) på Life)
- 7,5 ETCS fysiologi (svarer til Science kursus i menneskets fysiologi)
- 7,5 ETCS statistik (svarer til statistisk dataanalyse 1 (LMAB10069))
- 7,5 ETCS sygdomslære og/eller farmakologi (svarer til sygdomslære og farmakologi (LLEB10215) på Life.

Disse ETCS behøver ikke at være erhvervet på KU endsige Life, men kan også være taget på University College. Der skal dog foreligge dokumentation for, at kurset er taget, og en beskrivelse, der illustrerer, at omfanget er som angivet.

Der er for tiden så mange ansøgere, at der de seneste år kun er optaget studerende, der opfyldte alle kravene.

Ovenstående diætister udgør sammen med Life´s fødevarebachelorer prioriterede grupper ved optagelsen. Hvis der er flere end 25 ansøgere med de nævnte kvalifikationer, optages de med højeste karakterer i de fire nævnte fag.

Hvis der ikke er 25 kvalificerede fra de to nævnte grupper, er næste prioritet andre naturvidenskabelige universitetsuddannelser med samme suppleringskrav. Tredje prioritet er så anden professionsbacheloruddannelse med de samme suppleringskrav.

Studiet i Human Ernæring:
Svarer til kravene ved Klinisk Ernæring, dog uden kravet til sygdomslære, men professions-bachelorer med andre ernæringsspecialer end klinisk diætetik har også direkte adgang, hvis de opfylder kravene i de tre fag.

Studiet i Gastronomi og Sundhed:
Der er direkte adgang med en natur-/sundhedsvidenskabelig universitetsbachelor med dokumenterede kundskaber inden for biokemi og statistik i omfang svarende til fødevarebacheloren på Københavns Universitet. En professionsbachelor i ernæring og sundhed med speciale indenfor: human ernæring, klinisk ernæring, produktudvikling eller cateringledelse suppleret med kurser indenfor kemi, biokemi og statistik, svarende til hvad der er nævnt under Human Nutrition + 7,5 ETCS i fødevarekemi (svarende til LLEA10273 på Life). Der optages maximalt 30 studerende.

Alle tre uddannelser ændrer sig konstant, så det er altid klogt at holde sig opdateret, hvis interessen melder sig.
Det er muligt at få supplerende oplysninger om kandidatuddannelserne hos Studenterservice, Thorvaldsensvej 40, 1871 Frederiksberg C, Tlf.: 35 33 35 33 eller på hjemmesiden: http://www.life.ku.dk/uddannelse/studerende/studievejledning.aspx.

jra@life.ku.dk

Af Dorte Sunke Larsson, klinisk diætist

Anmeldelse:

Nøglehulsmærket udvides med ernæringsberegner

Nøglehulsmærket udvides med ernæringsberegner
"Nu kommer der Nøglehuller på menukortet". Sådan skriver Fødevarestyrelsen i deres pressemateriale fra april 2012. "Nøglehullet på spisesteder" er nu lanceret i kantiner, restauranter, catering, hoteller, kursussteder, tankstationer mv.

Kravene til spisestederne er bl.a., at de skal kunne tilbyde mindst én Nøglehulsmærket ret på menukortet, og hvis eksempelvis en kantine har buffetservering, skal en bestemt andel af brød, pålæg og salat opfylde nøglehulskriterierne, ligesom kantinerne skal gennemgå et certificeringsprogram.

Fødevarestyrelsen har bl.a. udviklet e-learningsprogrammer og skræddersyede AMU-kurser, der skal sikre, at kokke og køkkenpersonale får de kompetencer, der er nødvendige.

Læs mere om, hvad der gemmer sig bag "Nøglehullet på spisesteder" på www.noeglehulletpaaspisesteder.dk

Som forbruger er det nu også muligt at tilberede mad efter nøglehulsmærkede opskrifter.
På www.noeglehullet.dk kan man læse mere om Nøglehulsbekendtgørelsen og de krav, der stilles til opskrifterne – fx energi-, sukker-, salt- og fedtindhold i en ret. Man kan finde en opskriftssamling, og man kan abonnere på ugens opskrift. Det er også muligt at få en app til mobiltelefonen på www.m.noglehullet.dk med ca. 60 opskrifter. Fidusen er, at man som forbruger ikke behøver at kende til selve næringsindholdet – det er meningen, at man skal kunne stole 100 pct. på mærkningen.

