

DIÆTISTEN

Ældre patienter skal følges
ordentlig hjem fra sygehuset!
Når unge udvikler et sygeligt
forhold til mad

SEKRETARIAT

Foreningen af Kliniske Diætister
Emdrupvej 28A
2100 København Ø.
Tlf.: 33 32 00 39

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

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

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Jonna Winther
E-mail: jonnawinther@roendesnet.dk

ANSVARSHAVENDE

Cecilia H. S. Arendal
E-mail: ca@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 81 1. maj 2006
(udkommer juni 2006)

Indlæg og annoncer sendes til sekretariatet, att: Diætisten

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf.: 75 50 10 01

BESTYRELSEN

FORMAND

Cecilia H. S. Arendal
Odensevej 136
5800 Nyborg
Telefon og telefonsvarer 5132 5378
E-mail: ca@diaetist.dk

NÆSTFORMAND

Pia Houmøller
Øster Søgade 106 1.tv
2100 København
Tlf.: 50 90 35 45
E-mail: ph@diaetist.dk

KASSERER

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

ØVRIGE MEDLEMMER

Heidi Dreist
Hybenvej 18
4700 Næstved
Tlf.: 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

Ginny Rhodes
Viggo Rothes Vej 23
2920 Charlottenlund
Mobil 20 78 61 10
Mail: gh@diaetist.dk

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

Pia Asferg Nielsen
(Barselorlov pr. 1. feb 2006)
Jacob Gades Vej 14 Strib
5500 Middelfart
Tlf.: 64 40 01 32
E-mail: pn@diaetist.dk

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

Der er grokraft i at være klinisk diætist

Det er 30 år siden, vi som kliniske diætister så dagens lys med oprettelse af en faglig forening FaKD, og en uddannelse.

Det er 10 år siden, vi som kliniske diætister fik Sundhedsstyrelsens blåstempling til at foretage ernæringsbehandling.

I år har medlem nummer 500 meldt sig ind i FaKD, og de mange studerende ser også ud til at ville engagere sig fagpolitisk, hvilket er en væsentlig styrke og forandring fra tidligere. Dette vil fremover kendetegne bestyrelsesarbejdet og strukturen i bestyrelsesarbejdet. Det vil blive meget mere projektorienteret. Da det er nemmere at fastholde engagerede medlemmer til en gruppe i et afgrænset tidsforløb og med en klar opgave. Med et budget, et overordnet kommissorium og med et bestyrelsesmedlem som projektgruppens link til bestyrelsen.

Med den stigning i antallet af medlemmer er der også større antal af henvendelser af alle typer både i sekretariatet og til bestyrelsesmedlemmerne. Det er rigtig dejligt at vide, at mange gør brug af sekretariatets arbejdsmarkedsjurister til ansættelsesmæssige forhold. Jo oftere der er henvendelser, jo bedre kendskab til vores situation. Og hellere henvende sig inden man underskriver en ansættelse bare for at få en bekræftelse af, at alle forhold er medtænkt.

Med den nærmest eksplosive tilgang til faget skal der bestemt også nytænkes i, at kliniske diætister kan varetage offentlige stillinger i andet regi end hospitalsregi eller rettere, at det gøres til en tværsektoriel opgave. I takt med at indlæggelser foregår langt fra hjemmet og uden kontakt til nærmiljøet, bliver opgaven ikke mindre fremover.

Artiklerne i *Diætisten* denne gang rummer alle vores faglige kerneydelser med en god portion overvægt af undervægt og småtspisende.

Som det er nu, spiller kliniske diætister ofte en meget lille rolle i disse patientforløb, når det gælder ældre, men heldigvis ikke når det gælder unge.

Og umiddelbart peger alt i retningen af, at det er vores faggruppe, der er bedst til at løse opgaven. Her har vi et stort stykke fagpolitisk arbejds løfte, for at sætte kliniske diætister på opgaven, og f. eks artiklen "Ældre skal følges ordentlig hjem fra sygehuset!" viser, at der er god evidens for at følge denne patientgruppe ordentlig hjem. Kommunerne er på vej som nye arbejdsgivere. Og vi skal være fremme i skoene for, at det er kliniske diætister, de vil bruge. Som det er nu, har flere kommuner brugt deres økonomi til at løfte ernæringsmæssige opgaver ad hoc med stor fleksibilitet i forskellige projekter, fordi de har andre arbejdsopgaver i den øvrige tid.

Vi kan vælge at se det som et positivt incitament, at vejen er banet, og at opgaven skal løftes. Og at vores funktion kan og skal gå fra at have været en konsulentfunktion til en kerneydelse. Det er der nemlig grokraft i. Vi bliver om muligt endnu mere synlige.



Med ønsket om et frodigt forår til alle
Cecilia Arendal

Indhold

ARTIKLER

■ Ældre patienter skal følges ordentlig hjem fra sygehuset!	5
■ Når unge udvikler et sygeligt forhold til mad	9
■ Fysisk aktivitetsniveau og energibehov på psykiatriske afdelinger	13
■ Rodfrugter i baljer, stavgang og gulerodsstave	19
■ Hvordan afsluttes professionsbachelor i klinisk ernæring fra Ankerhus Seminarium?	22
■ Antikoagulationsbehandling og K-vitaminholdige fødevarer	25

INDEFRA

■ Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian?	27
■ Forebyggelse af livsstilssygdomme	28

NYE UDGIVELSER

■ Vejen til varigt vægttab	30
■ Glutenfri – til hverdag og fest	31
■ Cøliaki og mad uden gluten	31
■ Doktor Slank	32
■ Bøger modtaget på redaktionen	32

OS IMELLEM

■ Lønstatistikken tilgængelig på hjemmesiden	33
■ Aftale om kompetenceudvikling	33
■ Fordelagtig rejseforsikring til kliniske diætister	34
■ Opfordring	34

KURSUSKALENDEREN	35
-------------------------	-----------



Side 5



Side 9



Side 19



Side 27

Fortimel® – til optimal ernæringsterapi



Nu i brugervenlig flaske

Nutricia har designet en flaske i stedet for vores tetrabrik – baseret på undersøgelser af ønsker og behov fra patienter og sundhedspersonale

- **Bedre i brug**
- **Bedre udseende**
- **Bedre smagsoplevelse**

Kontakt din lokale konsulent hos Nutricia på telefon 70 21 07 07, hvis du er interesseret i at få vareprøver.

Fortimel® – mange velsmagende varianter



Jordbær

Kakao

Mokka

Vanille

Skovbær

Abrikos

NUTRICIA

Nutricia A/S · Rørmosevej 2 A · 3450 Allerød · Telefon 70 21 07 07
Ordretelefon 70 21 07 09 · Ordrefax 48 10 09 00 · Ordre e-mail ordre@nutricia.dk

Fortimel®

Til optimal ernæringsterapi

Ældre patienter skal følges ordentligt hjem fra sygehuset!

Viden om, hvordan rekonvalescenstiden forløber hos ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus, er beskednen, eftersom der kun findes et fåtal af undersøgelser, der beskæftiger sig med emnet. De undersøgelser, der foreligger, viser imidlertid, at rekonvalescenstiden ofte er meget lang, det vil sige måneder til halve år, og at mange ældre aldrig når at genvinde tabt vægt, selvom de er blevet helbredt for deres sygdom. Vægttabet, der først og fremmest skyldes tab af muskler, har store konsekvenser for ældres funktionsevne.



Anne Marie Beck



Karen Lindorff-Larsen



Henrik Højgaard Rasmussen

Hos ældre er muskelstyrke stærkt korreleret til resultatet af funktionstests som evnen til at rejse sig fra en stol, gå på trappe og gå hurtigt (på løbebånd). Ligesom ældre har svært ved at genvinde deres vægt efter sygdom, synes de også at have svært ved at genvinde muskelstyrken i en rekonvalescensperiode. Det understreger betydningen af hhv. en forebyggende ernæringsbehandling under indlæggelsen og en aktiv ernæringsbehandling efter udskrivelsen (1).

I Europarådets resolution og Sundhedsstyrelsens "Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan?" er betydningen af at følge patienten helt hjem pointeret (2,3). Ligeledes

bevirker den alderskorrigerede total-score i den anbefalede screeningsmetode i Sundhedsstyrelsens vejledning (4) at de ældre patienter – i hvert fald i teorien – tilgodeses når det gælder en forebyggende ernæringsbehandling under indlæggelsen.

Men hvordan fungerer det i praksis, og hvilken rolle spiller kliniske diætister i den forbindelse?

Det vil denne artikel forsøge at afdække ved hjælp af resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt sygehusansatte læger, sygeplejersker og kliniske diætister i 2004.

Materialer og metoder

Fra april til juni 2004 blev der sendt et spørgeskema til 2000 læger, 2000 sygeplejersker og samtlige kliniske diætister (n=196) der arbejdede på danske sygehuse. Undersøgelsen var en del af en større skandinavisk undersøgelse. De, der ikke returnerede spørgeskemaet, modtog en rykker efter to uger.

Spørgeskemaet omfattede en række af de barrierer mod implementering af ernæringscreening og terapi, som Europarådet havde identificeret i relation til brugen af klinisk ernæring – dvs. viden og holdninger, ansvarsfordeling og samarbejde (tværfagligt og med primærsektoren) (5).

For alle spørgsmål og påstande var der givet forslag til forskellige svarmuligheder.

Spørgeskemaundersøgelsen tog udgangspunkt i en tidligere undersøgelse gennemført i 1997 (6). Den første undersøgelse omfattede dog ikke kliniske diætister, og der var heller ikke spørgsmål vedrørende samarbejdet med primærsektoren.

Læger, sygeplejersker og kliniske diætisters svar på spørgsmålene er sammenlignet ved hjælp af Chi²-test med Yates korrektion og Chi²-test for trend. En p-værdi <0,05 anses som signifikant.

Resultater

I alt 560 (28%) af lægerne, 960 (48%) af sygeplejerskerne og 110 (56%) af de kliniske diætister returnerede spørgeskemaet. For alle tre faggrupper gjaldt at godt halvdelen var >40 år og at knap halvdelen arbejdede på et universitetssygehus.

Resultaterne med hensyn til henholdsvis ernæringsbehandlingen under indlæggelsen, ansvarsfordelingen ved udskrivelsen og samarbejdet med primærsektoren fremgår af tabel 1-3.

Diskussion

Resultaterne viser at en stor andel af læger, sygeplejersker og kliniske diætister vil være tilbageholdende med enteral

eller parenteral ernæring til ældre patienter (tabel 1).

Resultaterne viser desuden, at lægerne tilsyneladende ikke er enige om, hvem der har ansvaret for at informere primærsek-



toren om patienternes ernæringsstatus ved udskrivelsen. Spørgeskemaet giver dog to svarmuligheder, og det kan derfor tænkes, at lægerne mener, at såvel sygeplejen som lægerne begge har ansvaret, - dvs. for forskellige opgaver (tabel 2).

Herudover viser resultaterne, at der er mange problemer med hensyn til videregivning af ernæringsopgaven til primær-

sektoren, idet de sygehusansatte læger, sygeplejersker og især diætister mener, at primærsektoren mangler viden til at påtage sig denne opgave (tabel 3).

Positivt er det dog, at både læger og diætister mener, at opgaven har høj prioritet i primærsektoren.

Svarprocenten i undersøgelsen var relativt lav. Hos læger og sygeplejersker svarede den nogenlunde til svarprocenten i 1997 (6). De kliniske diætister lå noget højere – hvilket formodentligt afspejler deres større interesse i emnet.

Andelen af læger og sygeplejersker, der ville være tilbageholdende med henholdsvis enteral og parenteral ernæring til ældre patienter i den tidligere gennemførte spørgeskemaundersøgelse (6), var omtrent den samme som nu. Generelt er der tilbageholdenhed hos en meget stor andel af de adspurgte – og det gælder også for de kliniske diætister. Selvom der har været gennemført en række initiativer siden den første undersøgelse – herunder bl.a. Sundhedsstyrelsens indsats ”Bedre mad til syge”, så er der således tilsyneladende fortsat problemer, når det gælder ældre patienter i ernæringsmæssig risiko.

Tabel 1.

I hvor høj grad vil du være tilbageholdende med sondeernæring (EN)/parenteral ernæring (PEN) til en pt. som ikke får sufficient ernæring under indlæggelsen, såfremt pt. er:

	Vil være tilbageholdende med EN			Vil være tilbageholdende med PEN		
	Læge	Sygeplejerske	Diætist	Læge	Sygeplejerske	Diætist
> 80 år (%)	28	30	39	45	40	53
Dement (%)	52*** ¹⁾	38	42	64*** ¹⁾	46	47

1) Chi²-test for trend af lægesvar vs. sygeplejesvar vs. diætistsvar *** p<0,001

Tabel 2.

Hvem har ansvaret for, at informationen om patienternes ernæringsstatus gives videre til primærsektoren?

	Lægesvar	Sygeplejesvar	Diætistsvar
Lægerne har ansvaret (%)	52	11	38
Sygeplejerskerne har ansvaret (%)	55 *** ¹⁾	94 *** ²⁾	82
Diætister har ansvaret (%)	2	3	19 *** ¹⁾

1) Chi²-test for trend af lægesvar vs. sygeplejesvar vs. diætistsvar *** p<0,001

2) Chi²-test af sygeplejesvar vs. diætistsvar *** p<0,001

Tabel 3.
Samarbejdet med primærsektoren. Andel (i %) der er helt uenig/uenig med den anførte påstand.

	Lægesvar	Sygeplejesvar	Diætistsvar
Det fremgår altid af epikrisen, hvilken ernæringsbehandling der er iværksat (%)	61 * ¹⁾	67	67
Det fremgår altid af epikrisen, hvor lang tid ernæringsbehandlingen skal pågå (%)	66 ** ¹⁾	75	75
Det fremgår altid klart, hvem der har ansvaret for at følge op på patientens ernæringsmæssige problemer efter udskrivelsen (%)	60 ** ¹⁾	69	74
Hjemmesygeplejersken er godt rustet til at tage imod underernærede patienter (%)	65	52 *** ²⁾	87 *** ¹⁾
De praktiserende læger har en god viden om håndtering af patienter med underernæring (%)	69	75 * ²⁾	95 *** ¹⁾
Vi afholder os nogle gange for at opstarte ernæringsbehandling ved udskrivelsen, idet der ikke er kompetencer i primærsektoren til at varetage behandlingen (%)	67	68	56
Ernæring er et lavt prioriteret område i primærsektoren (%)	27	43 *** ¹⁾	26

1) Chi²-test for trend af lægesvar vs. sygeplejesvar vs. diætistsvar * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

2) Chi²-test af sygeplejesvar vs. lægesvar * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

Det er problematisk bl.a. fordi en nylig MTV-analyse har konkluderet, at netop den ældre patient er i stor risiko for at blive yderligere underernæret under indlæggelsen, at indlæggelsestiden i gennemsnit kan reduceres med 3,4 dage ved en bedre ernæringspleje, og at der dermed kan spares 144 millioner kroner om året (7).

