

#### SEKRETARIATSADRESSE

Foreningen af Kliniske Diætister  
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER  
Landemærket 10  
1012 København K  
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 9-16.30

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

#### UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister  
ISSN 1395-1169

#### REDAKTØR

Anne W. Ravn, tlf. 20 20 35 50  
[redaktoer@diaetist.dk](mailto:redaktoer@diaetist.dk)

#### ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes  
[gr@diaetist.dk](mailto:gr@diaetist.dk)

#### SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 94, 1. juli 2008  
(udkommer august 2008)

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

#### DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf. 75 50 10 01

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

#### INDHOLDSFORTEGNELSE

##### TEMA: SUNDHEDSFREMME OG

##### FOREBYGGELSE UDE OG HJEMME

Kan arbejdspladsen gøre en forskel?	5
En måltretet indsats til overvægtige voksne: Ny pulje støtter vægtstop-rådgivere og udsatte arbejdspladser	10
Sundhed i virksomheden handler om balance	12
Overvægtige gravide - komplikationer ved graviditet og fødsel	16
Kan en tværfaglig indsats i almen praksis gavne overvægtige med disposition for type 2-diabetes?	20
Uden om honningens religiøse univers	27
Ny undersøgelse viser, at diætister er bedst til at give hjertesunde kostråd	30

##### OS IMELLEM

Studierejse som led i personlig faglig udvikling	32
À la carte mad – er det vejen frem?	33
Boganmeldelser	35
10. Nordiske diætistdage	36
Fra bestyrelsen	37

Møde- og kongreskalender	39
--------------------------	----

#### BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . Viggo Rothes Vej 23 . 2920 Charlottenlund . Mobil 20 78 61 10 . E-mail: [gr@diaetist.dk](mailto:gr@diaetist.dk) Næstformand **Anne Marie Beck** . Frødings Allé 13, 1 . 2860 Søborg . Tlf. 35 35 34 03 . E-mail: [ambe@food.dtu.dk](mailto:ambe@food.dtu.dk) Kasserer **Line Rosgaard Kristensen** . Østervang 28 st th. . 8840 Rødkærsgade . Tlf: 30 29 74 57 . E-mail: [lrk@diaetist.dk](mailto:lrk@diaetist.dk) Øvrige medlemmer: **Dorthe Wiuf Nielsen** . Sjællandsgade 45, 3.tv. . 2200 København N . Tlf: 35 35 34 17 . E-mail: [dwn@diaetist.dk](mailto:dwn@diaetist.dk) **Mette Pedersen** . Jagtvej 65, 1. th. . 2200 København N **Helene Andresen** . Farverhus 71 . 6200 Åbenrå . Tlf: 74 52 42 09 . E-mail: [ha@diaetist.dk](mailto:ha@diaetist.dk) **Lone Bjerregaard** . Fabriciusvej 32 . 9210 Aalborg SØ . Tlf: 98 12 44 06 . E-mail: [ljb@diaetist.dk](mailto:ljb@diaetist.dk) **Suppleant: Camilla Onsberg Storm** . Gl. Lyngevej 29 . 3450 Allerød . Tlf: 48 17 43 17 . E-mail: [cos@diaetist.dk](mailto:cos@diaetist.dk) **Kirsten Petersen** . Hochstrasse 3 . DE-24939 Flensburg . Tlf. 0049 461 3182696 . E-mail: [kirsten\\_petersen.aas.sja.dk](mailto:kirsten_petersen.aas.sja.dk)

# Sundhedsfremme og forebyggelse

Ginny Rhodes  
Formand



Inden *struktureform* blev det nye ord, var der til manges frustration egentlig ikke den store politiske fokus på ovennævnte to emner – sundhedsfremme og forebyggelse. Vi har i Danmark traditionelt haft fokus på behandling med diskussioner om ventelister, behandlingsgaranti mv. Dette til trods for at vi oftere og oftere de senere år har hørt om et sti-

gende antal borgere med kroniske sygdomme, hvoraf mange går udiagnosticerede rundt og tror, at de er raske. Samtidig har vi også hørt om endog meget store beløb, som det danske velfærdssamfund skal finde i fremtiden for at betale for behandling af disse kronikere. Og mon ikke vi er mange, der har undret os (og måske stadig undrer os) over, hvorfor der ikke politisk tages stilling til disse udfordringer? "Man skal så før man kan høste", hedder et ordsprog – og heldigvis er der kommet mere gang i denne debat – vi er nødt til også at tale sundhedsfremme og forebyggelse for ikke at overbelaste vores sundhedsbudget i fremtiden. Forebyggelse skal her også ses som den fortsatte behandling af fx kronisk syge for at forebygge, at deres sygdom forværres og dermed gør dem mere behandlingskrævende.

Vi diætister deltager som en selvfølge i denne debat, der pågår om, hvad sundhedsfremme og forebyggelse vil sige – hvem der har ansvaret – og måske særligt: Hvem skal udføre dette i praksis? Strukturreformen har flyttet ansvaret ud i kommunerne, hvilket betyder, at også kronisk syge nu skal varetages af kommunerne, ref. Sundhedslovens § 118: *Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelse* og § 119, stk. 2: *Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Regionerne - ifølge § 119 stk. 3: "tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v."*. Ansvaret er hermed klart fastlagt. For de sunde og raskes vedkommende er det kommunernes ansvar at etablere sundhedstilbud, og dette gælder også for de kronisk syge, når de forlader hospitalet efter endt behandling der.

Særligt forholdene omkring kronikerne har diætisternes interesse set i relation til kommunerne, da det også er **vores** patienter, der nu skal rykke fra fx et diabetesambulatorium på et hospital og ud i et kommunalt tilbud om videre forebyggelse/behandling af deres diabetes. På KL's netop afholdte sociale temamøde blev det nævnt, at 77% af kommunerne nu har indgået sundhedsaftaler med deres region om fordelingen af de regionale og kommunale indsatser på sundhedsområdet – men dermed er der også stadig kommuner, der ikke har lavet disse sundhedsaftaler med regionerne, og dermed en risiko for at borgere kan havne mellem to stole, fordi det endnu ikke er aftalt, hvem der har ansvaret for deres sundhedstilbud. Samtidig siger opgørelser, at 43% af kommunerne har oprettet et sundhedscenter el. lign. til at varetage sundhedstilbud til deres borgere. Hvad gør de øvrige 57% mon? Hvor går deres borgere hen?