Som professionel i kantine mv. kan det være nyttigt at købe sig adgang til Nøglehulsmærkets ernæringsberegner, hvor man kan lægge sine egne opskrifter ind og afprøve, om de kommer igennem "nøglehullet".

Nøglehulsmærkningen kendes af ca. 90 pct. af danskerne, og 72 pct. forbinder den med et sundere valg (www.noeglehulletpaaspisesteder. dk).
Det er derfor et klogt valg at udvide mærkningen til madopskrifter og spisesteder. I klinikken er det samtidig et stærkt pædagogisk værktøj.

Fødevareministeren bakker op om nøglehulsmærkningen, hvilket er meget godt – især fordi det efter min mening er meget vigtigt konstant at overvåge, at mærkningsreglerne bliver overholdt og opdateret efter de gældende næringsstofanbefalinger.

Af kirsten Færgemann, klinisk diætist

Anmeldelse:

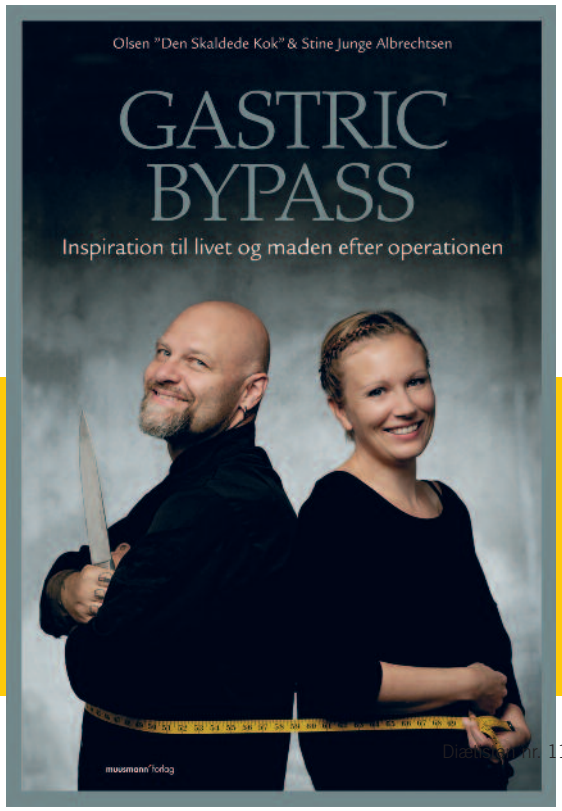
Gastric Bypass – Inspiration til livet og maden efter operationen

Bogen er en selvhjælpsbog til mennesker, der skal eller har fået foretaget en gastric bypass-operation. Men det er også en god bog til alle andre, der "bare" gerne vil tabe sig, og ikke mindst til kliniske diætister, der trænger til idéer og ny inspiration til deres diætvejledning af adipøse.

Bogen tager udgangspunkt i Carsten Olsens ("Den skaldede kok") historie. Historien starter i 2010 med, at Carsten Olsen er nået op på 156 kg, og han får derfor tilbudt en gastric bypass-operation. I forbindelse med sin operation møder han klinisk diætist Stine Junge Albrechtsen, der arbejder med diætvejledning af gastric bypass-opererede. De to bliver enige om, at der mangler supplerende opskrifter og vejledninger til de opererede.
På den baggrund beslutter de sig for at skrive bogen.
Det "match" har resulteret i en inspirerende bog om livet efter en gastric bypass-operation.

Generelt er det en meget flot og indbydende bog. Den er opbygget som en "postoperativ tidslinie" med startdag 1-14 postoperativt. Der er detaljerede kostplaner til dagene med flydende kost, information om kilder til protein i flydende kost og et afsnit med svar på de spørgsmål, der kan opstå i forbindelse med, at man er på flydende kost. Det er lige fra indtag af vitaminer og mineraler til svar på spørgsmål om rygning, alkohol og forstoppelse. Udover dette findes også et afsnit med opskrifter på "flydende retter". Bogens tidslinje og opbygning fortsætter dag 15-21, postoperativt med blød kost, dag 22-28, postoperativt med beskrivelse af "overgangskost" og endelig afsnittet "Tilbage til almindelig mad". Alt er struktureret og gennemarbejdet.