Det kunne dog have været relevant at lave nogle nærmere analyser af, om der var forskel på svarerne indenfor de forskellige specialer (som det var tilfældet i 1997 undersøgelsen (6)) – og specifikt kunne det have været relevant at kigge nærmere på de geriatriske afdelinger.

Manglende ansvarsfordeling og manglende samarbejde er to af de fem barrierer som Europarådet konkluderede havde betydning for om patienterne fik tilstrækkelig ernæring før, under og efter sygehusopholdet (5).

Spørgeskemaundersøgelsen giver desværre ikke mulighed for en nærmere afdækning af de barrierer, der tilsyneladende eksisterer, når det gælder samarbejdet med primærsektoren (tabel 3) – er forklaringen fx problemer med manglen-

de tilbud om "Kost til småtspisende" og mellemmåltider, eller er det fx prisen på maden og ernæringstilskud? Generelt mangler der viden på disse områder. Derfor var det også noget af det, som Sundhedsstyrelsen ønskede at få



nærmere undersøgt, i forbindelse med "Bedre mad til syge puljen". Der blev således givet støtte til fire projekter, der beskæftigede sig med at få fulgt patienten ordentlig hjem.

Et af disse "Organisering af patientforløb for patienter i ernæringsmæssig risiko mellem sygehusafdelinger på Aalborg Sygehus samt alment praktiserende læger

og hjemmeplejen i Aalborg Kommune – et tværsektorielt udviklingsprojekt" har tidligere været omtalt i Diætisten (8). Som et led i projektet fik både læger og sygeplejersker ansvaret for at informere primærsektoren om patienternes ernæringsstatus ved udskrivelsen. Et af projektets delmål var nemlig, at ansvaret for at ernæringsbehandlingen fortsatte efter udskrivelsen skulle være klart placeret og defineret mellem sygehus og primærsektor. Desværre blev netop dette delmål ikke indfriet, men både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne følte sig efter projektperioden langt bedre rustet til at påtage sig opgaven, og der var skabt rammer for kommunikation mellem sygehuset og primærsektoren ved udskrivelse af patienter i ernæringsmæssig risiko. Der blev i konklusionen peget på et behov for diætistassistance også uden for sygehuset, og en konsekvens af projektet er, at der nu er ansat en klinisk diætist i primærsektoren til bl.a. at varetage opfølgningen af de hjemsendte patienter.

Generelt spiller de kliniske diætister tilsyneladende en lille rolle i forbindelse med udskrivelsen af patienter i ernæringsbehandling. Det synes både læger og syge-

plejersker OG kliniske diætister (tabel 2). Spørgsmålet er, om det er fordi kliniske diætister relativt sjældent er involveret i disse patienter? (9,10).

Der er god evidens for betydningen af henholdsvis en forebyggende ernæringsbehandling under indlæggelsen og en aktiv ernæringsbehandling efter udskrivelsen. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at der er behov for styrkelse af begge dele, og at kliniske diætister bør spille en langt større rolle, end de gør i dag. Projektet i Aalborg viser, at det kan lade sig gøre at følge de ældre patienter ordentlig hjem.

Taksigelser

Undersøgelsen har fået økonomisk støtte af Fresenius Kabi, UNI-C har stået for dataindtastning og Health Care Consulting har bistået med koordinering af undersøgelsen ■

ambe@dfvf.dk

Referencer

1. Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002. Kan læses på www.ernaeringsraadet.dk.
2. Council of Europe – Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. 12-11-2003.
3. Bedre mad til syge. Hvorfor? Hvordan? Sundhedsstyrelsen 2003 (2003a). Kan læses på www.sst.dk.
4. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Sundhedsstyrelsen 2003 (2003b). Kan læses på www.sst.dk.
5. Council of Europe. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition. Council of Europe Publishing, Strasbourg 2002.
6. Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, et al. Clinical nutrition in Danish hospitals: A questionnaire-based investigation among doctors and nurses. Clin Nutr 1999;18:153-8.
7. Lassen KØ, Olsen J, Grinderslev E, et al. Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2005;5(4). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005.
8. Andersen I. Organisering af patientforløb. Diætisten 2005;73:15-17.
9. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr 2004;23:1009-15.
10. Beck AM, Rothenberg E, Thoresen L. Viden om og holdninger til klinisk ernæring blandt kliniske diætister i Danmark, Norge og Sverige. DietistAktuelt 2005;4:18-21.

* Skandinavisk Nutritions Gruppe (SNG)

- Professor Ingvar Bosaeus, Sektionen for klinisk nutrition, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Specialistläkare Christina Stene, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
- Överläkare Ulla Johansson, Medicinska kliniken, Sjukhuset i Hudiksvall
- Professor Jörgen Larsson, Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
- Dietist Elisabet Rothenberg, Sektionen för klinisk nutrition, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Leg sjuksköterska, docent Mitra Unosson, Hälsouniversitetet, Linköping
- Overlege dr. med Øivind Irtun, Afdeling for Gastroenterologisk Kirurgi, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Seksjonsoverlege dr. med Morten Mowé, Avdeling for rehabilitering og geriatri, Medisinsk klinikk, Aker Universitets-sykehus HF
- Overlege dr. philos Anne Berit Guttormsen, Kirurgisk service-klinikk, Haukeland Universitetssykehus HF
- Klinisk ernæringsfysiolog cand. scient Lene Thoresen, Enhet for klinisk ernæringsfysiologi, Avd. for kreft og hudsyk-dommer, St. Olavs Hospital HF
- Intensiv sykepleier cand. san Hilde Wøien, Anestesiavdelingens Intensivseksjonen, Rikshospitalet HF
- Professor, overlæge, dr. med Jens Kondrup, Ernæringsenheden, H:S Rigshospitalet og Institut for Human Ernæring, Kgl. Veterinær & Landbohøjskole
- Overlæge, Ph.D Henrik Højgaard Rasmussen, Medicinsk gastroenterologisk afdeling, Aalborg Sygehus
- Overlæge, dr. med Michael Staun, Medicinsk gastroenterologisk afdeling, H:S Rigshospitalet
- Overlæge, dr. med Karin Ladefoged, Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk
- Overlæge Karen Lindorff-Larsen, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling, Aalborg Sygehus
- Sygeplejerske Anne Wengler, Medicinsk gastroenterologisk afdeling, H:S Rigshospitalet
- Klinisk diætist, seniorforsker Anne Marie Beck, Danmarks Fødevareforskning
- Udviklingssygeplejerske Hanne Kristensen, Medicinsk Center, Aalborg Sygehus, Århus Universitets Hospital

Når unge udvikler et sygeligt forhold til mad

Kliniske diætister vil formentlig indimellem møde unge mennesker, som har et temmeligt anstrengt forhold til mad. Dette kan være et tegn på mistrivsel, som for nogle kan udvikle sig til spiseforstyrrelser.



Agnete Lyngbye Kramme

I et forsøg på at 'gribe' de unge, som viser tegn på eller er behandlede for en spiseforstyrrelse iværksætter Center for Selvmordsforskning i de kommende år interventions- og rehabiliteringsprogrammet *Travellers*. Kliniske diætister har mulighed for at henvise relevante unge direkte til projektet.

Unge med spiseforstyrrelser

I det moderne samfund er overvægt blevet et tegn på passivitet, manglende selvkontrol og uhensigtsmæssige valg, mens den slanke, langlemmede krop, som kun de færreste besidder, er lig med selvkontrol, ansvarsbevidsthed og succes. Den slanke, veltrænede krop er blevet et statussymbol, og den øgede kropsbevidsthed har stor betydning for mange menneskers opfattelse af sig selv. For mange er det at være slank blevet et eftertragtet mål og et tidstypisk udtryk for den moderne personlighed og krop. Samtidig stilles der øgede krav til det enkelte individ om



Susanne Mouazzene

disciplin og kontrol over sig selv og tilværelsen. Hos mange ligger der desuden et betydeligt forventningspres om succes i livet. For nogle bliver mad problematisk og 'syndigt'. Mad kobles i højere grad sammen med risiko for udvikling af fedme og hjertekarsygdomme end med nydelse og livsglæde.

Meget tyder på, at unge, der føler, at de ikke i tilstrækkelig grad kan leve op til forventningerne, forsøger at kompensere for en indre usikkerhed og utilfredshed med sig selv ved at kontrollere kroppen. Unge på samme alder varierer imidlertid betydeligt i vægt – specielt i puberteten, hvor der er stor forskel på højde og drøjde. En 11-årig pige vejer i gennemsnit 38 kg og måler 147 cm, og en 14-årig vejer i gennemsnit 53 kg og måler 164 cm (1). På få år øges vægten altså med

over 30% og højden med ca. 14%. Børns BMI stiger fra 15-16 i 6-års alderen til 20-21 i 15-års alderen. Den forholdsmæssige stigning er mere i vægt for piger end for drenge.

Energirestriktioner, kaotisk spisning, stærkt overdreven motion eller andre forsøg på unødvendig reduktion af vægten kan få alvorlige følger for kroppens produktion af kønshormon og dermed for pubertetsudviklingen. Desværre er mange unge uvidende om de naturlige forandringer i puberteten, hvor det er helt normalt, at kroppens fedtindhold øges synligt. Det ændrede udseende tolkes derfor som et begyndende tegn på fedme, der fejlagtigt søges bekæmpet (1).



En befolkningsundersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen peger på, at 25,7% af de unge kvinder under 20 år, har en adfærd med risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse og blandt disse kvinder ses dårligt helbred og mistrivsel (2). Hvor mange der reelt udvikler sygdommen er svært at sige, da en del af selv de sværest syge aldrig opsøger behandlingssystemet. Imidlertid er det fastslået at anoreksi er den tredje største dødsårsag for teenagere i Europa efter kræft og ulykker. Mellem 5-10% af de som udvikler spiseforstyrrelser er unge mænd, de resterende er overvejende kvinder i alderen 16-24 år (3). Overdødeligheden for disse unge er ca. 7 gange højere end deres jævnaldrende. Heraf skyldes ca. halvdelen selvmord, den resterende mortalitet beror på underernæringsrelaterede medicinske komplikationer (4).

Man kan sige, at der er tale om en spiseforstyrrelse, når tanker og handlemåder i forhold til mad og vægt begynder at indskrænke livsudfoldelsen og livskvaliteten. Da der er en glidende overgang mellem mistrivsel, risikoadfærd og spiseforstyrrelser er det væsentligt at gribe ind, allerede når man ser tegnene på spiseforstyrrelser. Jo tidligere der sættes ind, jo bedre er mulighederne for helt at forebygge, at sygdommen udvikler sig.

En spiseforstyrrelse er altid en alvorlig lidelse, og den forsvinder sjældent af sig selv, men bliver ofte en langvarig tilstand, som er vanskelig at behandle. En del tilfælde bliver kroniske og dødeligheden er høj. Behandlingen er tids- og ressourcerelevende, og forebyggelse allerede ved risikoadfærd synes derfor hensigtsmæssig.

Ofte vil den praktiserende læge kunne identificere en begyndende spiseforstyrrelse, ved at være opmærksom på nedenstående signaler, med respekt for det brede spektrum mellem sygdom og normalitet.

Typisk vil kostindtaget hos anoreksipatienter være 4.200 kJ (1.000 kcal.) pr. dag, svarende til 35-50% af behovet for en normalvægtig ung kvinde. Dette svarer til, at det gennemsnitlige daglige indtag af næringsstoffer for anoreksipatienter ligger på 40 gram protein, 35 gram fedt og 135 gram kulhydrat. Dette dækker langt fra behovet hos en rask ung kvinde.



Tegn på spiseforstyrrelser

Almindeligvis taler man om tre forskellige spiseforstyrrelser:

- Anoreksi
- Bulimi
- Overspisning

Anoreksi er betegnelsen for en lidelse karakteriseret ved meget lidt fødeindtagelse, hvilket resulterer i undervægt (BMI < 18,5), overdreven optagethed af at være slank (trods undervægt) og manglende erkendelse af kroppens fremtoning. Målet nås ved hjælp af slankekur, overdreven motion og misbrug af afføringsmidler og vanddrivende medicin. Ofte vil tilstanden være synlig – på grund af vægttabet. Anoreksi betyder egentlig mangel på madlyst, hvilket er en fejlagtig betegnelse, da disse patienter ofte er alt andet end appetitløse. I virkeligheden fører de en stadig kamp for ikke at give efter for deres trang til mad.

Bulimi er langt hyppigere end anoreksi, men debuterer yderst sjældent før 14 års alderen (5). Ofte ses bulimi i forbindelse med anoreksi og har mange af de samme symptomer, men hvor anorektikeren har fuld kontrol over sin (manglende) spisning, oplever bulimikere perioder med ukontrolleret spisning af store mængder mad evt. efterfulgt af vægtregulering via opkastninger. Vægtreguleringen kan endvidere foregå ved hjælp af misbrug af afføringsmidler, vanddrivende medicin eller overdreven motion. Bulimi vil som regel ikke være så synlig som anoreksi – hvis vi taler om kropsvægt.

Overspisning eller tvangsspisning henviser til en ukontrollerbar indtagelse af meget store mængder mad, som langt overstiger mæthedsgrænsen, hvilket oftest medfører en BMI > 30 (5). Det anslås at ca. 10% af alle overvægtige lider af overspisning. Lidelsen er synlig på grund af overvægten, men det er vægten, der er synlig og

ikke spiseforstyrrelsen.

Signaler

Da al erfaring med spiseforstyrrelser viser, at tidlig intervention ikke alene kan forkorte men også lette forløbet, vil det være gavnligt om kliniske diætister og andre med kontakt til den unge er opmærksom på følgende signaler, som naturligvis ikke i sig selv er ensbetydende med en spiseforstyrrelse (3):

- Personen foretrækker at spise alene
- Ekstrem fokus på mad, vægt og udseende
- Urealistisk selvpfattelse
- Umådeholden og ikke lystbetonet sportsdyrkelse
- Tilbagetrukket liv
- Lavt selvværd
- Dårlig koncentration, humørsvingninger, rastløshed og søvnbesvær
- Mavepine, forstoppelse, hovedpine og svimmelhed i længere perioder
- Traumer, svigt, problemer og stress

Vigtigheden af hensigtsmæssige copingstrategier

Det kan være en så alvorlig belastning at have en spiseforstyrrelse, at den kombineret med en række prædisponerende faktorer, livsomstændigheder, livshændelser og individuelle karakteristika og adfærd fører til selvskade, selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord. Omvendt kan en række faktorer og positive omstændigheder reducere risikoen for selvmord væsentligt (6,7). En af disse beskyttende faktorer er hensigtsmæssige copingstrategier.