Og når der er et tilbud til borgerne, hvem er det så, der varetager disse opgaver? Her har vi diætister stadig en stor opgave med at få kommunikeret ud, hvem vi er – hvad vores uddannelse indeholder, og dermed hvad vi kan. Alt for mange politikere, sundhedsfaglige og almindelige borgere kan ikke gennemskue, om en person (der måske ligefrem kalder sig diætist) har den fornødne uddannelse og erfaring og dermed de fornødne kompetencer til at udføre arbejdet på tryk og forsvarlig vis. I dette blad står der mere om vores uddannelse, og FaKD vil fremover arbejde aktivt på at få udbredt kendskabet til de kliniske diætister og deres kompetencer, så vi kan være med til at sikre både borger og patientsikkerheden.

Mener vi det alvorligt med en indsats på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet, må vi også gøre vores til, at opgaverne varetages af kompetente, kvalificerede medarbejdere.

# Nyt navn Samme indhold



## Ensini skifter navn til Nutridrink Juice style

Til juli skifter Nutricias kendte ernæringsdrik Ensini navn til Nutridrink Juice style. Kun navnet ændres - indholdet er stadig det samme.

Nutridrink Juice style er en juicelignende ernæringsdrik med protein og højt energiindhold. Drikken er fedtfri og er et godt alternativ til milkshake-lignende ernæringsdrikke.

Nutridrink Juice style benyttes som tilskud til den almindelige kost. Drikken fås i 7 friske smagsvarianter, så patienterne sikres variation: Det øger compliance!

Du er altid velkommen til at kontakte os, hvis du har spørgsmål eller ønsker at bestille vareprøver.



Nutricias kendte ernæringsdrikke: Nutridrink Juice style, Nutridrink, Nutridrink Multi Fibre og Nutridrink Yoghurt style (Fortifresh) introduceres i nyt design fra maj.

Rørmosevej 2 A 3450 Allerød Tlf. 70 21 07 07 [www.nutricia.dk](http://www.nutricia.dk)

Nutricia er blandt verdens førende virksomheder inden for avancerede, kliniske ernæringsprodukter til syge, børn og andre med særlige ernæringsbehov. Vores overordnede mål er at nedbringe underernæring i Danmark.

Vigtigt! Levnedsmiddel til særlige medicinske formål. Til ernæringsmæssig behandling af sygdomsrelateret malnutrition. Skal anvendes under lægeligt tilsyn.

**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition

# Kan arbejdspladsen gøre en forskel?

- Hvad ved vi om arbejdspladsstrategier til fremme af sundere kostvaner?

Sundhedsfremme drejer sig ikke kun om at fortælle befolkningen om, hvad der er sundt. Det drejer sig også om skabe de rette rammer, der gør det nemt og fristende at leve sundt i dagligdagen. Her har arbejdspladsen for mange voksne en central plads. Danske såvel som internationale studier peger på, at det er muligt at påvirke og ændre på medarbejdernes kost gennem forskellige typer målrettede indsatser. Viden på dette område er dog fortsat i sine tidlige 'teenageår', og den videnskabelige litteratur på området er relativt sparsom (1-3).

Anne Dahl Lassen



Michael Søgaard Jørgensen



Formålet med denne artikel er kort at gennemgå den internationale litteratur på området med særlig fokus på nogle af de mere fremtrædende, især amerikanske studier, og efterfølgende at gennemgå nogle af de danske erfaringer og videnskabelige resultater på området. Der vil udelukkende blive fokuseret på studier, hvor målgruppen er bredt defineret frem for rettet mod særlige risikogrupper.

## International bevågenhed

Arbejdspladsen er gennem de senere år kommet i stigende fokus som forum for sundhedsfremme. Rapporter fra såvel Nordisk Ministerråd (4), WHO's regionale kontor for Europa (5) som Europa-kommissionen (6) fremhæver alle arbejdspladsen som en vigtig arena for at forbedre folkesundheden. Gennem arbejdspladsen er det muligt at nå en stor del af befolkningen, herunder mange som måske ikke nås gennem de mere traditionelle kommunikationskanaler. Ud over de fysiske tilbud om mad skaber arbejdspladsen også et naturligt socialt fællesskab og en kulturel kontekst, der ligeledes er med til at påvirke vores spisevaner og muligheden for at ændre på disse vaner (7, 8).

## Meta-analyse af kostmæssig effekt

Traditionelt har interventioner i relation til kost og ernæring på arbejdspladserne i høj grad fokuseret på ændringer af det informative miljø, herunder forskellige former for uddannelse samt oplysning, fx i forbindelse med købsituationen. Nyere studier har i langt højere grad inddraget det fysiske og sociale miljø, herunder øget tilgængelighed af mere sunde fødevarer. Effekten af de forskellige arbejdspladsinterventioner synes at variere i omfang og i graden af succes. På trods af disse forskellige studier imellem samt det relativt beskedne antal af denne form for studier, synes datagrundlaget at være stort nok til at kunne påvise, at kosten kan påvirkes ved at ændre udbuddet af mad på arbejdspladsen gennem fokus på mere frugt og grønt samt reduceret fedtindhold. Således fandt Thorogood og hans kollegaer (9) ved opsummering af otte kontrollerede arbejdspladsstudier i en metaanalyse et øget indtag på ca. 0,2 portion frugt og grønt per





dag. Denne kostmæssige effekt kan umiddelbart synes relativt beskeden, men man bør dog huske på, at ud fra et populationsperspektiv kan selv moderate ændringer i kostindtag have betydning i relation til befolkningens sundhed.