Den detaljerede struktur og grundighed, bogen er opbygget med, vil som beskrevet i starten også kunne bruges som inspiration ved diætvejledning af mennesker, der skal tabe sig. Der er tænkt på "alt", også på at der skal være gode opskrifter i bogen.
Alle opskrifter er næringsberegnede, og det fremgår i detaljer, hvor mange kalorier, protein, fedt og kulhydrat, hver enkelt bestanddel i en opskrift giver, plus selvfølgelig det samlede resultat i en portion. Der er opskrifter, fx til "fest", til "sukkergrisen" og til "sommer, sol og ferietid". Bogen afsluttes med 7 deltaljerede dagskostplaner, der tager udgangspunkt i tiden "tilbage til almindelig mad". Flot opbygget og praktisk bog, hvor der er tænkt på det hele.



Forfattere	Carsten Olsen "Den skaldede kok" & Stine Junge Albrechtsen
Udgiver	Muusmann forlag, 2012
Sider	224 sider
Pris	199,95

Fresubin® YOcrème

Friskt og cremet yoghurtlignende proteintilskud

- **4 friske smagsvarianter**
  - Neutral
  - Hindbær
  - Lemon
  - Abrikos/fersken

- **Komplet med højt indhold af energi og protein**
  - 187,5 kcal/787,5 kJ pr. bæger (125 g)
  - 9,4 g protein pr. bæger (125 g)

- **Højt indhold af calcium**

- **Omega-3/omega-6 ratio 1:3**

FRESENIUS KABI
caring for life

Fresenius Kabi
Islands Brygge 57
2300 København S
Telefon 3318 1600
www.fresenius-kabi.dk

Klinisk Vejledermodul

Professionsbachelorer i dag skal gerne besidde viden på et solidt akademisk niveau samtidigt med, at de skal kunne fungere som kompetente, refleksive og udviklingsorienterede medarbejdere ude i praksis.

Det kan være en stor mundfuld som klinisk vejleder at tage del i denne udviklingsproces. Mange vejledere er eksperter inden for deres profession, men har ikke nødvendigvis den store viden om læringsprocesser, altså hvad det kræver at lære i et praksisfællesskab, og hvordan man er en kompetent vejleder. Klinisk vejledermodulet er et kompetencegivende modul, som har eksisteret siden 2002, og sætter fokus på vejleder kompetencer. Formålet med de studerendes deltagelse på dette modul er at få pædagogiske værktøjer til at håndtere de udfordringer, de møder i deres daglige vejledning af studerende. Sammen med de pædagogiske værktøjer får de studerende ligeledes en øget forståelse for den kompleksitet, der ligger indlejret i det at lære i praksis, men også i forhold til at fungere som vejleder.

Formålet med diplomuddannelserne, der udgør 60 ECTS point, er at kvalificere den enkelte til selvstændigt at varetage specialiserede funktioner og udviklingsorienterede opgaver af høj kompleksitet. Uddannelsen vægter samspillet med den enkelte praksiserfaring, teoriinddragelse og praksisbearbejdning.

Klinisk vejledermodulet på 10 ECTS point kan indgå som et valgmodul i en fuld diplomuddannelse.

PH Metropol udbyder dette modul 3 gange hvert semester, hvoraf vi prioriterer, at nogle af holdene udbydes med særlig fokus på tværfaglig deltagelse.

For yderligere oplysning

Lisbeth Christensen, uddannelseskonsulent,
MVO linc@phmetropol.dk, 72 48 77 15
Tina Johnson, uddannelseskonsulent,
cand.pæd.soc, tijo@phmetropol.dk, 72 48 76 86

Begge ansat ved Institut for Sundhedsfaglig og teknologisk efter- og videreuddannelse

Diarré hos småbørn og vigtigheden af en sund tarmflora

Bifidobakterier har stor betydning

Det er via modermælken, at spædbørn modtager et vigtigt bidrag til opbygningen af immunforsvaret. Omtrent 70% af kroppens immunforsvar findes nemlig i mave-tarm systemet. Spædbørn, der får modermælk, udvikler en tarmflora, som domineres af bifidobakterier, hvilket er en betydelig faktor, som gør, at disse børn oplever mindre besvær med maveinfektioner. I de tilfælde hvor amning ikke er muligt, eller hvor der er behov for at supplere med modermælkserstatning, findes der nu et godt alternativ. NAN Pro indeholder den aktive bakteriekultur *Bifidobacterium Lactis*, som fremmer koloniseringen af bifido-bakterier i tarmen.