Mennesker med spiseforstyrrelser besidder imidlertid ofte dårligere copingstrategier end andre mennesker og har tillige tit en mere umoden forsvarsstil og en højere grad af stressoplevelse (fx 8). Det vil derfor være hensigtsmæssigt at udvikle og styrke copingstrategierne og forsvarsstilen, så man kan nedbringe stress-



Det stiller store krav til kliniske diætisters kommunikationsevner ikke at optage kostanamnesen som et forhør men derimod som en åben dialog. Det er vigtigt, at den unge ikke får oplevelsen af, at diætisten er fordømmende eller bliver pinligt berørt over at høre om opkastninger, ædeflip eller bizarre spisemønstre.

oplevelsen hos dem, der endnu blot viser tegn på en spirende spiseforstyrrelse.

Præcis dette er en central idé i det forskningsbaserede interventionsprojekt *Travellers*, som Center for Selvmordsforskning gennemfører i de kommende år. Projektet er udviklet i New Zealand, hvor man i de seneste år har kunnet fremvise særdeles positive resultater, fx i forhold til at nedbringe de unges sårbarhed (9).

Travellers – en vej væk fra spiseforstyrrelser

Travellers er et New Zealandsk forskningsbaseret projekt, som nu udbydes gratis til alle landets unge mellem 13-25 år, som enten viser tegn på eller er behandlede for spisefor-

styrrelser. Indledningsvis udbydes *Travellers* som et pilotprojekt på Fyn, men inden 2008 vil projektet være udbredt til hele landet.



Unge med tegn på spiseforstyrrelser er udvalgt til projektet, fordi netop disse unge er særligt sårbare, da de befinder sig i en gråzone mellem at have det dårligt men endnu ikke er mulige at diagnosticere. Unge der henvender sig, vil blive interviewet med henblik på optagelse, således at alle i projektet er indenfor målgruppen. Ideen bag projektet er at få de unge til at forestille sig, at de er rejsende i deres eget liv, hvor de uundgåeligt vil møde forhindringer og forandringer. Via forskellige aktiviteter i *Travellers* støttes de unge i at finde, tilegne sig og udvikle nye konstruktive copingstrategier, som kan hjælpe dem gennem livets vanskeligheder. Der er tale om vidt forskellige aktiviteter som fx spil, film, tegneaktiviteter, ordlege, tankeaktiviteter samt udarbejdelse af bl.a. livskort og dagbog. Yderligere uddybning af programmet kan ses og bestilles eller downloades på www.selv-mordsforskning.dk under Faktaserien nr. 15: *Travellers* – en interventionsmetode væk fra spiseforstyrrelser.

Travellers er ikke et terapeutisk behandlingsforløb, og der fokuseres ikke på spiseforstyrrelsen. Projektet forløber i grupper á ca. 8 unge, og foregår i nærheden af de unges bopæl én gang om ugen á 1-1½ time, i 8 uger.

Kliniske diætister er velkomne til at henvise relevante unge direkte til projektet. Center for Selvmordsforskning håber med *Travellers*, at kunne bidrage positivt til forebyggelse af de unges mentale sundhedsproblemer og deraf mulige selvmordsadfærd.

Yderligere information

Information om projektet kan fås på www.selv-mordsforskning.dk under projekter ■

alkr@selvmordsforskning.dk
smo@selvmordsforskning.dk

Body Mass Index, BMI anvendes af Verdenssundhedsorganisationen og akademiske faggrupper, som arbejder med spiseforstyrrelser. Svagheden ved modellen er, at der er forskel på kropstyper. Man bør derfor være opmærksom på, at BMI bedst egner sig til voksne, idet metoden anvendt på unge under udvikling er mindre præcis.

WHO/Sundhedsstyrelsen:

Undervægt: BMI <18,5

Normalvægt: BMI 18,5-24,9

Overvægt: BMI >=25

Overvægt er så yderligere opdelt:

Moderat overvægt: BMI 25-29,9

Svær overvægt/Fedme: BMI >= 30

Klasse I/Fedme: BMI 30-34,9

Klasse II/Svær fedme: BMI 35-39,9

Klasse III/Ekstrem svær fedme: BMI >=40

BMI: Mål for kroppens fedtindhold udregnet som vægt i kg divideret med højde i meter i anden potens
 Eksempelvis har en person med højden 1,67 m og vægten 57 kg en BMI på ca. 20,4

BMI under 16 er indikation for alvorlig undervægt. Den er fx ensbetydende med, at en person der er 170 cm. vejer 46 kg.

BMI under 14 anvendes ofte som kriterium for indlæggelse. Det svarer til at en person på 170 cm vejer 40,4 kg.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Voksne omkring børn og unge kan være med til at forebygge, at spiseforstyrrelser udvikler sig. København, Sundhedsstyrelsen 1999.
2. Waadegaard M. Risikoadfærd for spiseforstyrrelser blandt danske kvinder i alderen 16-59 år. Statens Institut

for Folkesundhed, Sundhedsministeriet 2002.

3. Skårderud F. Stærk/Svag. En håndbog om spiseforstyrrelser. Hans Reitzels Forlag A/S 2001.
4. Jørgensen J, I. Andreassen J, Christensen E (red.) Spiseforstyrrelser – en tværfaglig antologi. Frydenlund, København 2000.
5. Lier L et al (red.) Børne- og ungdomspsykiatri. Hans Reitzels Forlag 2002.
6. Mathiesen L, Petersson B. Anoreksiens fangarme. Akademisk Forlag, 2001.
7. Zøllner L. Unges selvmordsforsøg og selvmordstanker. I: Faktaserien nr. 2. Center for Selvmordsforskning, 2002.
8. Blaase H. Det handler ikke kun om mad. Adfærdsmæssige og psykologiske karakteristika hos nuværende og tidligere spiseforstyrrede. Aarhus Universitet: Psykologisk Skriftserie 1997;22:5.
9. Dickinson P et al. *Travellers: A school-based early intervention programme helping young people manage and process change, loss and transition.* Aust NZ J Psychiatry. 2003;37:299.

Baggrund

Agnete Lyngbye Kramme og Susanne Mouazzene er ansat som projektledere på Center for Selvmordsforskning med den opgave at iværksætte og afvikle interventionsprojektet *Travellers*. Projektet, som er et gratis tilbud til unge, der ønsker at komme væk fra deres spiseforstyrrelse, løber foreløbig frem til udgangen af 2008. Projektlederne kan kontaktes på tlf. 63 11 21 92, alkr@selvmordsforskning.dk, eller tlf. 63 11 21 85, smo@selvmordsforskning.dk.

Fysisk aktivitetsniveau og energibehov på psykiatriske afdelinger

En undersøgelse af det fysiske aktivitetsniveau (PAL) hos indlagte psykiatriske patienter bekræfter antagelsen af, at energibehovet er lavt hos denne gruppe.



Lene Hansen

Introduktion

Psykiatriske patienters overvægtsproblemer er et kendt fænomen og velbeskrevet (1). I en undersøgelse af klinisk diætist Margit Sandberg ses at svær overvægt hos denne gruppe er større end i den danske befolkning (2). Overvægten betyder øget risiko for livsstilssygdommene type 2 diabetes og hyperkolesterolemie (3). En anden risiko er, at en stor del af de psykiatriske patienter stopper med antipsykotika på grund af vægtstigningen (1). Flere artikler har vist sammenhænge mellem antipsykotika og udvikling af adipositas (4,5). Det er således velbegrunderet at undersøge, hvorfor patienterne tager på.

Gennem mit arbejde som klinisk diætist i psykiatrien i Sønderjyllands Amt, er jeg blevet opmærksom på, at patienterne ofte er fysisk inaktive under indlæggelse. Jeg har derfor valgt at lave en undersøgelse af indlagte psykiatriske patienters fysiske aktivitetsniveau (PAL). PAL er bestem-

mende for, hvor meget energi den enkelte patient kan indtage for at holde en stabil vægt og således undgå vægtstigning.

Fysisk inaktivitet har endvidere gennem de seneste år fået stor opmærksomhed som en selvstændig risikofaktor for udvikling af type 2 diabetes og hjertekarsygdomme (6).

Det har gennem søgning på Medline ikke været muligt at finde litteratur på undersøgelser om det fysiske aktivitetsniveau hos psykiatriske patienter.

Formål med undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen er at beregne patienternes fysiske aktivitetsniveau for dermed at kunne vurdere energibehovet og tilbyde en kost, der sigter mod vægtvedligeholdelse.

Metode

Undersøgelsen blev lavet som en epidemiologisk deskriptiv undersøgelse med det formål, at skaffe viden om patienternes PAL under indlæggelse.

Undersøgelsen er en tværsnitsundersøgelse, der bygger på primære data, hvor patienterne beskriver deres PAL de foregående 24 timer.

Spørgeskemaet, der er anvendt, er udviklet og valideret af Socialforskningsinstituttet (7). Spørgeskemaet er et døgn-

rytmeskema, der med 10 minutters intervaller beskriver deltagernes aktivitet. Døgnrytmeskemaet starter kl. 4.00 om morgenen og slutter kl. 4.00 den efterfølgende morgen. Dagens aktiviteter gøres op for den enkelte deltager, så man f.eks. kan se, hvor mange timer i døgnet den enkelte sover.

De enkelte aktiviteter er via Compendium of Physical Activities omsat til PALværdier (8). Ved at anvende detaljerede informationer om hvor meget tid, der anvendes på de enkelte fysiske aktiviteter sammenholdt med den metaboliske equivalent (MET), kan PAL dermed beregnes, som det daglige vægtede gennemsnit af MET-værdien (10).



Det var hensigten, at patienterne selv skulle udfylde skemaet efter mundtlig og skriftlig vejledning. Men patienterne valgte at lade diætisten udfylde skemaet. Så undersøgelsen forløb som et semistruktureret interview.

Studiepopulationen er alle indlagte voksne patienter på psykiatriske afdelinger i Sønderjyllands Amt i perioden 11.-28. januar 2005. Patienter på geronto-psykiatriske afdelinger deltog ikke i undersøgelsen. Patienterne skulle have været indlagt i minimum 36 timer for at kunne deltage.

På undersøgelsestidspunktet var den gennemsnitlige indlæggelsestid 19 dage. Figur 1 og tabel 3 viser det gennemsnitlige tidsforbrug på grupperede aktiviteter og den tilhørende MET faktor.

Undersøgelsen viste at:

- 83% af deltagerne brugte 12 timer eller mere på at sove, sidde stille og/eller se TV
- 15% af deltagerne sov mere end 12 timer i døgnet
- 10% sov mindre end 6 timer i døgnet
- 95% brugte under 1/2 time om dagen på motion

	Deltagere		Ikke deltagere	
Alder	40,25 år		44,78 år	
Mænd	29	45%	11	61%
Kvinder	36	55%	7	39%

Tabel 1. Alder- og kønsfordeling i undersøgelsen.

Diagnoser	Deltagere		Ikke deltagere	
	Antal	%	Antal	%
Skizofren	24	37	12	66
Psykotisk	2	3		
Depressiv	22	34	1	6
Personlighedsforstyrrelse	7	11	2	10
Manisk	1	6		
Belastningsreaktion	2	3	1	6
Paranoia	4	6	1	6
Tilpasningsreaktion	3	5		
Angst	1	1		

Tabel 2. Diagnoser fordelt på deltagere og ikke deltagere i undersøgelsen.

Resultater

Der var på undersøgelsestidspunktet 83 indlagte patienter, der alle havde været indlagt det foregående døgn. Der deltog 65 patienter, svarende til en svarprocent på 78. I tabel 1 ses aldersfordelingen og kønsfordelingen for henholdsvis deltagere og ikke deltagere.

De, der ikke deltog, havde enten selv valgt ikke at deltage, eller personalet havde vurderet, at de ikke ville være relevante i deres svar.

I tabel 2 ses fordelingen af psykiatriske diagnoser for henholdsvis deltagere og ikke deltagere i undersøgelsen.

Fordelingen af det fysiske aktivitetsniveau opgjort i PAL-værdier for den enkelte deltager ses i tabel 4.

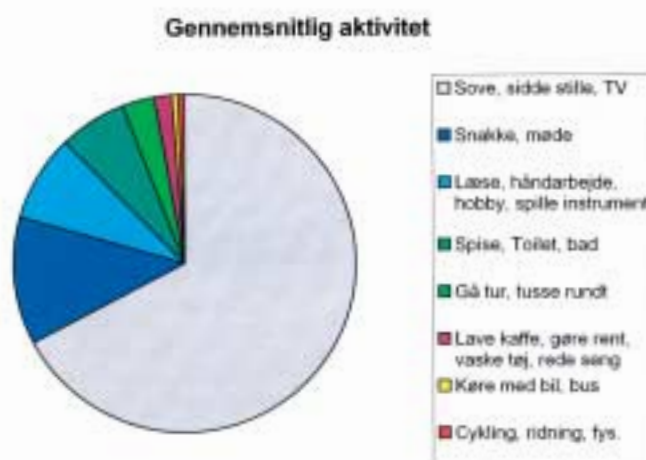
Undersøgelsen gjorde det muligt at trække oplysninger om deltagernes forbrug af tid på at indtage måltiderne. Et måltid er defineret som et af de 5 måltider, der dagligt tilbydes patienterne eller et erstatningsmåltid (patienten køber selv maden). Dette ses i tabel 5.

Diskussion

Aldersfordelingen af henholdsvis deltagere og ikke deltagere er nogenlunde ens. Der er procentvis flere kvindelige deltagere end ikke deltagere. Om det har indflydelse på resultaterne kan være svært at vurdere.

Undersøgelsen viser, at patienterne er fysisk inaktive under indlæggelse. Dette ses både i tabel 3 og 4. Tabel 3 giver et godt indblik i de psykiatriske patienters dagligdag, og forklarer hvorfor det fysiske aktivitetsniveau bliver så lavt som vist i tabel 4.