#### Eksempler på udenlandske studier

Ét af de studier, der indgik i ovenstående metaanalyse – det såkaldte 'Treatwell 5-a-Day' (10) – viste, at inddragelse af familien er en lovende strategi for at øge indtaget af frugt og grønt. I dette studie sås en stigning på gennemsnitlig 0,2 styk frugt og grønt i det, der blev kaldt arbejdsplads-interventionsgruppen, mens en stigning på gennemsnitlig 0,5 styk sås i den såkaldte arbejdsplads plus familie-interventionsgruppe. Et sundhedsuddannelsesprogram på en arbejdsplads med brug af kolleger til at rådgive kolleger (peer health education) havde ligeledes en del succes (11). Det vurderes, at studiet bl.a. kan vise, hvordan man kan træne medarbejdere til at rådgive deres kolleger inden for forskellige kulturelle, kønsmæssige og sociale netværk, og hvordan effekten af anvendelsen af sociale netværk kan styrkes.

To studier publiceret i 2007 byggede på skræddersyet sundhedsinformation og mulighed for individuel feedback; én for bygningsmedarbejdere (individuelle, motiverende samtaler via telefon og feedback per mail) (12), og en anden for brandmænd (to interventionsgrupper baseret på hhv. team-orienterede undervisningsgrupper og individuelle personlige motiverende samtaler) (13). Begge disse studier viste en interventionseffekt for de deltagende medarbejdere på omkring 1-1½ portion frugt og grønt per dag.

#### Status for danske forhold

Vender vi blikket mod Danmark, viser en rapport udgivet i 2008 af Sundhedsstyrelsen, at 60% af danske virksomheder allerede har ordninger, tilbud eller lignende på madområdet (herunder egentlige madordninger for de ansatte, fx en kantine, frugtordninger, frugt i forbindelse med møder, foredrag, tilbud om væggtabs-

kurser og/eller tilknytning af diætist/vægtkonsulent m.m.).

Andelen af virksomheder, der har egentlige madordninger for de ansatte, ser ikke ud til at have ændret sig væsentligt siden 2005. Til gengæld ser andelen af virksomheder med andre typer af tilbud og ordninger, herunder frugtordninger, ud til at være steget i samme tidsperiode (14).

En rapport udgivet af DTU (Danmarks Tekniske Universitet) Fødevareinstituttet i 2007 beskriver kvaliteten af dansk kantinemad (15). Af denne rapport fremgår det, at de fleste kantiner på danske arbejdspladser giver medarbejderne mulighed for at vælge at spise en sund frokost. Men det sunde valg er langtfra altid det nemme valg. Meget af kantinemaden indeholder for meget fedt og salt og for lidt frugt og grønt. Et sundt tilbud i form af fx en salatbar er således ikke nok til at sikre, at kunderne som helhed får en sund kost på arbejdspladsen.

#### Fra sundt tilbud til sundt udbud

Flere udenlandske studier har kigget på muligheden for at fremme salget af sunde måltider ved at promovere disse måltider i kantiner og restauranter gennem mærkning. Men deres succes har generelt været begrænset (1). Udviklingen synes snarere at gå i retning af, at hele udbuddet som udgangspunkt skal være sundt og velsmagende. Det er væsentligt, at kantinepersonalet sammen med virksomhedsledelsen og kunderne (dvs. medarbejderne på virksomheden) kritisk går i dialog om, hvilken slags kantinemad man ønsker og til stadighed arbejder med løsningsmuligheder, der både opfylder medarbejdernes kulinariske krav og de ernæringsmæssige anbefalinger. Det er tanken, at de statslige arbejdspladser i Danmark skal gå foran i arbejdet for sundere kantinemad ved at formulere en kostpolitik inden udgangen af 2008. Det er en del af regeringens fødevarerpolitiske redegørelse, og de har fået hjælp af et sæt målsætninger udarbejdet af Fødevarestyrelsen og DTU Fødevareinstituttet. Læs mere herom på [www.altomkost.dk/](http://www.altomkost.dk/) under mad på arbejde.

## Hvad siger kunderne?

Kunderne ser ud til for hovedpartens vedkommende at være med på den. Foreløbige resultater fra en undersøgelse gennemført af Fødevarøkonomisk Institut ved Københavns Universitet i forbindelse med Kantine Take Away-projektet<sup>1</sup> viser, at 70% af de i alt 4550 adspurgte personer var enige eller meget enige i, at der som udgangspunkt kun bør være sunde retter i kantinerne på arbejdspladserne. Samme tendens ses i en nylig publiceret rapport fra 4B Analyse & Marketing (16). De skriver, at der er stor efterspørgsel på mad med lavt kalorie/fedtindhold, hvor halvdelen af kantinebrugerne efterspørger mere af denne menutype. Ligeledes er der stor efterspørgsel på frugt og grønt. Positive erfaringer med at indføre mere frugt og grønt blev fundet i projektet '6 om dagen i storkøkkener' gennemført af det nuværende DTU Fødevarerinstitution, Kræftens Bekæmpelse og frugt- og grønterhvervet. Her blev der systematisk arbejdet med at øge indholdet af frugt og grønt i varme retter, smørrebrød og udvikling af udbuddet af salat og frisk frugt og grønt. I fem pilotkøkkener steg det daglige frugt- og grøntforbrug således med i gennemsnit 70 g per kunde i løbet af interventionsperioden på et halvt år, og en yderligere stigning sås ved en senere måling udført et år fra baseline, således at det gennemsnitlige daglige indtag nåede op på over 200 g frugt og grønt per kunde (17). Erfaringen var dog, at der er mange barrierer, der skal overvindes for kantinerne (og kunderne), og der savnes simple redskaber til at vurdere den

ernæringsmæssige kvalitet af kantinemaden. Glædeligt er det imidlertid, at kantinerne tilsyneladende efterfølgende har kunnet bevare det høje gennemsnitlige niveau af frugt- og grøntforbrug per kunde, dog med store variationer kantinerne imellem. Det viser en foreløbig opgørelse gennemført af ph.d.-studerende ved DTU Anne Vibeke Thorsen og kollegaer ved opfølgende målinger fem år fra baseline (18, 19).