50% færre dage med diarré hos småbørn[1]

NAN Pro giver ikke blot en klinisk dokumenteret tilvækst, der modsvarer væksten hos børn, der ammes, men bidrager også til aktivt at styrke barnets tarmflora og immunforsvar. Et prospektivt randomiseret studie, som fulgte spædbørn i 4 måneder, viser at tilskud af *Bifidobacterium Lactis* i modermælkserstatning betyder, at antallet af dage med infektionsudløst diarré halveres.[1] Børn som havde fået tilskud af bifidobakterier, havde desuden væsentligt færre tilfælde af diarré i studieperioden.[1]

Vigtig information: Brystmælk giver den bedste næring til barnet i de første måneder af livet. Derfor bør brystmælk om muligt altid være det første valg.

Her kan du kontakte produktspecialisterne

Lis Vinther
tlf. 2321 2257
lis.vinther@dk.nestle.com

Karin Kjærgaard Christensen
(Er på barsel. Frem til juni 2012 kan Lis Vinther kontaktes.)
Tlf. 2321 2581
karin.christensen@dk.nestle.com

1) Ziegler EE , et al. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2003;37:388.

Nestlé NAN

Af Advokat Henrik Karl Nielsen, NORSKER ADVOKATER

Når vi ansætter hinanden

Henrik Karl Nielsen

I takt med at de offentlige budgetter er pressede, har vi set mange spare- og fyringsrunder. Særligt 2011 var nok det værste spareår, vi har oplevet i foreningens historie.

Der var besparelser og afskedigelser i alle 5 regioner og i flere kommuner, og mange medlemmer røg derfor ud i ledighed. Heldigvis har vi set et meget opmuntrende gåpåmod hos de berørte medlemmer. Flere har kastet sig ud i at starte egen praksis. Og vi har set en meget positiv tendens til, at privatpraktiserende medlemmer har været indstillet på at ansætte andre medlemmer til at vejlede deres patienter. Behovet for diætvejledning og forebyggelse forsvinder jo ikke, fordi de offentlige arbejdsgivere skal spare. Vi har dog stadig den gamle målsætning om, at kliniske diætister, der er autoriserede sundhedspersoner, bliver omfattet af den offentlige sygesikring.

Også mange af de øvrige professionsbachelorer i ernæring og sundhed, der ikke har autorisation som klinisk diætist, er begyndt at drive egen virksomhed - ofte i samarbejde med en eller flere kliniske diætister. Det er også en positiv og spændende udvikling.

Når man har en ansat, skal man dog være opmærksom på, at den ansatte har en række rettigheder, der følger af lovgivningen (funktionærloven, ferieloven m.v.). Lønnen følger ikke de offentlige overenskomster, så den er genstand for fri forhandling. Husk at få talt løn under ansættelsessamtalen! Der er intet i vejen for at aftale løn i form af provision eller timeløn. Funktionærloven indeholder regler om opsigelsesvarsler. Det kan man læse mere om i lovens § 2. Efter ferieloven har den ansatte i det første år ret til at optjene til 5 ugers årlig ferie med løn. Der er ikke ret til fravær under børns første sygedag eller til pension, medmindre det er aftalt i ansættelseskontrakten.

Alt dette er naturligvis en udgift særligt for en lille privat ernæringspraksis. Vi ser derfor også ofte, at medlemmerne indbyrdes aftaler ansættelser på forskellige "konsulentkontrakter". Problemet er bare, at man ikke ved den slags konstruktioner kan omgå funktionærloven og ferieloven. De vil gælde, uanset hvad man aftaler af mere eller mindre opfindsomme konstruktioner. Så skulle det komme til en tvist mellem 2 medlemmer, vil det privatpraktiserende medlem komme til kort og trække det korteste strå grundet lovgivningen. FaKD har derfor uarbejdet en standardansættelseskontrakt, som vi anbefaler medlemmerne at bruge. Den kan rekvireres i sekretariatet og vil blive tilgængelig på foreningens hjemmeside inden længe.

Vi vil igen påpege, at det er vigtigt at sørge for at sætte sig ind i ansættelseskontraktens formulering, og er der tvivl, så sørg for at kontakte FaKD, inden kontrakten underskrives, eller vent med at starte på job, til kontrakten er på plads. På den måde er der en chance for at undgå de potentielle problemer der er, når vi ansætter hinanden.

hkn@norsker.eu

Når du sender din patient trygt hjem...