I tabel 3 ses at 95% af tiden bruges på fysisk inaktivitet som at sove, se tv, snakke, læse samt personlig hygiejne og spising. Dette betyder, at der er 5% tid svarende til 1 time og 26 minutter tilbage til



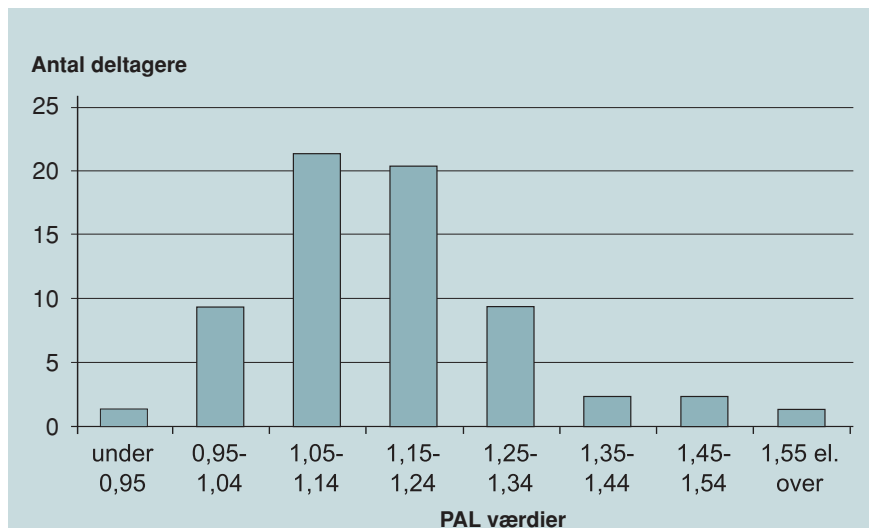
Figur 1. Gennemsnitlig tidsforbrug på grupperede aktiviteter.

Aktivitet	MET	Tid i timer og min
Sove, sidde stille, se TV	Op til 1,0	16,07
Snakke; socialt + behandling	1,5	2,55
Læse, stillesiddende hobby	1,5	1,59
Spise, personlig hygiejne	1,5-2,0	1,33
Gå langsomt	Op til 2,0	0,45
Huslige aktiviteter (rede seng, lave kaffe)	2,5	0,23
Transport i bil eller bus	1,8	0,10
Motion	Over 2,5	0,08

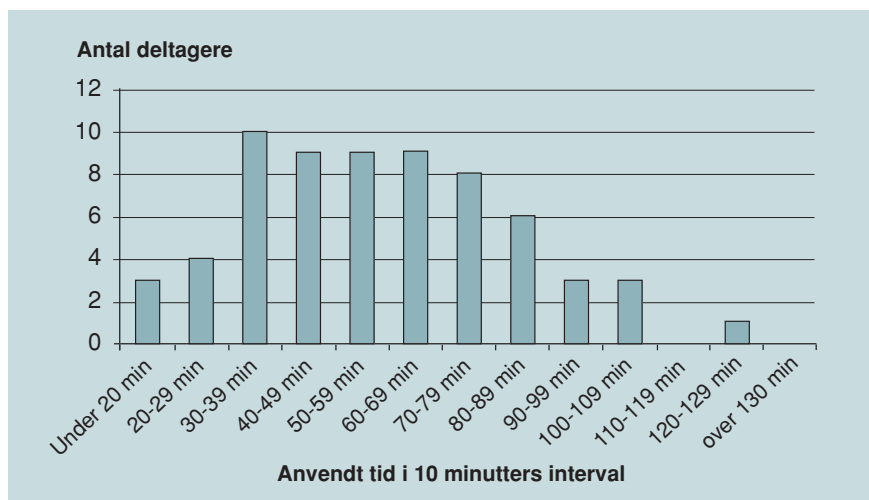
Tabel 3. Gennemsnitlig tidsforbrug på grupperede aktiviteter og den tilhørende METfaktor.

andre aktiviteter herunder motion. I gennemsnit anvendte deltagerne kun 8 minutter på motion, der her er traveture med en METfaktor på over 2,5, cykelture, ridning eller motion hos fysioterapeut.

Deltagerne anvendte i gennemsnit 45 minutter om dagen på langsomme gåture. Det er tid anvendt på blandt andet at gå fra værelset til spisestuen eller til hobbyværkstedet.



Tabel 4. PAL-værdierne opgjort i intervaller på 0,1 for de enkelte deltagere.



Tabel 5. Anvendt tid på at indtage måltiderne. Tiden er angivet i 10 min. intervaller for hver enkelt deltager.



Da patienterne ofte gav udtryk for, at det kun tog 5 minutter at spise et måltid blev det interessant at opgøre hvor meget tid, der egentlig blev anvendt på måltiderne. Tabel 5 viser, at der er stor spredning på den anvendte tid. Tre deltagere anvendte under 20 minutter om dagen på at spise, og en enkelt anvendte ca. 2 timer på at spise. I gennemsnit blev der anvendt 63 minutter på at indtage dagens måltider. Så deltagerne anvendte længere tid på måltiderne, end de troede.

Det lave fysiske aktivitetsniveau viser sig i de lave beregnede værdier for PAL i tabel 4. I tabel 4 fordeler værdierne for PAL sig mellem 0,94 og 1,63. Der er en enkelt værdi under 0,95 og en enkelt værdi over 1,55. 63% ligger mellem 1,05 og 1,24. Medianen er 1,17. Det beregnede fysiske aktivitetsniveau svarer til Nordiske Næringsstofs Anbefalingers (NNA) PAL værdi på 1,1-1,2 svarende til "bed bound or chair-bound" (10).

Ud fra diagnoserne er det svært at se, om de der ikke deltog i undersøgelsen påvirker resultaterne, så der kommer en skæv fordeling omkring gennemsnittet for PAL. Den valgte metode med 10 minutters intervaller giver et godt indtryk af den psykiatriske patients hverdag under indlæggelse.

Intervallerne er samtidig så små, at de fleste aktiviteter bliver synlige. Mange patienter udtrykte, at de anvendte kort tid på at spise, og dette ville ikke blive synligt, hvis der var valgt længere intervaller.

Metoden var valgt ud fra at deltagerne selv kunne udfylde skemaerne, hvilket de valgte ikke at gøre. Det vides ikke i hvilken grad dét, at forfatteren lavede semi-strukturerede interviews har haft indflydelse på resultaterne.

Det lave fysiske aktivitetsniveau på 1,2 er ifølge NNA bekymrende, da et fysisk aktivitetsniveau på 1,4 – 1,5 er at sammenlig-

ne med den helbredsrisiko, der følger med et BMI på 30-35 (10). Den gennemsnitlige indlæggelsestid var på undersøgelsestidspunktet 19 dage. Og det er ud fra undersøgelsen ikke muligt at sige noget om patienterne også har det lave fysiske aktivitetsniveau hjemme.

Faktoren for PAL skal anvendes til at beregne energibehovet hos indlagte psykiatriske patienter, således at vægtstigning forebygges på grund af for højt energiindhold i den tilbudte kost.

Ud fra "Anbefalinger for den danske institutionskost" (9) bør psykiatriske patienter tilbydes normalkost med udgangspunkt i NNA.

Det lave fysiske aktivitetsniveau betyder, at man ikke kan finde værdier for det daglige energibehov i NNA. I NNA angives det laveste energibehov ved stillesiddende

livsstil, svarende til PAL 1,4. Ifølge NNA er den correlerede vægt for 31-60 årige kvinder 63,1 kg og for 31-60 årige mænd 77,0 kg. Hvilket betyder at energibehovet ved stillesiddende livsstil er 8,1 MJ for kvinder og 10,4 MJ for mænd.

Laves den tilsvarende beregning for det fundne fysiske aktivitetsniveau på 1,2, giver det 6,9 MJ for kvinder og 8,9 MJ for mænd.

Energiindholdet bliver 14% lavere ved beregning med PAL på 1,2. Anbefalingen for energiindholdet i den tilbudte kost bør

således være 7000 kJ for kvinder og 9000 kJ for mænd.

Konsekvens

I psykiatrien i Sønderjyllands Amt har vi gennem de sidste 3 år tilbudt det, vi kalder psykiatrikost med et gennemsnitligt energiindhold på 7000 kJ til både kvinder og mænd. Det er selvfølgelig muligt at bestille mere mad, når behovet er der. Dette har betydet at antallet af patienter, der tager på i vægt er reduceret væsentligt. Den enkelte patient screener sig selv med hjælp fra personalet med henblik på at beregne det aktuelle energibehov.

Som hjælperedskaber har vi udviklet de viste plakater, figur 2 og 3. Ud fra figur 2 kan den enkelte patient beregne sit energibehov, og ud fra figur 3 kan hun få en anbefaling på, hvor meget hun kan spise

Energiindhold i kJ for at holde vægten under indlæggelse

Vægt kg	Kvinder	Mænd
50	5750	
60	6000	
70	6500	7750
80	7000	8250
90	7500	8750
100	7750	9250
110	8250	10.000
120	8500	10.500
130	9000	11.000
140	9500	11.500
150	9750	12.000

Lene Hansen, klinisk diætist, april 2004



Figur 2. Energiindholdet for henholdsvis kvinder og mænd. Energiindholdet er beregnet med 10 kg intervaller.



Figur 3. Måltidsstørrelsen for henholdsvis 5000 kJ, 7000 kJ og 9000 kJ.

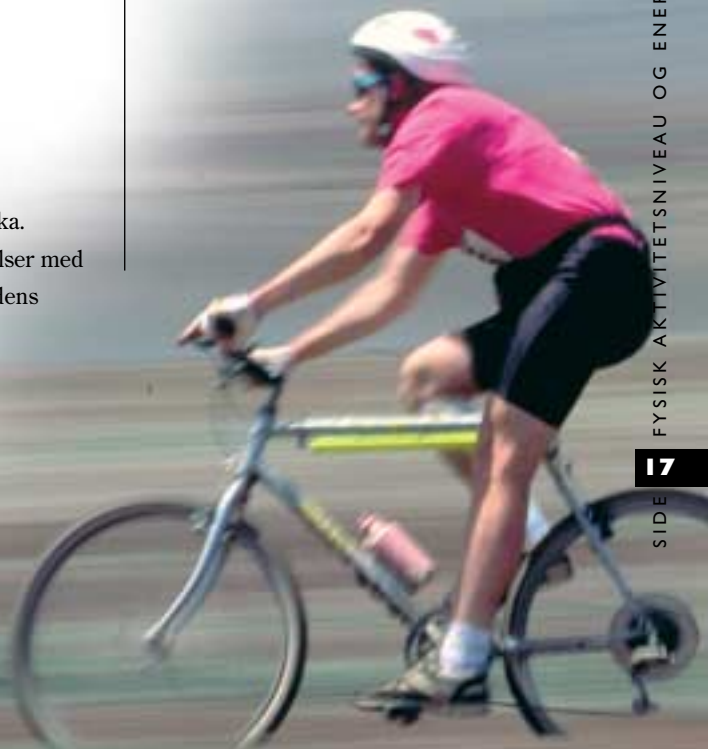
til de enkelte måltider for at holde vægten. Beregningerne for energibehovet der ses i figur 2 er lavet på baggrund af en anslået PALværdi på 1,1. Ud fra undersøgelsens resultater, der viser en PALværdi på 1,2 vil vi tage op til revision om vores anbefalinger skal ændres, så patienterne anbefales at indtage 8% flere kJ. Undersøgelsen har dog bekræftet vores antagelse om det lave energibehov hos indlagte psykiatriske patienter. For at materialet vil blive større og mere evidencemæssigt, opfordrer jeg andre diætister til at lave lignende undersøgelser ■

lene_hansen@aus.sja.dk

Litteratur

1. Gerlach J et al. Psykofarmaka. Behandling af psykiske lidelser med nervemedicin. Psykiatrifondens Forlag, 1998.
2. Schiess MS, Christensen AB. Forekomsten af svær overvægt blandt psykiatriske

3. Ernæringsrådet. Den danske fedme epidemi. Ernæringsrådet, 2006.
4. Allison D et al. Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Review of the Literature. J Clin Psychiatry 2001;62:7-31.
5. Wirshing D. Novel Antipsychotics: Comparison of weight Gain Liabilities. Clin Psychiatry 1999;60:358-363.
6. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, 2003.
7. Bonke J. Tid og velfærd. Socialforskningsinstituttet, 2002.
8. Ainsworth B et al. Compendium of Physical Activities: An update of activity codes and MET intensities. Medicine & Science Sport Exercise 2000; 498-509.
9. Anbefalinger for den danske institutonskost. Fødevarerdirektoratet. 3. udgave 2000.
10. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Nordic Council of Ministers. 2005.



NYHED

Fresubin[®]
protein
energy
DRINK

Velsmagende - til sidste dråbe



Drikkeklar ernæring med højt energi- og proteinindhold til:

- Ældre patienter
- Patienter med dårlig sårheling
- Patienter med ufrivilligt vægttab
- Præ- og postoperative patienter

Fordele:

- Velsmagende
- 10 g protein pr. 100 ml
- 150 kcal pr. 100 ml
- 3 smagsvarianter:
chokolade, vanille og skovjordsbær
- Drikkeklar i nem tetrabrik

ENTERAL NUTRITION

 **Fresenius
Kabi**
Caring for Life

For yderligere information, kontakt

Fresenius Kabi
Bredgade 71
1260 København K.
Telefon 33 18 16 00
Telefax 33 18 16 14

Rodfrugter i baljer, stavgang og gulerodsstave

”Krop, mad & bevægelse” er navnet på Århus Amts strategi for at fremme glæden ved fysisk aktivitet, sunde kostvaner samt forebygge fedme. Målgruppen spænder bredt lige fra de mindste børn til pensionister og omfatter både raske borgere og risikogrupper.



Malene Andersen

Den grundlæggende idé i strategien er at skabe konkrete aktiviteter i de arenaer, hvor enten børn eller voksne befinder sig i hverdagen. Projektet arbejder på skoler med tilknyttede fritidsordninger, dagplejen og daginstitutioner samt arbejdspladser, jobcentre og patientforeninger. I ”Krop, mad & bevægelse” er der tre projektkoordinatorer og en klinisk diætist ansat til at rådgive og inspirere eksempelvis lærere, forældre og kantineansatte,

Målsætning i Krop, mad & bevægelse

- Øge andelen af fysisk aktive
- Fremme sunde kostvaner
- Standse væksten af antal overvægtige
- Fastholde vægttabet hos patienter, der har været i behandling for fedme

der igangsætter aktiviteterne.

Aktiviteterne udvikles lokalt ud fra interesse, behov og lokale forhold med fokus på, hvad der kan forankres efter igangsætningen.

Strategien er blandt andet blevet til på baggrund af ”Hvordan har du det?”. En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne borgere i Århus Amt i 2001. Se faktaboksen om ”Hvordan har du det?” på side 21.