## Serveringsformen har betydning for det sunde køb

Den førnævnte rapport fra DTU Fødevarerinstitutionen i 2007 om den ernæringsmæssige værdi af kantinemaden i Danmark (15) peger også på, at kantinens serveringsform, herunder prisstrukturen, kan have stor betydning for, hvor meget frugt og grønt, der bliver spist. Således fik de medarbejdere (begge køn), der spiste i en kantine med buffetordning<sup>2</sup>, mere frugt og grønt i gennemsnit i forhold til de medarbejdere, der spiste i kantiner med diskservering<sup>3</sup>. Faktisk viste kantinens serveringsform sig at have større betydning end kønnet for hvor meget frugt og grønt, der blev spist, og dermed indirekte den sundhedsbevidsthed, som kunderne havde (se tabel 1). Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der er kantiner både med buffetservering og med diskservering, der henholdsvis serverer meget og lidt frugt og grønt. Det er derfor nødvendigt, at alle typer kantiner til stadighed arbejder på at fremme frugt- og grøntindtaget såvel blandt salat-spisere som blandt dem, der fx kun ønsker den varme ret eller

(1) Et partnerskabsprojekt, der arbejder med at udvikle arbejdspladserns tilbud til medarbejdere om at tage sund mad med hjem fra arbejdet - se mere på hjemmesiden [www.kantinetakeaway.dk](http://www.kantinetakeaway.dk)

(2) Kunderne kan vælge mellem en række tilbud til en samlet fast pris

(3) Salg af enkeltdele hver for sig

**Tabel 1.** Gennemsnitligt frokostindtag for mænd og kvinder, der spiser på arbejdspladskantiner med henholdsvis buffet og hovedsagelig diskservering. Signifikante forskelle er fremhævet med fed skrift ( $p < 0.05$ ),  $n$  = antal medarbejdere, hvis frokost er blevet analyseret (15).

	Mænd			Kvinder		
	Buffet *	Disk †	p-value	Buffet *	Disk †	p-value
	(n=56)	(n=53)		(n=40)	(n=31)	
	Mean ± SD	Mean ± SD		Mean ± SD	Mean ± SD	
Energi (kJ/måltid)	2482 ± 837	2851 ± 1259	0.111	1909 ± 557	2065 ± 840	0.458
Portionsstørrelse (g/måltid)	388 ± 116	386 ± 155	0.823	345 ± 95	283 ± 77	<b>0.003</b>
Energitæthed (kJ/100 g)	654 ± 176	787 ± 295	<b>0.039</b>	568 ± 155	732 ± 179	<b>&lt;0.001</b>
Fedt (E%)	36 ± 12	38 ± 12	0.658	33 ± 12	33 ± 13	0.835
Frugt og grøntsager (g/måltid) ‡	143 ± 101	65 ± 63	<b>&lt;0.001</b>	174 ± 98	103 ± 61	<b>&lt;0.001</b>

\* Kunderne kan vælge mellem en række tilbud til en samlet fast pris

† Salg af enkeltdele hovedsagelig

‡ eksklusive kartofler



smørrebrød. Kantiner med diskservering kan overveje fx at sælge salat eller snackgrønt sammen med smørrebrød eller varm mad til en samlet favorabel pris.

### Firmafrugt

Firmafrugt er en succeshistorie i Danmark. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2008 over sundhedsfremmeordninger på danske virksomheder viser således, at 48% af i alt ca. 1800 adspurgte virksomheder angav, at de nu har frugtordning (adgang til frugt i løbet af arbejdsdagen) (14). Firmafrugtordningerne er et godt eksempel på, at det er muligt med simple tiltag at nå en betydelig effekt. Som en del af EU-projektet FRUITAVAL blev effekten af frugtordninger evalueret. Her fandt man, at frugtindtaget steg signifikant med i gennemsnit 112 g om dagen blandt medarbejderne i de virksomheder, som fik et tilbud om gratis frugt i arbejdstiden. I samme periode sås ingen signifikante ændringer i kontrolgruppens frugtindtag (20).

### Mad på Arbejde

I et partnerskabsprojekt mellem Fælles Fagligt Forbund (3F) og Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender, det såkaldte 'Mad på Arbejde'-projekt, blev aktiviteter udpeget og gennemført af virksomhederne selv. Projektet byggede således på frivillighed. Budskaberne fokuserede på udvikling af sunde vaner frem for på vægttab for at fremme en positiv attitude og åbne for en dialog på området. Kostindtaget blev evalueret for et tilfældigt udsnit af medarbejdere på virksomhederne før og efter interventionsperioden på et halvt år. Stort set alle de faktorer, der blev målt på, ændrede sig i en positiv retning. Sammenlignet med kontrolgruppen faldt den samlede kosts fedtindhold signifikant for både gruppen af virksomheder med kantine og uden kantine; i gennemsnit lige over to fedtenergiprocent. På frugt- og grøntområdet skete der en stigning i løbet af projektet på gennemsnitlig knapt 60 gram per medarbejder i interventions-virksomhederne, dog

med meget store variationer (21). I projektet blev der desuden udviklet en idémappe, der giver inspiration og vejledning til en sundere madkultur på arbejdspladsen. Læs mere om projektet og hent eller bestil mappen på [www.mad-paa-arbejde.dk](http://www.mad-paa-arbejde.dk).

### Opsummering

Selvom den forskningsbaserede viden om mulighederne for at udvikle kosten i en ernæringsmæssig bedre retning gennem interventioner på arbejdspladser stadig er utilstrækkelig, peger litteraturgennemgangen på følgende faktorer som værende væsentlige for succes:

- opbakning fra arbejdspladsens ledelse
- støtte i form af uddannelse og information kombineret med et bredt spektrum af tiltag der øger tilgængeligheden af sund mad på arbejdspladsen
- støttende organisatoriske strukturer i form af medarbejderdeltagelse i arbejdsgrupper, der koordinerer og evaluerer planlægning og gennemførelse af aktiviteterne
- gerne fokus på flere risiko-/succesfaktorer end kun de rent ernæringsmæssige (fx også rygning og motion)
- integration af medarbejdernes sociale kontekst i form af familie, naboer eller kolleger til at støtte forandringer.