... fortsætter Mediq Danmark's diætister dit arbejde

MEDIQ DANMARK

Vi løser ernæringsproblemer, samt giver neutrale råd og vejledning til din patient i eget hjem og på plejecentre.

Bestil vores nye katalog for klinisk ernæring.

Tlf. 3637 9142 - Fax 3637 9289
E-mail: ernaering@mediqdanmark.dk

Få mere viden om produkter på vores hjemmeside **mediqdanmark.dk.**

Mediq Danmark A/S, Kornmarksvej 15-19, 2605 Brøndby

... når viden er vigtig

Om Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (dske)

Dske er et af mange videnskabelige selskaber, som findes i lægeverdenen. En del af disse selskaber, herunder dske, er så med tiden blevet tværfaglige, men er fortsat organiseret som lægevidenskabeligt selskab. Det betyder, at selskabet er høringsberettiget i en lang række forslag til love, cirkulærer og vejledninger. Det har selskabet nydt godt af i mange år, og akkrediteringspunkterne vedrørende ernæring var næppe kommet med i Den Danske Kvalitetsmodel uden denne organisering.
Selskabet har lige nu 467 medlemmer, og det er et jævnt stigende antal. Medlemmernes sammensætning var pr. 1/3 2012: 15 pct. læger, 44 pct. diætister, 12 pct.sygeplejersker, 29 pct. andre. Ved tilsvarende opgørelse i 2010 var der ca. 50 pct. diætister, 25 pct. sygeplejersker og 25 pct. læger.
Blandt de 29 pct. (andre) er cand. scient. i klinisk ernæring den største gruppe.

Bestyrelsen består af 6 læger, 2 diætister, 2 sygeplejersker og, fra 2013, også af 2 cand. scient. i klinisk ernæring. Formanden er altid læge, og det er begrundet i tilknytningen til de lægevidenskabelige selskaber. Nyvalgt formand er Jens Kondrup, selskabets stifter og overlæge ved Ernæringsenheden på Rigshospitalet.

Selskabets aktiviteter (udover de politisk orienterede) er at afholde faglige møder og kurser for medlemmerne. Der afholdes ca. 4 møder og 2 heldagskurser årligt, ligeligt fordelt mellem Jylland og København. Desuden er der et årsmøde, ligeledes fordelt hvert andet år mellem Århus og København.

Alle med interesser for klinisk ernæring kan melde sig ind. Jo flere vi er, jo mere indflydelse kan vi få, og jo flere kræfter har vi til at afholde aktiviteter.

Besøg hjemmesiden www.dske.dk og få yderligere information.

Jens Rikardt Andersen, nys afgået formand for dske.

Af advokat Henrik Karl Nielsen, NORSKER & CO ADVOKATER

Journalføring i det private og offentlige

Kliniske diætister beskæftiges i stigende omfang i kommunerne og i private virksomheder, herunder patientforeninger. Det drejer sig om stillinger, der oprettes i kommunernes sundhedscentre og i private virksomheder, der fx tilbyder konsultation mod betaling hos en klinisk diætist. For tiden ser vi mange, der ansætter hinanden i egen klinik.

Henrik Karl Nielsen

De grundlæggende regler om kliniske diætisters virke er de samme, hvad enten man arbejder i en region, i en kommune, som privatpraktiserende eller i en privat virksomhed. Reglerne findes i autorisationsloven (Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed).

Efter autorisationslovens § 21, stk. 1, skal kliniske diætister føre patientjournaler over deres virksomhed. Der er naturligvis kun krav om journalføring, når den kliniske diætist som led i sundhedsmæssig virksomhed foretager undersøgelse og behandling m.v. af patienter. Dette fremgår af autorisationslovens § 22, stk. 1. Autorisationslovens regler gælder dermed for alle kliniske diætister, der udfører sundhedsmæssig virksomhed og undersøger og behandler patienter. Det er uden betydning, om den kliniske diætist virker som ansat i en region, i en kommune, eller i det private. Kliniske diætister, der ikke arbejder med sundhedsmæssig virksomhed og med undersøgelse og behandling af patienter, skal naturligvis ikke føre journal.