Artiklen her sætter fokus på samspillet mellem diætistens arbejde, projektets koordinatorer og ikke mindst de involverede lokale parter - specielt i forhold til de aktiviteter, der omhandler maden.

Diætisten i Krop, mad & bevægelse

Krop, mad & bevægelse har ansat klinisk diætist Eva Myrup til at støtte de involverede parter, der eksempelvis ønsker at tilbyde sundere mad i kantiner og skoleboder, at udarbejde en kostpolitik, eller at indarbejde madlavningsaktiviteter med børn. Udover at arbejde i det-

te projekt, arbejder Eva også mere behandlingsorienteret. Om arbejdet i projektet siger hun:

”Mit sundhedsfremmende og forebyggende arbejde har et andet fokus end arbejdet med overvægtige. Her er situationen en behandlingssituation, mens det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde drejer sig om mere generelt at formidle og forklare, hvilke muligheder man har med kosten – så det bliver lettere at tænke og vælge sundt”.

Det er en stor styrke for indsatsen at have en klinisk diætist som en udførende part. Kostråd opleves af mange som værende en jungle af forskellige budskaber, der er svære at navigere i, og derfor også svære at omsætte til handlinger. Derfor er diætisten meget efterspurgt til både at bidrage med viden, men også vejledning i at omsætte viden til aktiviteter.

Måltidet i centrum

Krop, mad & bevægelse arbejder med at fokusere bredt i forhold til måltidet og maden og ikke isoleret på kosten. Sund kost kan for mange have en klinisk klang, hvor det drejer sig om sammensætning og indhold isoleret. Dette er selvfølgelig også væsentligt, men ses det i en sammenhæng, hvor sanser, rammer og vaner også



Foto: Århus Amt

inddrages, er vejen til sundere madvaner lettere. På samme måde fokuserer strategien mere på bevægelse end på motion – dvs at det er både interessant at styrke borgernes hverdagsbevægelser i form af transport til arbejde, valg af trapper frem for elevator samtidigt med at det er godt at motionere i sin fritid.

Eksempler på diætistens arbejde i forskellige projekter

Bagte rodfrugter med avocado-dip i dagplejen.

Dagplejen i Nr. Djurs Kommune ønskede at blive inspireret til at bruge mere frugt og specielt grønt til børnenes frokost, og derfor blev det Eva Myrups rolle at give

Hvad siger Eva Myrup om mødet med forskellige faggrupper?

”Det har været et positivt møde. Mange forventer den løftede pegefinger og bliver forundrede, når jeg i stedet for taler med dem om de spændende muligheder, de har, så de selv bliver i stand til arbejde videre med mine inputs. Men jeg undres over, at mange er ukritiske i forhold til, hvor de henter deres viden omkring kost og ernæring”.



denne inspiration – både rent praktisk at lave mad med børnene og at give viden om kostanbefalinger. *”Børnene og dagplejemoeren blev placeret på en voksduk på gulvet, og så fik de ellers lov til at røre ved, snuse til og lege med de rodfrugter, jeg havde puttet i nogle baljer med vand. De største børn var også med til at skrælle, skrabe, skære og putte olie, salt og peber på rodfrugterne, inden de kom i ovnen”.* Da børnene var blevet lagt til at sove efter frokosten, blev dagplejerne introduceret til kostanbefalingerne for de 0-3 årige, og hvordan man kan omsætte dem i hverdagen. Dette arrangement var en lille del af, at dagplejerne en hel uge arbejdede med at integrere en frugt- og grøntkasse i maden til børnene.

”Dagplejerne er for mig et nyt område at arbejde med. Der bliver i øjeblikket fokuseret meget på de offentlige børnearenaer som skoler og daginstitutioner, men der er meget lidt opmærksomhed på kosten hos dagplejerne. Det er et nyt felt, hvor man kommer tæt på, fordi dagplejernes arbejdsplads også er deres hjem”, siger Eva Myrup

De ældre og de unge men alle lidt for tunge.

På Danfoss i Silkeborg har nogle af medarbejderne ønsket at lave et slankehold for dem, der har et BMI over 27. Som én af initiativtagerne udtrykker det: *”Vi gider ikke have de der sylfider, der synes, de er overvægtige, med”.* Deltagerne får undervisning i en maddel, bevægelsesdel og en psykologiskdel i en 4 måneders periode. Her bliver de præsenteret for forskellige muligheder og værktøjer, mens der er fokus på, at deltagerne skal forholde sig til, hvad de hver især vil bruge inputtene til. Eva Myrup sætter følgende temaer på dagsordenen de fire gange, hun mødes med holdet: *”Drikkevarer”, ”Råderum for sødesager og mellemmåltider”, ”Indkøb”, ”Mængdeforståelse” og ”Handlingsplaner”.* Som afslutning på hver undervisningsgang skal deltagerne sætte sig et



Hvad siger Eva Myrup om arbejdet i Krop, mad & bevægelse?

”Min vigtigste opgave i dette arbejde er at få formidlet budskaberne omkring sundere madvaner, så målgrupperne bliver inddraget aktivt. Her skal jeg ofte finde nye virkemidler og metoder, der fanger og engagerer modtagerne. Det er en stor udfordring, for vi arbejder med et så bredt felt både hvad angår målgruppe, emner og vilkår”.

mål for, hvad de vil øve sig på til næste gang. Om initiativet siger Eva Myrup: *”Det er interessant, at samarbejde med tillidsrepræsentanterne og ledelsesrepræsentanten om at udvikle tilbuddet til de overvægtige, som selv har haft indflydelse på form og indhold. Samtidigt har vi holdt fast i, at der er nogle elementer, som vi ikke vil gå på kompromis med, idet vi som fagpersoner ved mere om dette område end den almindelige borger”.*

Udover disse eksempler findes mange flere beskrevet på hjemmesiden: www.kropmadbevægelse.dk

Maden og bevægelsen

Fysisk aktivitet og kosten er to livsstilsområder, som hænger uløseligt sammen, når vi arbejder med generel sundhedsfremme og forebyggelse af overvægt. Således er motionen også blevet en inte-

greret del af de 8 kostråd, som indgår i de nationale anbefalinger. Undersøgelsen "Hvordan har du det?" viste også, at der ofte er et sammenfald mellem dårlige kost- og motionsvaner. De mennesker, der motionerer mindst er også dem, der spiser mest usundt.

De konkrete aktiviteter i hverdagsarenaerne omhandler således både maden og bevægelsen. De fokuserer på de små ændringer, der kan gøre en forskel med øje for, hvad der er muligt at gennemføre med de ressourcer og vilkår, de har til rådighed. Her vil der være nogle praktiske omstændigheder, der gør, at nogle vælger at arbejde mere med maden end bevægelsen og omvendt. Eksempelvis børnehaven, der ikke har køkkenfaciliteter, eller buschaufførerne der ikke har et fælles samlingssted at dyrke motion i.

FAKTA

"Hvordan har du det?" er en undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt 4000 voksne i Århus Amt, som blev foretaget i 2001. I undersøgelsen blev der spurgt ind til forskellige temaer, så som rygevaner, selvvurderet helbred, kost og motion, sociale netværk og alkoholvaner. Efterfølgende blev der udarbejdet en rapport, som fokuserede på kost, motion og fedme, og resultaterne af denne rapport bliver brugt direkte i strategien "Krop, mad & bevægelse". Ét af de vigtigste resultater handler om ulighed i sundhed, idet fysisk inaktivitet og overvægt ofte er knyttet til lavindkomstgrupper. Derfor har man i Krop, mad & bevægelse valgt at fokusere på de geografiske områder, hvor gennemsnitsindkomsten pr. indbygger er lavere samt på arbejdspladser, hvor den lavest uddannede eller ufaglærte arbejdskraft findes. Se figur 1.

Målgrupper i Krop, mad & bevægelse

- Børn og unge generelt
- Børn og unge med overvægt eller særlig risiko for at udvikle overvægt
- Voksne som er fysisk inaktive og / eller moderat overvægtige
- Patienter generelt og patienter, der har været i behandling for fedme

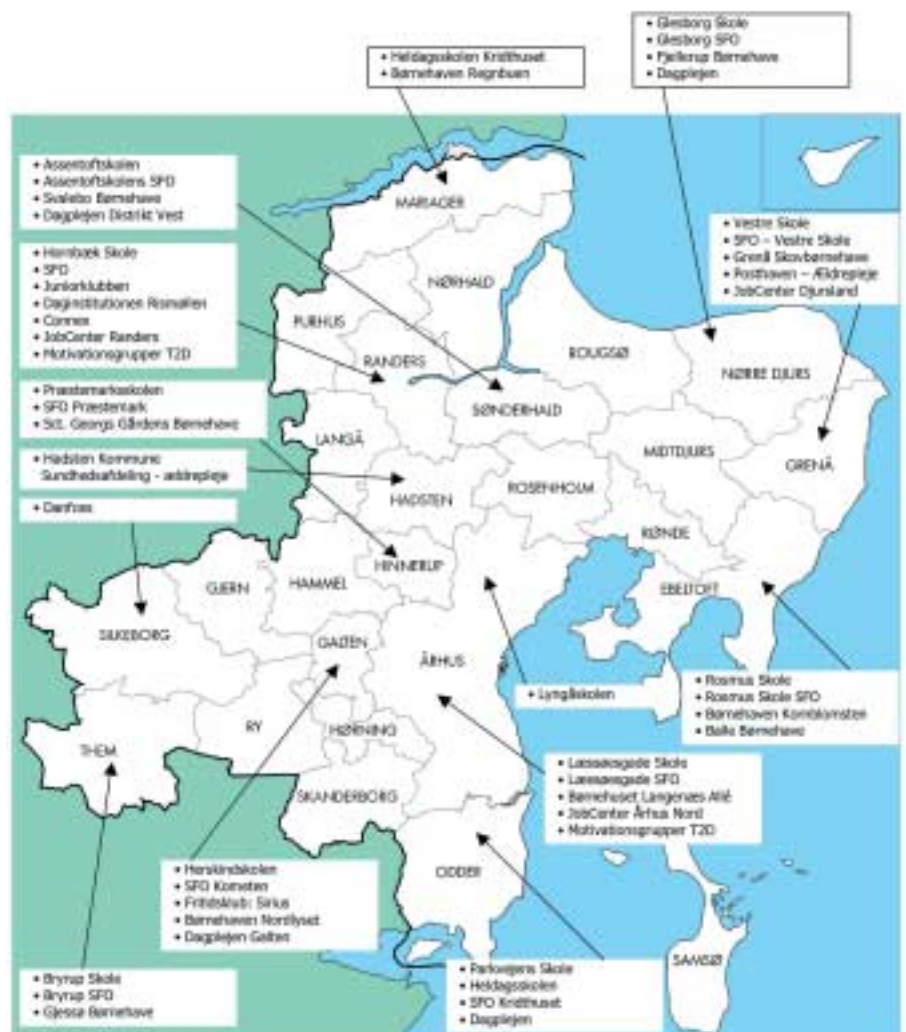
Det tværfaglige samarbejde er nødvendigt, når strategien omhandler både maden og bevægelsen. Således arbejder diætisten i Krop, mad & bevægelse tæt sammen med de øvrige projektansatte, der alle tre er idrætsuddannede. Om dette samarbejde siger Eva Myrup: "Vi er gode til at sparre med hinanden, og supplerer hinanden fint. Det er dejligt at være med til at give et helt billede af sundhed og vise, at

kroppen ikke kun påvirkes af det, vi spiser, men også af dens fysiske formåen og aktivitet, og at disse to ting er tæt forbundet".

MAN@ag.aaa.dk

Referencer

1. www.kropmadbevægelse.dk.
2. Århus Amts strategi for fremme af fysisk aktivitet, sunde kostvaner og forebyggelse af fedme 2004 – 2007. "Krop, mad & bevægelse". Vedtaget af Århus Amtsråd, 30. marts 2004.
3. "Hvordan har du det? Kost, motion og fedme". Rapport nr. 3, november 2003.



Figur 1. Kort over aktiviteter i de forskellige kommuner

Hvordan afsluttes professionsbachelor i klinisk ernæring fra Ankerhus Seminarium?

- at skrive en professionsbacheloropgave i klinisk ernæring 2005.



Mette Merlin Husted

Det tager knap 5 måneder at afslutte professionsbachelor i klinisk ernæring fra Ankerhus Seminarium. Alle 5 måneder bliver brugt til den afsluttede opgave, praktikken og eksamen. Den skriftlige opgave kan laves i grupper eller laves individuelt.

Jeg valgte at lave min afsluttende opgave alene. Disse 5 måneder startede hektisk for mig, for jeg havde lige afsluttet 6. semester med eksamen og en meget hård periode med megen teori og skulle nu starte 1. februar 2005 med bachelorprojektet.

De 5 måneder forløber således:

- 2 ugers indledende projekt-designundervisning
- 6 ugers praktik
- 10 ugers eksamensskrivning
- 2 ugers eksamensforberedelse

Projektdesign

2 uger går med at få undervisning i videnskabs teori og metode samt at arbejde med sin idé og indkredsning af emne.

Valg af praktiksted bliver afklaret, og der skal udarbejdes projekt design, projektplan og projektsynopsis.

Projekt design er en præcisering af praktikkens funktion i projektet. I denne periode skal brikkerne omkring den studerendes emne gerne falde på plads.

I alt skal der afleveres 3 skriftlige arbejder inden praktikken.



Projekt design

- til skolen og den studerende

- Projektets overordnede ide
- Projektets formål
- Problemformulering
- Projektets genstandsfelt

- Projektets videnskabs teoretiske ramme
- Projektets metodedesign

Projektplan

- til skolen og den studerende

- Tidsplan med milepæle
- Plan for praktikken
- Afklaring af diverse praktiske forhold

Projektsynopsis

- til praktikstedet og den studerende

- Praktikkens formål
- Praktikkens mål
- Praktikkens indhold

Mine skriftlige opgaver

Den 1. februar 2005 vidste jeg ikke, hvad mit projekt skulle handle om. Jeg havde

kun nogle vage tanker om restitution/rekonvalescens efter sygdom og deslige. Jeg oplevede flere i klassen, som var afklaret omkring deres emne, og det frustrerer selvfølgelig, når man ikke selv har et emne klar. Desværre fik jeg først min praktik tre uger efter start af bachelorprojekt-perioden. Men alligevel gik jeg i gang med opgaven og valgte at fokusere på gastroenterologiske patienter som skulle restituere efter sygdom og indlæggelse.