Disse faktorer er sandsynligvis også vigtige for, at de gavnlige effekter fastholdes på længere sigt. Fremtidige projekter bør bygge videre på de indhøstede erfaringer og fokusere på at identificere og yderligere udvikle konkrete og effektive strategier og redskaber, der kan sikre et sundt udbud af mad og også gerne muligheden for fysisk aktivitet på arbejdspladsen. Ordningerne bør være målrettet de forskellige medarbejdergrupper. Endvidere bør der være fokus på, hvordan aktiviteternes positive sociale aspekter kan styrkes ved bl.a. at øge ledelses- og medarbejderopbakning og -involvering. Aktuelt er DTU involveret i blandt andet det tidligere nævnte projekt Kantine Take Away i et forsk-

ningssamarbejde med Fødevarøkonomisk Institut og Kræftens Bekæmpelse med støtte fra FØSU, de statslige forskningsmidler på fødevarer- og sundhedsområdet. DTU's Fødevarerinstitution opgave bliver blandt andet at udvikle redskaber, så kantinerne kan optimere madens ernæringsmæssige kvalitet samt undersøge de ernæringsmæssige virkninger ved at tilbyde sunde madordninger til at tage med hjem, mens DTU's Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse blandt andet skal se på, hvordan planlægningen af sådanne madordninger påvirker ordningernes succes – fx hvordan ordningerne både kan gavne medarbejdernes arbejdsforhold og deres privatliv uden for arbejdspladsen.

adla@food.dtu.dk  
msj@ipl.dtu.dk

## TERMINOLOGI

I Terminologi fra Sundhedsstyrelsen, kan man finde en redegørelse for tre centrale forebyggelsesbegreber: "folkesundhed", "forebyggelse" (inkl. primær, sekundær og tertiær forebyggelse) samt "sundhedsfremme".



## Referencer

- Buttriss J, Stanner S, McKeivith AP et al. Successful ways to modify food choice: lessons from the literature. *Nutrition Bulletin*. 2004;29:333-343.
- Livsmedelsverket. Bra mat på jobbet. Uppsala, Sweden: Livsmedelsverket, 2007.
- Pratt CA, Fernandez ID, Stevens VJ. Introduction and overview of worksite studies. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15 Suppl 1:1S-3S.
- Nordic Council of Ministers. Health, food and physical activity - Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity. Copenhagen, Denmark: Nordic Council of Ministers, 2006.
- WHO Regional Office for Europe. Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
- European Commission. White Paper on a Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. ENVI/6/50465. Brussels: European Commission, 2007.
- Lassen A, Bruselius-Jensen M, Sommer HM et al. Factors influencing participation rates and employees' attitudes toward promoting healthy eating at blue-collar worksites. *Health Educ Res*. 2007;22:727-736.
- Sorensen G, Stoddard AM, Dubowitz T et al. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *Am J Public Health*. 2007;97:1216-1227.
- Thorogood M, Simeria I, Dowler E et al. A systematic review of population and community dietary interventions to prevent cancer. *Nutr Rev Rev*. 2007;20:74-88.
- Beresford SA, Thompson B, Feng Z et al. Seattle 5 a Day worksite program to increase fruit and vegetable consumption. *Prev Med*. 2001;32:230-238.
- Buller DB, Morrill C, Taren D et al. Randomized trial testing the effect of peer education at increasing fruit and vegetable intake. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91:1491-1500.
- Sorensen G, Barbeau EM, Stoddard AM et al. Tools for health: The efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes Control*. 2007;18:51-59.
- Elliot DL, Goldberg L, Kuehl KS et al. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: outcomes of two models of behavior change. *J Occup Environ Med*. 2007;49:204-213.
- Sundhedsstyrelsen. Sundhedsfremme på arbejdspladsen 2007. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
- Lassen AD, Hansen KS, Trolle E. KantineMåltider - Ernæringsmæssig kvalitet. Søborg: Fødevarerinstitutionen, Danmarks Tekniske Universitet, 2007.
- 4B Analyse & Marketing A/S. Kantinebrugerrapport 2007. 4B Analyse & Marketing A/S, 2008.
- Lassen A, Thorsen AV, Trolle E et al. Successful strategies to increase the consumption of fruits and vegetables: results from the Danish '6 a day' Work-site Canteen Model Study. *Public Health Nutr*. 2004;7:263-270.
- Thorsen AV, Lassen A, Jørgensen MS et al. Organizing and evaluating F&V consumption in a worksite canteen intervention. 4th International Conference on the Health Benefits of fruit and vegetables within a Mediterranean style diet: EGEA IV 17-19 April 2007. 2007.
- Thorsen AV, Jørgensen MS, Mikkelsen BE. Sustainability of healthier eating in worksite canteens – seen from a social shaping perspective. ISBNPA, Oslo, June 2007. 2007.
- Alinia S, Lassen A, Tetens I. Increased fruit intake and body weight management in healthy adults - a worksite intervention study. *Ann Nutr Metab*. 2007;51:356.
- Lassen A, Andersen JS, Biltoft-Jensen A et al. Mad på arbejde - Metode, forløb og evaluering af projektet. Søborg: Danmarks Fødevarerforskning, 2005.

# En målrettet indsats til overvægtige voksne: Ny pulje støtter vægtstop-rådgivere og udsatte arbejdspladser

Som led i udmøntningen af satspuljemidlerne for 2007-2010 har regeringen og satspuljepartierne afsat 57,5 mio. kr. til en målrettet indsats overfor vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne.

Den nye tilskudspulje udmøntes af Sundhedsstyrelsen og støtter iværksættelse af kommunalt og regionalt forankrede vægtstoprådgivere og nøglepersoner på særligt udsatte arbejdspladser.

## Vægtstoprådgivere inspireret af rygestopinstruktører

Vægtstoprådgiver-konceptet er inspireret af den veletablerede ordning med rygestop-instruktører og skal på tilsvarende vis sikre, at der udvikles støttefunktioner lokalt i kommuner og regioner samt på særligt udsatte arbejdspladser.