Sundhedsstyrelsen har fastsat nærmere regler om kliniske diætisters journalføring i bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, tandplejeres, optikeres og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.). Efter bekendtgørelsens § 2 omfatter pligten til at føre patientjournaler enhver klinisk diætist, der som led i sin virksomhed foretager behandling af patienter. Efter bekendtgørelsens § 3 skal der føres patientjournaler i forbindelse med behandling af patienter på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis, i forbindelse med behandling i private hjem, herunder vagtlægeordninger samt på offentlige og private institutioner.

Kravene om journalføring er – kort sagt – fuldstændig ens, uanset om man er ansat i en region, en kommune, i egen praksis eller i en anden privat virksomhed. Man kan selv vælge, om man vil føre papirjournal eller elektronisk journal. Men vær opmærksom på, at journalen skal gemmes i 10 år, hvis ikke særlige regler gør sig gældende. Så fører man elektronisk journal, er man pligtig til at vedligeholde programmet, man bruger, eller sørge for en anden måde at kunne tilgå data efter flere år.

Selv om man ikke er klinisk diætist, og der ikke er krav om journalføring, vil vi anbefale, at dette alligevel gøres. Derved foreligger der dokumentation for det arbejde, man har udført, og hvad man har talt med sin patient/klient om. Dette kan være med til at undgå misforståelser og være en hjælp både til en selv og patienten/klienten.

hkn@norsker.eu

De regler, der er nævnt i denne artikel, kan findes on-line på www.retsinfo.dk. Der henvises også til sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sundhedsstyrelsen.dk.

Møde- og kongreskalender 2012

8. – 11. september
ESPEN-kongres i Barcelona. Deadline for abstracts er april 2012. Se www.espen.org

27. - 28. september
Landbrug&Fødevarer afholder Videnskabeligt orienteringsmøde for diætister og andre ernæringsformidlere. Program og tilmelding, se www.diaetistforum.dk

9. oktober
DSKE, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
Den 9. oktober kl. 16.00-19.00 afholdes initiativmøde; Tidlig parenteral ernæring: Vil kroppen fodres? Om strategien for parenteral ernæring hos bl.a. intensive patienter og om autofagi som mulig involveret mekanisme. Oplæg ved bl.a. Greet van den Berghe, Universitetshospitalet i Leuven, Belgien, der bl.a. har stået bag et stort interventionsstudium med tidlig versus sen parenteral behandling af i alt 4.600 intensive patienter. Nærmere information følger. Følg med på www.DSKE.dk

29. oktober
Nutrition Care Process og International Dietetics and Nutrition Terminology (NCP & IDNT), fri forelæsning og workshop i Lund i Sverige.
Information om program og tilmelding, kontakt anna.stubbendorff@skane.se

BESTYRELSESUDVALG

Forretningsudvalg: Formand Ginny Rhodes og kasserer Helle Ronneby
Hjemmesideudvalg: Formand Ginny Rhodes, næstformand Mette Pedersen, Marie-Louise Hartvig og Maria Gamborg
PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen
Redaktionsudvalg: Ginny Rhodes
Medlemsudvalg: Margit Oien Nielsen og Dorthe Wiuf Nielsen
Fagligt udvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, Anne Sofie Wendelbo, Mette Pedersen og Marie Louise Hartvig

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association: Sekretær Helle Skandorff Vestergård

Tema i oktober er Mad & Medicin

NYHED
Mere protein. Mindre volumen.

Hjælp Grethe med at genvinde styrken

"Grethe er 79 år og har for nylig gennemgået en hofteoperation, som medførte, at hun mistede appetitten. Hendes fysik og helbred er svækket, og hendes livsglæde er dalet. Hun er ofte syg, og hendes sygdomsperioder bliver længere og sværere. For hver krise taber hun muskelmasse og dermed funktionsevne. Hun bliver rådet til at spise ekstra proteinrig og energiholdig kost, men det bliver ikke til så meget."

Ny Nutridrink Compact Protein indeholder mere protein end nogen anden ernæringsdrink i så lille et volumen. 18 g protein og 300 kcal i 125 ml.

40% mindre volumen giver en bedre compliance. En Nutridrink Compact Protein to gange om dagen, giver patienten den nødvendige ernæring og gør det nemmere at genvinde kræfterne.

Fødevarer til særlige medicinske formål bør anvendes under lægeligt tilsyn.

Nutricia A/S | Rørmosevej 2a | 3450 Allerød | Denmark | Telefon: +45 70210707 | Fax: +45 70210708
E-mail: nutricia@nutricia.dk | www.nutricia.dk

NUTRICIA
Nutridrink
Compact Protein