Når først ideen er klar, så forekommer det nemt at skrive projektpapirerne.

Min projektsynopsis blev sendt til flere gastroenterologiske afdelinger i nærheden af Middelfart, hvor jeg bor, og hurtigt havde jeg en praktikplads på Kolding Sygehus, Gastroenterologisk Afdeling.

Praktikplads

Det er meget vigtigt, at ens projektidé og plan passer sammen med en relevant praktikplads. Når projektsynopsis'en er sendt til praktikstedet er en afklaring af forventninger til hinanden vigtig, således at begge parter (praktikstedet og den studerende) får noget ud af praktikken. Den studerende skal have indsamlet empiri i en eller anden form, og praktikpladsen skal have løst nogle daglige opgaver. Begge parter skal ende op med at være tilfredse.

Opfordring til kliniske diætister og andre interesserede i klinikken. Har I en idé eller et foranstående projekt, som en studerende kunne lave en opgave over, så kontakt skolerne. På den måde kan de studerende være med til at arbejde med virkelige problematikker i bacheloropgaverne.

Praktikken strækker sig over 6 uger. Efter endt praktik skal praktiksted og den studerende i fællesskab evaluere praktikken. På baggrund af evalueringsskemaet bliver praktikken så bedømt bestået/ikke bestået.

Min praktik

Jeg fik som nævnt praktik på gastroenterologisk afdeling på Kolding Sygehus. Jeg deltog dagligt i morgen- og middagsmad serveringen, som for de fleste patienter foregår i et separat spiselokale med buffet. Udover dette foretog jeg diætetiske udskrivningssamtaler med i alt 37 patienter, som blev udskrevet eller forlod sygehuset for at gå på "orlov". Jeg havde et kontor i afdelingen til samtalerne og adgang til journaler m.m. Når patienten var blevet udskrevet, så spurgte sundhedspersonalet om patienten ønskede at

tale med en diætiststuderende og indgå i projektet. Meget få patienter ønskede ikke at deltage.

Jeg vejede patienterne (100% havde tabt sig under indlæggelse) og gennemførte en diætetisk vejledning i protein- og energirig kost alt efter patientens kostanamnese, vægtudvikling, alder, sociale situation og ønsker.

Efter endt samtale udfyldte patienterne et anonymt spørgeskema og afleverede det til plejepersonalet. 14 dage efter sendte patienten så et spørgeskema til mig, med enslydende spørgsmål. Herudfra kunne jeg lave en sammenligning af patientens appetit, kræfter, kondition m.m., selvfølelig med det bias at det var selvrapporterede oplysninger. Nogle patienter førte jeg opfølgningssamtaler med, hvor de igen mødte på sygehuset til diætsamtalen. Flere af patienterne så jeg igen pga. genindlæggelser.

Alt i alt, så fungerede praktikken fint, og jeg fik et stort indblik i gastroenterologiske patienters sygdomsforløb, ernæring og restitution efter sygdom.

Vejledere

Som hjælp i hele bachelorprojektperioden får man adgang til 15 timers vejledning

hos undervisere fra Ankerhus Seminarium. Indenfor de første uger af perioden kender den studerende sine vejledere.

Mine vejledere

Jeg valgte

- Hovedvejleder: Niels Michelsen, som er seminarielektor og cand. scient. pol. Niels Michelsen var tillige eksaminator.
- Bivejleder: Line Bak, som er klinisk diætist og stud. cand. scient. i klinisk ernæring.

Mest brugte jeg vejlederne under skrivning af opgaven.

Skriftlig opgave

Der bruges 10 uger til analyse- og projektskrivning. Opgaven skal opbygges omkring en selvvalgt problemformulering, og der skal indgå videnskabssteoretiske og metodiske



overvejelser, relevante erfaringer fra praktikken og egen empiri. Egne holdninger skal være begrundet teoretisk. En studerende skriver mellem 35 og 50 sider excl. forside, litteraturliste og bilag. Den skriftlige opgave kan blive stemplet fortroligt, hvis det er nødvendigt.

Min opgaveskrivning

I april og maj måned 2005 arbejdede jeg mere end 40 timer pr. uge med opgaven. Selvom opgaven max må være 50 sider, så skal hvert ord og sætning overvejes nøje. Samt selvfølgelig være teoretisk underbygget.

Hver uge mødtes jeg med mine vejledere,

- Mette Merlin Husted, 42 år
- 14 års erhvervskarriere indenfor edb-branchen med bl.a. ansættelse hos Mærsk A/S
- Autoriseret klinisk diætist, juni 2005
- Erfaring med madlavning fra Billeshave Efterskole
- Laver opskrifter til grønsagskasse fra Strøb Grønt
- Har egen praksis i Middelfart
- Ansat som klinisk diætist i Middelfart Kommune



og det var en stor hjælp, at man løbende kunne få vurderet sin opgave, så man følte sig på rette spor.

Jo tættere jeg kom på juni måned, jo mere nervøs blev jeg. Simple jobs, som at føre almindelig husholdning og tale med mine børn efter endt skoledag, blev helt uoverkommeligt. Jeg var ikke meget til familieliv i denne periode. Familien tog det pænt og hjalp også med nogle af de praktiske opgaver i forløbet, såsom at indtaste data i regneark og korrekturlæsning. Min opgave blev skrevet på 8 uger. De sidste uger brugte jeg til eksamensforberedelse.

Eksamen

Professionsbachelorprojektet afsluttes med en mundtlig eksamen, som er individuel. Den skriftlige opgave og den mundtlige præstation bliver bedømt samlet ved en mundtlig prøve efter 13-skalaen. Eksamen tager 45 minutter, og den stude-

rende starter med et mindre oplæg om emnet. Eksaminationen foregår som en faglig samtale med udgangspunkt i den skriftlige del af projektet.

Min eksamen

Jeg valgte at fremlægge nogle undersøgelser fra udlandet og Danmark om underernæring på sygehusene.

Derefter havde censor, hovedvejlederen og jeg en faglig snak om, hvordan de kliniske diætister i fremtiden bør spille en større rolle i bekæmpelse af underernæring på sygehusene, og hvordan diætister bør inddrages i primærsektoren med deres kompetencer, som f.eks. i stor-kommuner.

Min eksamen endte med et godt resultat ■

Mette.merlin.husted@middelfart.dk

Uddrag af Mettes professionsbacheloropgave kan læses i Diætisten nr. 79, side 28 - 31 (red.)

Tjek www.dengroenneslagter.dk
- kun tilsat god information

GI'R DIG LYST TIL AT LEVE SUNDT

Antikoagulationsbehandling og K- vitaminholdige fødevarer

Vitamin K er et fedtopløseligt vitamin, der skal tilføres med kosten og som endvidere syntetiseres af bakterier i colon og efterfølgende absorberes derfra. Vitamin K er lysfølsomt, men relativt varmestabil. Indholdet af K- vitamin i fødevarer er afhængig af sort, dyrkning, jordbundsforhold og lagring. Mængden af syntetiseret K – vitamin fra colon varierer betydeligt fra person til person, hvilket bevirker, at det er vanskeligt at fastslå menneskets behov, men det er sikkert, at syntesen i colon ikke er tilstrækkelig. Behovet estimeres til 1 µg/kg/dag til voksne (1).



Line Rossen

Vitamin K har betydning for dannelsen af koagulationsfaktorer. I processen omdannes K – vitamin til vitamin K – epoxid, der efterfølgende regenereres til vitamin K under medvirken af en reductase. Det er denne sidste proces, der hæmmes med anti-koagulantia (2).

Antikoagulationsbehandling

Patienter i antikoagulationsbehandling frarådes større mængder fødevarer med et højt indhold af K – vitamin, især kåltyperne. Den daglige indtagelse bør ikke overstige 250 µg per dag. Om mængden af K – vitamin må overstige 250 µg per dag er meget omdiskuteret, idet nogle mener, at

så længe indtagelsen er stabil, kan medicinen indrettes herefter. Det skal dog hertil siges, at idet det er genanvendelsen af K – vitamin, der hæmmes med anti-koagulantia, vil en øget mængde over 250 µg ikke have nogen virkning, idet mængden af K – vitamin så vil være tilstrækkelig høj til, at en omdannelse ikke er påkrævet for at dække behovet (2).

Vejledningmateriale

Patienterne præsenteres for flere forskellige typer vejledningmateriale angående fødevarernes indhold af K- vitamin.

Pjecerne indeholder mere eller mindre overskuelig information.

Informationspjecerne er eksempelvis fra medicinalfirmaerne bl.a.

Nycomed®,

Hjerteforeningen og kliniske diætister.

Derudover findes også kopier af oversigter fra ex. Det amerikanske landbrugsministerium,

Lægemiddelkataloget e.l. Disse pjecer udleveres ofte af sygeplejerskerne og lægerne med en mere eller mindre fyldestgørende forklaring af, hvorledes mængden af K-vitamin skal forvaltes i det daglige af patienten.

I pjecen fra Hjerteforeningen og de pjecer fra kliniske diætister, jeg har stiftet bekendtskab med, forsøges det at simplificere oplysningerne og gøre dem så praktisk anvendelige som muligt.

Hovedoplysningen i disse pjecer er, at der højest bør indtages 100 g i alt af følgende grøntsager per dag: Spinat, grønkål, rosenkål, broccoli og blomkål.

Det skaber ofte stor frustration hos patienterne, at de anbefales vægttab og et højere indtag af frugt og grønt samtidig med, at de med den anden hånd får frataget muligheden for at anvende nogle af de fødevarer, som er mest ”danske”.

I forbindelse med en vejledning af en patient med forhøjet kolesteroltal, ”opdagede” jeg, at patienten var i antikoagulationsbehandling. Da der på kontoret ikke var nogle pjecer vedr. fødevarer med et højt



indhold af K-vitamin, hentede jeg en pjece fra Nycomed®. I denne var der ingen oplysninger om indholdet af K – vitamin i blomkål. Jeg fandt derfor oversigten fra det amerikanske landbrugsministerium, hvor det var oplyst, at blomkål indeholdt 5 µg/100 g, hvilket stod i noget grell modsætning til, at der i den danske levnedsmiddeltabel stod oplyst, at der var 210 µg/100 g. Min kollega og jeg diskuterede efterfølgende, hvorfor der var denne uoverensstemmelse mellem oplysningerne og enedes om at undersøge hvorfor. Det blev en noget større og mere overraskende opgave, end jeg havde ventet.

Databaser

Da vi undersøgte forskellige databaser vedrørende næringsindholdet i fødevarer, fandt vi mange forskellige

oplysninger med kildemateriale. Kilden i den danske levnedsmiddeltabel er fra 1980. Endvidere varierede indholdet af K-vitamin fra 5 – 20 µg/100 g i undersøgelser fra bl.a. USA, Østrig og Finland og som allerede nævnt 210 µg i den danske udgave.



Jeg tog kontakt til Akademiingeniør Anders Møller fra Danmarks Fødevarer-

forskning, der fortalte, at der var en rapport fra det svenske Livsmedelverket, hvor der var anvendt en nyere og mere pålidelig analyse af K – vitaminindholdet i fødevarer sammenlignet med kilden fra 1980 (3). Denne er mere præcis og de nye analyser viser, at indholdet af K – vitamin i blomkål er lavt, som anført i de udenlandske databaser.

Det tyder altså på, at der har været en fejl i levnedsmiddeltabellen, der har bevirket, at patienterne er blevet anbefalet, at de skulle begrænse indholdet af blomkål, på trods af, at indholdet er meget lavt. I og for sig er det en glædelig nyhed, at vi ikke længere skal anbefale en begrænsning på blomkål. Jeg synes dog samtidig, at det er vigtigt at slå et slag for, at vi anskuer de "sandheder", vi alle tager for pålydende op til revision en gang imellem og stiller os kritiske overfor dem. Derudover mener jeg, at det er vigtigt, at vi som kliniske diætister medvirker til, at

den information patienterne får, er praktisk anvendelig og opdateret.

Levnedsmiddeltabellen vil blive opdateret snarligt og linket til rapporten vedr. den ny analysemetode er tilgængelig på www.foodcomp.dk ■

lrossen@gmail.com

Kilder

1. Nordiske Nærings Rekommandationer 2004, 4. udg. Nordic Council of Ministers 2005.
2. Lægemiddeldkataloget, 2002, Dansk Lægemiddel Information A/S.
3. Rapport 4/98: K – vitamin i livsmedel. Livsmedelsverkets analyser fra 1996 – 97 samt litteraturdata.



Line Rossen, uddannet klinisk diætist i 2005 og ansat i barselsvikariat på Horsens – Brædstrup sygehus. Endvidere underviser på Vejle Amts Sygeplejeskole i fagene Ernæringslære og Klinisk Ernæring. Oprindelig uddannet økonoma fra Rigshospitalet i 2002.



Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? ⁽¹⁾

Resume af Hollandsk artikel om hvorfor diabetikere udebliver fra aftalen, de har med den kliniske diætist.

Formålet med studiet var at finde prevalens og mulige årsager til ikke at møde i diabetesklinikken.



Studiet er lavet på baggrund af telefoninterviews med diabetikere, der ikke mødte op til besøg. Ud fra næsten 700 journaler, på type 1 og type 2 diabetikere, har man udtaget to grupper. 200 der er mødt til alle besøg hos en diætist, og 200 der er udeblevet mindst en gang fra deres besøg. Data er samlet ved interview pr telefon med de personer. Interviewene er baseret på spørgsmål, der er udformet på baggrund af interview med 20 diabetikere (10, der mødte, og 10, der ikke mødte) 12 kliniske diætister, 3 læger og 2 sygeplejersker.

Spørgsmålene var om deltagernes helbred, fx. "Hvor alvorlig en sygdom er diabetes?" Nogle af spørgsmålene var endvidere direkte omkring hvorfor de ikke mødte. Om fordele og ulemper ved besøg hos diætisten, "Hvad får du ud af besøget hos diætisten?" og hvordan de opfattede diætisten, "Lytter diætisten til hvad du fortæller hende?".

I gruppen der ikke mødte op, var der en

lavere opfattelse af betydningen i forhold til deres diabetes, de var mindre tilfredse med besøget hos diætisten, og deres overbevisning i forhold til at det havde indflydelse på deres helbred og diabetes var lavere. De følte mindre forpligtelse i at møde til den aftalte tid hos diætisten, og de opfattede udbyttet af besøget lavt.

73% indrømmede at de var betænkelige eller tilbageholdende ved at besøge en klinisk diætist. 51 begrundede deres usikkerhed ved besøget. Heraf svarede de 43% at det var fordi vægten ikke ændrede sig. 12% at de givne råd ikke virkede.