Vægtstop-rådgiverne skal bidrage til at øge kompetencerne blandt svært overvægtige voksne til at opnå og vedligeholde et vægttab. Rådgivningen skal ikke alene have fokus på kost og motion, men skal i høj grad også fokusere på at øge motivationen og handlekompetencerne blandt de overvægtige, da det gang på gang har vist sig at være alfa omega i relation til at udvikle en ny sundhedsadfærd og vedligeholde et vægttab.

Vægtstoprådgiverne skal have en relevant sundhedsfaglig baggrund og videreuddannes fra centralt hold gennem et kursus, som Sundhedsstyrelsen har i udbud blandt uddannelsesinstitutioner og andre relevante aktører. Videreuddannelsen finansieres af satspuljemidlerne og forventes at være et forløb på 5x2 kursusdage. Videreuddannelsen vil indeholde elementer som fx træning i at give individuel coaching og redskaber til igangsættelse af netværksdannelse blandt svært overvægtige voksne. Kursusforløbet forventes etableret senest september 2008 og udbydes minimum tre gange inden udgangen af 2009.

## Nøglepersoner på særligt udsatte arbejdspladser

Det er hensigten, at vægtstoprådgiverne skal arbejde som udrejsende ambassadører i både kommune og region. De kommunalt forankrede vægtstoprådgivere opfordres desuden til at indgå i samarbejde med særligt udsatte arbejdspladser i kommunen indenfor særligt udsatte erhverv. De kommunale vægtstoprådgive-



re skal herved bidrage til etableringen og opkvalificeringen af såkaldte nøglepersoner på særligt udsatte arbejdspladser og samarbejde med disse nøglepersoner omkring tilbud til svært overvægtige og sundhedsfremme på arbejdspladsen.

Med særligt udsatte arbejdspladser menes arbejdspladser, hvor der er en høj forekomst af overvægt blandt de ansatte, og arbejdspladser, der beskæftiger erhvervsgrupper, hvor der er høj forekomst af overvægt.

Særligt udsatte arbejdspladser (kommunale, regionale og private virksomheder) kan således ansøge om et beløb på maksimalt 50.000 kr. fra tilskudspuljens midler til etablering af en nøglepersonordning. Midlerne skal anvendes til etablering af sundhedsfremmende tilbud og aktiviteter på arbejdspladsen, men kan ikke anvendes som lønmidler. Arbejdspladser, der ansøger om tilskud, forventes at bidrage med en tilsvarende egenfinansiering af indsatsen.

Nøglepersonens opgaver er at støtte op om vægttab og vægtvedligeholdelse blandt overvægtige kollegaer. Nøglepersonen skal være medarbejder på arbejdspladsen, men behøver ikke at have en sundhedsfaglig baggrund. Nøglepersonen skal ikke agere som

sundhedsprofessionel og rådgive om kost, fysisk aktivitet og psykosociale aspekter. Derimod er det nøglepersonens opgave at være en form for kontaktperson, som overvægtige kollegaer kan henvende sig til, og som kender mulighederne og tilbuddene i forbindelse med vægttab og vægtvedligeholdelse. Nøglepersonen kan desuden være med til at opbygge netværk for overvægtige kollegaer på arbejdspladsen.

Nøglepersonordningen skal iværksættes som et samarbejde mellem kommune og arbejdsplads. De kommunale vægtstoprådgivere kan bidrage til etableringen og opkvalificeringen af nøglepersonerne. Nøglepersonerne skal facilitere kontakten mellem de svært overvægtige på arbejdspladsen og de kommunalt forankrede vægtstoprådgivere samt indhente informationer omkring de tilbud, der findes i kommunen eller på arbejdspladsen.

#### Hvem kan søge tilskudspuljen?

Tilskudspuljen støtter både kommunalt og regionalt forankrede vægtstoprådgivere samt nøglepersoner på særligt udsatte arbejdspladser. Det er således kommuner og regioner, der kan ansøge om tilskudsmidler til vægtstoprådgiverordningen, hvorimod særligt udsatte arbejdspladser kan ansøge om midler til nøglepersonordningen.

I forbindelse med ansøgning om midler til vægtstoprådgiverordningen er det et krav, at vægtstoprådgiver-kurset indgår i de planlagte aktiviteter og gennemføres.

Tilskudspuljens primære målgruppe er overvægtige voksne særligt indenfor følgende målgrupper:

- Personer uden for arbejdsmarkedet
- Svært overvægtige gravide (både før og efter fødsel)
- Særligt udsatte erhvervsgrupper, herunder især ufaglærte
- Personer med anden etnisk baggrund end dansk.

#### Yderligere information

Du kan finde information om satspuljen på

Sundhedsstyrelsens hjemmeside

[http://www.sst.dk/Forebyggelse/Projekt\\_og\\_driftstoette/ansoegningspuljer/Overvaegt\\_voksne.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Forebyggelse/Projekt_og_driftstoette/ansoegningspuljer/Overvaegt_voksne.aspx?lang=da).

Der skal anvendes separate ansøgningskemaer for ansøgning om midler til vægtstoprådgiver- og nøgleperson-ordningen.

**Ansøgningsfrist er den 7. juli 2008 kl. 12.00.**

Spørgsmål vedrørende økonomi og administration:

Kasper Dahl, tlf. 7222 7587

Faglige spørgsmål: Susanne Wolff, tlf. 7222 7857 eller [swo@sst.dk](mailto:swo@sst.dk)

#### Opfordring til alle diætister!

I forbindelse med den nævnte pulje omhandlende vægtstoprådgivere vil FaKD gerne opfordre alle privatpraktiserende diætister/kommunedietister til at henvende sig til deres kommune om dette. Med lidt samarbejde kan vi få lavet en fælles ansøgning - hvori vægtstop rådgiverne netop er kliniske diætister.

FaKD vil gerne hjælpe til med at formulere oplæg mv. Så henvend jer til formanden [gr@diaetist.dk](mailto:gr@diaetist.dk) så vi kan koordinere arbejdet, hvis I finder muligheden interessant.



# Sundhed i virksomheden handler om balance

**ATP i Hillerød har i mange år arbejdet med sundhedsfremmende tiltag. Den øverste ledelse har for længst anerkendt, at sunde og glade medarbejdere er afgørende for at skabe gode resultater, og derfor er sundhed en naturlig del af forretningsstrategien. I denne artikel fortæller HR-direktøren og kantinelederen om arbejdet med sundhed og inddragelse af diætister.**

Medarbejderne skal blive sunde af at gå på arbejde. Sådan lyder det ambitiøse mål for ATP's arbejdsmiljø- og sundhedspolitik, der rummer en lang række tilbud til de ca. 750 medarbejdere. HR-direktør, Lilian Mogensen, uddyber:

– ATP ønsker at prioritere forebyggelse og sundhedsfremme frem for behandling, og vores målsætning er at fremme en bedre livskvalitet, mere overskud i hverdagen og mindre sygefravær hos vores medarbejdere. Vi ønsker at give mulighed for, at den enkelte medarbejder kan udvikle viden om både krop og psyke for på den måde at tage ansvar for egen sundhed, og derfor har vi tænkt sundhed ind i den daglige ledelse.

Sundhed i ATP handler om mere end gulerødder og pilatesbolde, og der arbejdes hele tiden med at udvikle nye initiativer inden for sundhed og trivsel.

## Sundhedspaletten

– Sundhed er mange ting, og en sund arbejdsplads er for os et sted, der kan tilbyde hele paletten. Vi har tilbud om motion, sund kost, et godt arbejdsmiljø og ikke mindst fokus på trivsel og livsbalance. Flere af vores tilbud foregår i arbejdstiden, med betalt arbejdstid. Vi gør en stor indsats for at skabe de bedste rammer, og medarbejderen har ansvaret for at udfylde dem, så hverdagen passer til netop deres situation, så de derved opnår den nødvendige balance, fortæller Lilian Mogensen, der fremhæver, at den største ledelsesmæssige udfordring også handler om at finde den rigtige balance - nemlig balancen mellem præstationer og livsbalance. – Vi er - og skal være - yderst ambitiøse i vores forretningsmæssige mål, og samtidig skal vi være realistiske i forhold til den menneskelige kapacitet, siger hun.

ATP tilbyder et kompetenceudviklingsmiljø med aktiviteter, der fokuserer på både den faglige, sociale og personlige udvikling. Der er særligt fokus på håndtering af stress og derudover tilbud som kostvejledning, motionsrum, massage, ergonomisk rådgivning, løbetræning, meditation, sundhedstest og rygestop. Sundhedsbegrebet skal forstås og tackles bredt.

## Balance mellem ord og handling

Helge Heilskov Kristensen har ledet kantine i ATP i mere end 10 år, og han mener, at en sund virksomhed først kan kalde sig sund, når der er sammenhæng og handling bag ordene. Og det mener han, der er i kantine. Kantinelederen startede dengang det højtbelagte smørrebrød, fedtet og frituren udgjorde de kulinariske tilbud til medarbejderne, og han havde fra starten et ønske om at skabe en sund og inspirerende kantine.

– Ligesom ATP har kantine også en ambition om at være førende, hvad angår sundhed. Og en sund virksomhed handler for mig om, at der er balance mellem det, man siger, og det man gør. Det er ikke nok at smide otte pilatesbolde hen i et hjørne og sige til medarbejderne, at I har ti minutter hver dag til at lave øvelser. Det er heller ikke nok kun at servere gulerødder, bare fordi de er sunde. Der skal være lækkerier eller smag i det, vi tilbyder, og det skal give mening - også på lang sigt. I kantine forsøger vi derfor hele tiden at forny os og finde nye metoder til at fastholde motivationen. Både i vores arbejde og i forhold til vores kunder.

Helge Heilskov Kristensen og hans kolleger er åbne for, hvad andre kan lære dem og har løbende besøg af gæsteundervisere, tager på inspirationsture i ind- og udland og har gennem årene samarbejdet med forskellige diætister. Diætisterne har både været involveret i personlig vejledning og i forhold til at inspirere og rådgive kantine. Helge Heilskov Kristensen er glad for at dele erfaringer og få nye input men oplever, at det kan være svært for nogle af de eksterne eksperter at få greb om virkelighedens udfordringer.

## ... og mellem teori og virkelighed

– Det er vigtigt, at man som ernæringseksperter kan sætte sig ind i virksomhedens behov. Mange er selvfølgelig optaget af den teoretiske viden, de har med sig, men det skal også fungere i og til-



– Sundhed i ATP handler om mere end gulerødder og pilatesbolde, og der arbejdes hele tiden med at udvikle nye initiativer inden for sundhed og trivsel.

Lilian Mogensen, HR-direktør

passes virkeligheden. Så mit råd vil være i højere grad at lytte og observere, inden man kaster sig ud i projekter – at lade behøverne være det styrende, lyder Helge Heilskov Kristensens opfordring til de diætister, der gerne vil ud og rådgive og inspirere i virksomheder. – Vi er hele tiden nødt til at afveje stemningen og fx i forhold til indførelsen af økologi, har vi ventet, til vi vurderede, at tiden var moden til det, og at vores kunder også var parate.

En anden vigtig pointe i forhold til rådgivning er, at medarbejdere jo ikke er en gruppe som af sygdomsårsager skal vejledes. Det er en anden motivation - eller manglende motivation - der er tale om:

– Man skal finde motivationen og sørge for at holde den i live. Og det er svært. For det kan jo sagtens være grønt og sundt og fedtfattigt, men det skal smage godt, det skal se indbydende ud, og det skal appellere til en meget bred gruppe.

Så de daglige udfordringer handler ifølge Helge Heilskov Kristensen om, hvordan man hjælper folk "mod deres vilje" – og uden at fjerne alt det usunde. ATP har således valgt helt at fjerne sodavand fra automater og buffet, men serverer fortsat økologisk juice. Holdet i kantine tager således forskellige midler i brug for at få kunderne ind på den sunde sti.