94 gav en specifik grund til at de ikke kom, den mest almindelige var simpel forglemmelse, 44%. 12% mente ikke, at diætisten kunne fortælle noget nyt, og 2% mente, diætisten var den mindst vigtige ved et besøg på hospitalet.

Simpel forglemmelse indikerer at besøget ikke er højt prioriteret, og at forståelsen for madens betydning er lav.

Der kom også råd om hvordan besøget kunne forbedres. Her efterlystes flere nyheder og bedre koordination med besøg hos de andre behandlere. Specielt diabetikere med anden etnisk baggrund efterlyste vejledning, der matchede deres spisevaner.

At så mange i studiet har den opfattelse, at de ikke får noget udbytte af besøget hos en diætist, og de ikke hører nyheder, illustrerer at mange patienter mangler motivation for et besøg. Det kan også indikere, at patienterne har højere forventninger end diætisterne kan levere. Specielt diabetikere med lang diabetesvarighed fandt ikke konsultationerne anvendelige. Det kunne være, fordi patienterne overestimerer deres egen viden og det hensigtsmæssige i deres spisevaner. Men det viser også, at diætister skal finde nye metoder og holdninger for at nå diabetikerne.

Hvis der skal mere detaljeret information om, hvilke barrierer diabetikerne har for mødet med en klinisk diætist, skal det måske inkludere face-to-face interview lige efter udeblivelsen fra et besøg.

Denne artikel er fra Holland 1999-2000. Om det har ændret sig indtil 2006, og fordi det er Danmark, tror jeg ikke. Den er værd at læse og tænke over.

etl@steno.dk

Reference

- Spikmans, et al. The British Dietetic Association: J Hum Nutr Dietet 2003; 16:151-158.

Forebyggelse af livsstilssygdomme - en væsentlig sundhedsopgave i fremtiden

I februar 2006 blev der afholdt en konference i København "Forebyggelse af livsstilssygdomme – en væsentlig sundhedsopgave i fremtiden".

Institut for Kompetence Udvikling stod som arrangør af konferencen.



Malene Iskov

Sygdomsmønstret i Danmark har ændret sig. "Livsstilssygdomme" er den helt store topscorer i det nuværende sygdomsbillede. Tal fra Verdenssundhedsorganisationen WHO viser, at mere end en tredjedel af alle sygdomme i Europa kan spores til risikofaktorer som tobak, alkohol, blodtryk, kolesterol og fedme. Vores moderne livsstil er således ansvarlig for en lang række sygdomme, som hvert år medfører store menneskelige og økonomiske omkostninger – både for den enkelte, familierne og samfundet.

De konkrete udfordringer

Forebyggelsen af livsstilssygdomme er et vigtigt samfundsansliggende, som også står højt på dagsordenen, nu hvor det nye Danmarkskort er ved at tage form. Formålet med denne konference "Forebyggelse af livsstilssygdomme – en væsentlig sundhedsopgave i fremtiden" var, at sætte fokus på de udfordringer og

spørgsmål, der er opstået i kølvandet på forberedelsen og struktureringen af forebyggelsesopgaverne i de nye regioner og kommuner.

Jeg vil kort beskrive nogle af de pointer, som jeg fandt mest interessante for diætisterne som faggruppe.

Borgerrettet kontra patientrettet forebyggelse

Det er vigtigt, at vi skelner mellem den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse.

Den borgerrettede forebyggelse kan f.eks. målrettes særlige byområder eller særlige målgrupper, hvor der opleves, at der er sundhedsproblemer.

Problemet skal være af en vis størrelse for at kommunerne vil prioritere at bruge midler på det.

Den patientrettede forebyggelse kan f.eks. være etablering af Sundhedscentre for kronikere.

Det giver mening for kommunerne at lave tilbud for kronikere, som ofte er storforbrugere af sundhedssystemet.

Økonomiske betragtninger

Professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet kom med

nogle økonomiske betragtninger, som var lidt dystre.

Der er ca. 2,5 millioner kroner pr. kommune til den borgerrettede forebyggelse. Det er uheldigt, hvis den borgerrettede forebyggelse glemmes eller nedprioriteres på baggrund af den patientrettede forebyggelse, men det er små midler, der er øremærket til den borgerrettede forebyggelse.

Det er vigtigt med et evidenter tilbud. For at kommunerne får noget ud af indsatsen skal det munde ud i, at kommunen skal aflevere færre penge til regionen på baggrund af kortere og færre indlæggelser. Hvis ikke der spares penge på indlæggel-

serne, vil det resultere i at de samlede sundhedsudgifter stiger.

Kjeld Møller Pedersen refererede til en undersøgelse på Amager Sygehus år 2003, der viste, at blot 2-5% af indlæggelserne muligvis kan flyttes/undgås ved forebyggelse.

Det er vigtigt, at der bliver målt på den forebyggende indsats, fordi vi i virkeligheden ikke ved ret meget om, hvad der virker.

Der er lavet meget forskning om, hvad der gør os syge, men ikke så meget om, hvad der gør os sunde. Lad os nu flytte fokus til det, der gør os sunde frem for det, der gør os syge.

Sundhed skal tænkes ind på alle arenaer for at det rykker f.eks. børnehaver, skoler, uddannelser, arbejdsløshedsområdet mv.



Det Nationale Råd for Forebyggelse

Jesper Fisker, Sundhedsdirektør i Københavns Kommune og medlem af det Nationale Råd for Forebyggelse fortalte, at der er en kampagne på vej fra Det Nationale Råd for Forebyggelse: KRAM. KRAM står for Kost-Rygning-Alkohol-Motion.

Samtidig forudser Jesper Fisker, at kommunerne vil blive oversvømmet af gode tilbud på forebyggende arbejde. Det er vigtigt med det rette fokus. Relativt få penge skal strække til en stor indsats, og kommunerne må derfor lægge meget stor vægt på, at tilbudene bygger på et evidenter grundlag.

Københavns Kommune lavede i år 2005 en Folkesundhedsrapport, som er interessant, men også dyster læsning. Middellevetiden i Danmark er på niveau med lande, som vi normalt ikke sammenligner os med. Det land vi ligger tættest på er Albanien.

Det går godt med rygning og alkohol, dårligere med kost og motion, og så bliver ulighederne i sundhed stadig større.

Tanker for fremtiden

Der er ingen tvivl om, at der fra alle sider lægges op til en tværfaglig indsats i det forebyggende arbejde. Det er vigtigt, at vi diætister er synlige i gadebilledet og er med til at bidrage med de mange erfaringer, vi har gjort os.



Derudover er det vigtigt, at vi i det forebyggende arbejde måler på den indsats, vi er med til at sætte i gang, så vi i fællesskab får opbygget en erfaringsbank og større viden om hvilken indsats, der virkelig rykker.

Vil du læse mere

Jeg kan anbefale følgende rapport: "Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering i kommunalt regi 2005", Sundhedsstyrelsen, netpublikation www.sst.dk ■

maleneiskov@mail.dk



Vejen til varigt vægttab med slankedoktor.dk

Vejen til varigt vægttab med slankedoktor.dk

af læge Carl J. Brandt og diætist Lisa Bolting
 Aschehoug Dansk Forlag A/S, 2006
 196 sider
 249 kr.

Der er sjældent, jeg læser en faglig bog, jeg er ubetinget begejstret for, men her er en af dem.

Bogen henvender sig til læseren på en meget personlig, men ikke anmassende eller fordømmende måde. Forfatterne har tydeligvis en meget stor forståelse for og indsigt i de overvægtiges situation, hvor forskellig den end er, samt det utal af barrierer man støder ind i for at fastholde et vægttab og en ændret livsstil over længere tid.

Bogen lægger hele tiden vægt på, at det handler om den enkeltes egne beslutninger, valg og vaner, der skal ændres med henblik på varigt vægttab. Det understreges i bogen, at det er en individuel proces, og den enkelte må selv finde og fastholde sin egen motivation og plan i forløbet. Dette budskab formidles ikke mindst gennem kapitler med personlige historier. Meget forskellige mennesker beskriver deres eget vægttabsforløb bl.a. singlepigen, husmoderen og forretningsmanden.

Selve konceptet og mulighederne på slankedoktor.dk er selvfølgelig også beskrevet

i bogen. Formålet er at hjælpe almindelige mennesker til et varigt vægttab gennem livsstilsomlægninger og nedbryde den barriere og ydmygelse, det er, at konfrontere sig direkte med behandlerne om sin overvægt. Derudover skabe et forum for udveksling af erfaringer, tips og gode

tips fra slankedoktor.dk inddelt i forskellige kapitler om fx indkøb, morgenmad, grøntsager osv. Der tages udgangspunkt i de evidensbaserede principper og hvert emne er grundigt beskrevet med en masse praktiske tips kombineret med få, korte huskeregler til at fastholde en ændret

vane over længere tid. De centrale sætninger i teksten er fremhævet i en boks med "køkkenternet" baggrund.

Bogen er skrevet i et lettilgængeligt sprog og hele tiden med fokus på hverdagslivet, så den kan fint fungere som selvhjælpsbog, hvis folk ikke ønsker eller har mulighed for vejledning via slankedoktor.dk.

Allis Bek, klinisk diætist



råd med ligesindede.

Det hele sker i samarbejde med professionelle og erfarne eksperter med en lødig baggrund.

Jeg synes, det er et rigtig godt initiativ med slankedoktor.dk. Der er mulighed for at nå ud til langt flere mennesker end de traditionelle vejledningskoncepter. Det er dejligt, det er blevet en så stor succes.

I bogen har de samlet de bedste råd og



Glutenfri – til hverdag og fest

Glutenfri – til hverdag og fest

Indsamlet og redigeret af Lene Kjellmann
Udgivet af Dansk Cøliaki Forening

1. udgave, 1. oplag 2005

ISBN 87-991011-0-6

96 sider

Pris 199,- kr. + porto

Kan købes i Dansk Cøliaki Forening:
post@coeliaki.dk eller på tlf. 7010 1003

Baggrunden for bogen er, at der i de seneste år er kommet mange nye glutenfri produkter på markedet. Udvalget er blevet større og indkøbsmulighederne bedre. Dette har betydet et behov for nye opskrifter til cøliakere. Bogen henvender sig til cøliakere og til andre der gerne vil kunne byde en cøliaker til spisning.

Indledningen af bogen er en generel beskrivelse af cøliaki, symptomer ved

cøliaki, diagnosticering og en præsentation af Dansk Cøliaki Forening.

Derefter er der et meget flot afsnit om bagetips for glutenintolerante og en fin beskrivelse af de specielle ingredienser, der indgår i glutenfri bagning og madlavning, herunder de nyeste produkter på markedet incl. en producentoversigt.

Bogen er efterfølgende delt op i forhold til opskrifter på:

- Rugbrød og kuvertbrød
- Groft brød – trekanter og boller
- Lyst brød og boller
- Flutes, pitabrød m.m.
- Madbrød med krydderier
- Pizza
- Diverse – pasta, tærter m.m.
- Kager med gærdej
- Lagkager – kagemand og roulader
- Formkager med frugt m.m.



- Småkager til hele året
- Pandekager, æbleskiver m.m.

Bagerst i bogen er der lavet sider med plads til egne notater

Konklusion

En meget flot og indbydende, up to date bog, om glutenfri madlavning, med hovedvægten lagt på glutenfri bagning. Kan anbefales i diætvejledningen af cøliakere eller til afvikling af kurser i cøliaki.

Kirsten Færgeman, klinisk diætist

Ny udgave af pjecen "Cøliaki og mad uden gluten"

Fødevarestyrelsen gør opmærksom på, at pjecen "Cøliaki og mad uden gluten" udkom i en revideret udgave i oktober 2005. Styrelsen har fået oplyst, at den tidligere udgave af pjecen fra september 2003 stadig udleveres til patienter nogle steder og opfordrer derfor til, at man i stedet anvender den nye udgave.

Det afgørende nye i pjecen er, at både børn og voksne med cøliaki nu kan spise såkaldt specialfremstillet havre. Desuden omtales de nye mærkningsregler, som

gør det lettere for personer med bl.a. cøliaki at læse varedeklarationerne og undgå det, de ikke kan tåle. Pjecen omtaler endvidere, at der er blevet bedre muligheder for, at voksne med cøliaki kan søge økonomisk støtte til merudgifterne i forbindelse med diæten.

Pjecen er gratis og kan bestilles i Fødevarestyrelsen på www.fvst.dk/publicationer/foedevareallergi eller på tlf. 33 95 60 00 mellem kl. 9 og 12 på hverdage.



Doktor Slank Fup og Fakta om Fedme

Doktor Slank

Fup og Fakta om Fedme

af Arne Astrup og Ulla Pedersen

Ekstra Bladets forlag, 2006

120 sider

149,- kr.

En stor del af bogens ærinde er at kommentere og gøre op med en række gængse myter om slankekur. Specielt de slankeregimer, der fortrinsvist promoveres i bøger, blade og tv-udsendelser for tiden som fx Atkin's diæten, South Beach Kuren, The Zone eller Lene Hansson (fit for life).

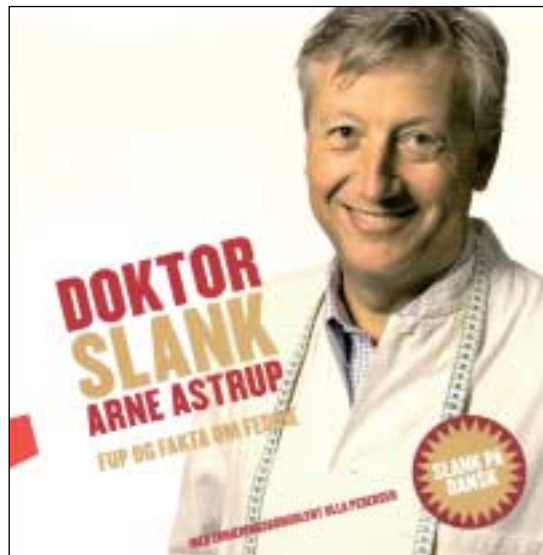
Bogens "fup og fakta" afsnit gennemhuller de fleste af de myter, vi oftest møder i den daglige praksis med overvægtige. På Institut for Human Ernæring er de tilsyneladende også trætte af at bruge en stigende del af deres vejledningstid på at forklare patienterne, at de "gode råd" fra kurene fak-

tisk er ret dårlige, og at de har en tvivlsom begrundelse set fra en ernæringsvidenskabelig synsvinkel.

Bogens andet hovedærinde er at give konkrete råd om hensigtsmæssig kost og vægttab.

De tager udgangspunkt i de 8 kostråd og supplerer med 10 ekstra råd til vægttab – fx om måltidsmønster, mæthed og kalorie-tæthed i mad og fødevarer. Desuden er der afsnit om indkøb, forslag til måltider, ugeplanlægning af mad samt enkelte opskrifter. Hverken måltider eller opskrifter er næringsberegne, i stedet forsøger bogen at formidle nogle principper og huskeregler, der er anvendelige i dansk livsstil, som forfatterne forstår den.

I øvrigt er det også en rigtig "doktor"- bog med kildehenvisninger og gennemgang af formler for beregning af BMI, beregning af fedtmasse for kvinder og mænd samt krop-



pens fedtprocent. Desuden afsnit om hurtigt kontra langsomt vægttab, samt hvor ofte det er hensigtsmæssigt at veje sig.

Bogen er delt op i 13 små kapitler, der gør den overskuelig og trykt med forholdsvis store bogstaver, så de enkelte kapitler er hurtigt læste eller genlæste.

Bogen er meget anvendelig, og specielt for de personer der har brug for en kortfattet gennemgang og som også motiveres af, eller har behov for mere videnskabelige forklaringer, er bogen god.

Allis Bek, klinisk diætist

Bøger modtaget på redaktionen

Michel Montignac

Montignac Kuren - slankekur for livsnydere

Ekstra Bladets Forlag

256 sider

169,- kr.

En sukkerknald svarer til to glas champagne eller en halv flaske Bordeaux. Valget er dit!

Du kan nyde livet samtidig med, du taber dig, for det drejer sig om at vælge det "rigtige" fedt og de bedste kulhydrater, når et måltid sammensættes.

Bogen indeholder 50 fransk-inspirerede opskrifter, inddelt i forretter, hovedretter og desserter.

Bettina Borg

Stop uret - i form efter 40

Forlaget Olivia

160 sider

249,- kr.

Skab det liv du ønsker – resten af livet!

Bogen tager hånd om stress, vaner, livsstil, tid og ikke mindst at skabe en flottere krop efter de 40 – eller vedligeholde den.

Den bygger på fem områder: Fysisk aktivitet, ernæring, helbred, skønhed og mental sundhed.

Lønstatistikken tilgængelig på hjemmesiden

Den indsamlede lønstatistik, der er baseret på de udbetalte lønninger i september 2005, kan nu læses på hjemmesiden, www.diaetist.dk.

Der blev udsendt i alt 332 spørgeskemaer, idet målgruppen var ansatte i offentlige og private stillinger. 71,8 pct. af disse blev returneret, hvilket må betragtes som en meget tilfredsstillende besvarelsesprocent. Sammenholdt med året før, hvor den første statistik blev indsamlet, er der denne gang ca. 40 medlemmer flere, der indgår ved opgørelse af de forskellige tabeller. De første tabeller viser, hvor meget der er tjent i løn og pension, idet alle med ansættelse på mindre end fuld tid, har fået lønnen omregnet til 37 timer pr. uge. De pågældende tabeller er opdelt, så aflønningen vises som funktion af medlemmernes uddannelse, stilling, alder, arbejdsstedets geografiske beliggenhed samt ansættelsesområde.

Endvidere er aflønningen opgjort efter medlemmernes samlede indtjening på grundlag af den faktiske arbejdstid i

hovedstillingen med tillæg af eventuelle bierhverv.

I næste nummer af Diætisten, vil der være en artikel med analyse af det, der kan uddrages af statistikken.

Anders Højgaard
Forhandlingskonsulent
FaKD



Aftale om kompetenceudvikling

Aftale om kompetenceudvikling for Sundhedskartellets område foreligger nu. Aftalen fastlægger regler for, hvorledes kompetenceudvikling indarbejdes i arbejdspladsernes personalepolitikker og bliver en naturlig del heraf.

Opmærksomheden skal henledes på muligheden for via lokalløndannelse at aftale tillæg begrundet i ens kvalifikationer og kompetencer.

Aftale om kompetenceudvikling kan findes på FaKD's hjemmeside, www.diaetist.dk.

Liselotte Wittendorff
Forhandlingskonsulent
FaKD

Foreningen af Kliniske Diætister

Om FaKD Din diætist Fagblad Pressen For medlemmer Kontakt

Spørg diætisten
Børn og unge
Sundhed og vægt
Kost/pyramider
Spis brød til
Sundt og usundt født
Varedeklarerer
Diætisten
Afåre
Gravetid
Anring og sundhed
Få et sundt
Kølestid
Tilbud

Diætisten – din hjælp til et sundere liv

Hos diætisten kan du forvente at blive vejledt af en ekspert i at spise sundt og ernæringsrigtigt. Diætistuddannelsen varer 3 ½ år og diætisterne har som den eneste faggruppe i Danmark en dybtgående viden om sammenhænge mellem mad, sundhed og sygdom.

Et besøg hos diætisten starter altid med at tage udgangspunkt i din hverdag, hvad du spiser og godt kan lide, hvad du laver i løbet af dagen, og hvad du gerne vil opnå med besøget hos diætisten. For nogen er det et vægthab eller bare ønsket om at leve sundere, mens andre måske skal have hjælp til at omvænge kosten på grund af sygdom. På baggrund af samtalen kan diætisten skræddersy en personlig kostplan til dig.

Her på siderne er der mulighed for at læse mere om de forskellige emner, som diætisterne møder i deres konsultation. Vi har valgt at vise nogle af de oftest stillede spørgsmål til diætisterne og samtidig give en smagsprøve på nogle af de områder, hvor man måske har brug for ekstra viden om kost og ernæring. Al rådgivning om kost og ernæring er selvfølgelig et spørgsmål om dig og din hverdag, hvorfor informationerne her på sitet aldrig kan erstatte en individuel vejledning hos diætisten.

Du kan finde din lokale diætist her

Erstat
Pris
Søg i vores mæssale og artikler her på side:
Søg

DIÆTISTEN NR. 80 - 2006

45 33 32 00 39

Fordelagtig rejseforsikring til kliniske diætister

Som medlem af FaKD har du mulighed for at tegne et fordelagtigt tilbud på rejseforsikring, som FaKD får glæde af via samarbejdet med Jordbrugsakademikerne.

Det er Lån & Spar Bank, der står for administration af tilbuddet. Se www.jafordelsbanken.dk for yderligere oplysninger, og kontakt Lån & Spar Bank på 33 78 19 84 for at benytte tilbuddet.

Se desuden www.diaetist.dk.



Rejseforsikring i Lån & Spar Bank

For kun 395 kr. er familien sikret på rejsen. Året rundt.

Rejser du udenlands én eller flere gange om året? Så vil det sikkert glæde dig at høre, at du nu kan få markedets måske bedste rejseforsikring sammen med dit gratis JA MasterCard for kun 395 kr. om året.

Rejseforsikringen dækker hele din familie (husstander), året rundt, på alle rejser op til 30 dage. Du slipper dermed helt for udgiften til andre forsikringer, når du skal ud at rejse – en udgift, der kan løbe op i flere tusinde kroner, hvis en hel familie skal af sted.

Forsikringen dækker blandt andet:

- Sygdom og hjemtransport for 1 mio. kr.
- Evakuering for 100.000 kr.
- Bagageforsikelse efter 4 timer for 6.000 kr.
- Afbestilling ved sygdom for 45.000 kr.

Opfordring

Diætisten ønsker i oktober 2006 at sætte fokus på psykisk arbejdsmiljø.

I den forbindelse opfordrer vi jer, læsere, til at give jeres bidrag til et spændende temablad, der er relevant for alle kliniske diætister – både offentlig og privat ansatte samt privatpraktiserende diætister.

Har du lyst til at skrive et indlæg om "Hvad kendetegner den gode arbejdsplads" og modsat "Hvad kendetegner den dårlige arbejdsplads". Hvad er det, der gør en arbejdsplads god at være på – hvad ligger du vægt på. Og hvad er det, der sker, når det modsatte er tilfældet, når arbejdspladsen ikke fungerer.

Har du været sygemeldt pga. mobning, stress, udbrændthed o.lign. hører vi også gerne fra dig. Er du kommet tilbage på job. Hvordan starter man efter en sådan sygemelding.

Har du erfaringer med ændringer i arbejdsrutiner, der var gavnlige for dig. Er det muligt at råbe ledelsen op, når det brænder på. Har du kollegaer eller er du ene, hvad betyder det for det psykiske arbejdsmiljø. Hvordan får du læst af, hvordan kommer du videre, får du supervision m.m.

Hvis du ønsker at bidrage til temabladet, men ønsker at være anonym, er der

mulighed for det. Blot skal redaktion være bekendt med dit navn.

For at muliggøre planlægning af bladet, vil vi gerne have en mail fra dig senest 1. juni 2006, hvis du har lyst til at bidrage. Deadline for selve indlæggene til temabladet er 1. september 2006.

For kontakt til redaktionen: jonnawinther@roendesnet.dk eller 8659 6966 / 2484 9650.

Vi ser frem til at høre fra dig.

På redaktionsgruppens vegne
Jonna Winther
Redaktør

Emne: 15. årsmøde i Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Sted: Rigshospitalet, Auditorium 2
Dato: 28. april 2006, kl. 9 – 17
Tilmelding: Deltagergebyr, kr. 425 (dækker frokost + kaffe), indbetales til Danske Bank, Fredensgade afdeling, reg. nr. 4361, konto nr. 4 361 803 159, tilhører Klinisk Ernæring.
Husk at få anført deltagernavn ved betaling via sygehus.
Desuden sendes navn, titel, arbejdssted til ronney@rh.dk med angivelse af dato for betaling.

Anmeldelse af frie foredrag: 15-20 min varighed: Foredragstitel og – resumé, max. 1 A4 side, egnet til fotokopiering, sendes til én af arrangørerne.

Arrangører: Jens Kondrup, professor, overlæge, Institut for Human Ernæring, Kgl Veterinær- og Landbohøjskole, Ernæringsenheden, Rigshospitalet, jens.kondrup@kvl.dk.
Lise Munk Plum, udviklingssygeplejerske, Rigshospitalet, plum@rh.dk. Anne Marie Beck, klinisk diætist, seniorforsker, Danmarks Fødevarerforskningscenter, ambe@dfvf.dk

Yderligere oplysninger: www.dske.dk

Emne: 24th International Symposium on Diabetes and Nutrition

Sted: Lloyd's Baia Hotel Salerno, Italy
Dato: 29. juni – 1. juli 2006
Yderligere oplysninger: www.DNSG.org

Emne: De 9. Nordiske Diætistdage, Island - kongres for nordiske diætister

Sted: Reykjavik, Island
Dato og tid: 9.-12. august 2006
Yderligere oplysninger: www.dietisterinorden.org.
Arrangør: Nordisk Diætistforening

Emne: Det tynde topmøde d. 18. september i Odense

Målgruppe: Politikere, omsorgsledere i ældreplejen, kostfaglige ledere/producenter, læger, ernæringsfaglige
Sted: Odense
Dato: 18. september 2006
Pris: Ca. 1000,- kr.
Yderligere oplysninger: Der vil blive udsendt særskilt program og tilmelding gennem sekretariatet

Emne: Smagens Dag

Fokus er det fede mellemmåltid og den gode smag
Det vil være i et samarbejde med flere interessenter, men med fokus på diætistens rolle for borgeren.
Sted: Eventen løber af stablen 10 udvalgte steder i Danmark
Dato: 27. september 2006
Yderligere oplysninger: ca@diaetist.dk

Emne: Generalforsamling for Foreningen af Kliniske Diætister

Sted: Odense Universitetshospital
Dato: 28. oktober 2006
Yderligere oplysninger følger

KØBENHAVNS AMT, FREDERIKSBERG OG KØBENHAVNS KOMMUNER

Karin Kok
Stenvadpark 18, 3520 Farum
Tlf.: 44 95 54 61. kok@rh.dk

FREDERIKSBORG AMT

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

ROSKILDE AMT

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

STORSTRØMS AMT

Susanne Ross
Hasselo Strandvej 8, Hasselo Plads,
4800 Nykøbing Falster. Tlf.: 54 85 72 71.
sr.din-slanke-linie@mail.dk

VESTSJÆLLANDS AMT

Ledig

FYNS AMT

Jette Drost
Møllergade 54, 5700 Svendborg
Tlf.: 23 44 64 84. Jette.Drost@ouh.Fyns-Amt.dk

SØNDERJYLLANDS AMT

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

RIBE AMT

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

VEJLE AMT**ÅRHUS AMT**

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

VIBORG AMT

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

RINGKØBING AMT

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

NORDJYLLANDS AMT

Lonneke Claes Hjermitslev
Bispensgade 37. 9800 Hjørring
tlf. 99 64 52 21. E-mail: sve.lhj@nja.dk

REDAKTIONSUDVALG

Formand Cecilia Arendal
Telefon og telefonsvarer 51 32 53 78
Email: ca@diaetist.dk

FORRETNINGSUDVALG

Formand: Dorthe M. Wiuf Nielsen
Tlf.: 35 35 34 17
Email: dwn@diaetist.dk

KVALITETSSIKRINGSUDVALG

Formand: Se www.diaetist.dk

PRAKSISUDVALG

Formand Heidi Dreist
Tlf.: 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

PR-UDVALG

Formand Cecilia Arendal
Telefon og telefonsvarer 51 32 53 78
E-mail: ca@diaetist.dk

Medlem: Heidi Dreist
Tlf. 55 77 14 54
E-mail: hd@diaetist.dk

UDDANNELSESUDVALG

Formand: Cecilia Arendal
Telefon og telefonsvarer 51 32 53 78
E-mail: ca@diaetist.dk

**NORDISK DIETISTFORENING/
NORDIC DIETETIC ASSOCIATION**

Formand: Helle Skandorff Vestergaard
Suppleant: Ulla Finne

VAGT-TELEFONORDNING

Kliniske diætister indgår i Jordbrugsakademikernes vagttelefonordning. Direkte telefonnummer til rådgivning i løn- og ansættelsesforhold, telefon: 23 74 01 11 (hav venligst dit medlemsnummer parat). Åben mandag, tirsdag, torsdag og fredag: kl. 9-14. Åben onsdag: kl. 9-12

Man spiser også med øjnene

Sanserne stimuleres, og appetitten genvindes

Hjælp dine patienter til at genvinde livskvaliteten med Addera Plus – smag, der giver energi til livet.

Novartis præsenterer nyt farveglad og appetitvækkende design på alle Komplet Næring og Addera. Det gode, velsmagende indhold i de 26 forskellige ernæringsdrikke er uændret.

Smagen til forskel