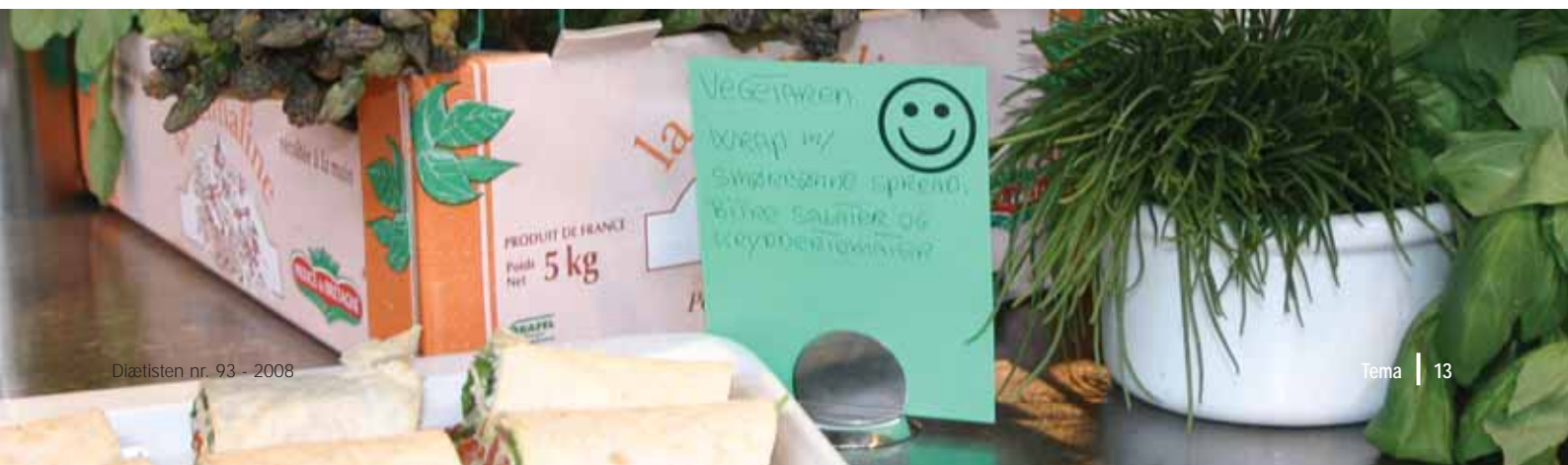
### Oplysning og nytænkning

Varierende, grøn og fedtfattig mad er en selvfølge på de to store buffetborde, hvor der er opstillet en digital vægt, så interesserede kan veje deres mad. Der er skiltning på de forskellige retter, hvor en smiley-figur indikerer hvor meget fedt, der er i den enkelte ret.

– Vi gør meget ud af oplysning. Hver uge lægger vi fx vores menu ud på intranettet, hvor man kan se, hvilken fedtenergiprocent de forskellige retter har, samt anbefaling af portionsstørrelse og - sammensætning, siger Helge Heilskov Kristensen, der ikke hviler på laurbærene, når det handler om at udfordre kundernes sunde vaner og smagsløg.

Mere end 50% af retterne i ATP's kantine er nu med anslået fedtenergiprocent på maks. 30 - målet er at komme op på 70% af retterne.

Skiltningen af de forskellige retter med rød (40+), hvid (30-40) og grøn (<30) går på anslået fedtenergiprocent.



Siden 2003 har det været muligt for medarbejderne to gange om ugen at købe sund aftensmad med hjem fra kantinen, og frugtordningen sørger for økologisk frugt hele dagen. Helge er også manden bag medarbejdertilbuddet om at købe en kasse frisk fisk leveret til arbejdspladsen hver torsdag.

Kantinens fremtidsplaner er i al beskedenhed at blive en kantine i verdensklasse. Konkret arbejdes der på at blive 90% økologisk inden udgangen af 2010, at 70% af retterne skal have en fedtenergiprocent under 30, og at alle brød og kager skal være hjemmebagt i egen stenovn. Og så har vi et ønske om at få mindst tre dage om ugen med take away og sælge hjemmebagt brød på udvalgte dage, slutter Helge Heilskov.

På spørgsmålet om, hvorvidt det kan betale sig at investere så mange ressourcer i sundhed, lyder Lilians Mogensens klare svar:

– Man kan også spørge, om vi har råd til at lade være? Uengagerede medarbejdere, lavt energiniveau og udbrændthed - hvis

det var hverdagen, var vi 'out of business' i løbet af meget kort tid. For at kunne præstere skal både krop og hjerne trives, og vores erfaring viser nu engang, at sunde og glade medarbejdere skaber de bedste resultater.

Se også [www.atp.dk](http://www.atp.dk)

**Der er desværre få kunder til fiskekasserne - kun mellem to og fem hver gang, så nu vil kantinen igangsætte en kampagne, der forhåbentlig kan trække flere til.**

**Der er til gengæld mellem 200 og 300 bestillinger på aftensmad de to dage om ugen, hvor tilbuddet er der.**

Initiativer fra Fødevarestyrelsen

## En sundere kantine - et forandringsprojekt for hele arbejdspladsen

Regeringen har besluttet, at alle statslige arbejdspladser skal formulere en politik for maden på jobbet inden udgangen af 2008. Håbet er, at det kan inspirere både de kommunale og private arbejdspladser til lignende initiativer. Fødevarestyrelsen har udarbejdet inspirationsmateriale "Sund mad på arbejdet - et ledelsesansvar!" og "Sund mad på arbejdet - sådan!", der skal gøre det nemt for ledere, kantineansvarlige og øvrige brugere at tage fat i forandringsprocessen og formulere en mad- og måltidspolitik. Materialet er målrettet virksomhedsledere og de ansvarlige for kantinen.

**Seminarer - kick-off til at indføre en mad- og måltidspolitik**  
Fødevarestyrelsen afholder to seminarer: "Sund mad på arbejdet - et ledelsesansvar!". Det foregår i Århus onsdag d. 11. juni og gentages i Roskilde d. 17. september, hvor Fødevareminister Eva Kjer Hansen vil åbne seminaret. På seminaret vil der også blive

præsenteret gode erfaringer fra virksomheder, der har formuleret en mad- og måltidspolitik og omlagt til en sundere kantine.

Fødevarestyrelsen opfordrer diætister til at deltage og få kendskab til konkrete erfaringer fra arbejdspladser, der allerede har indført en mad- og måltidspolitik og få indsigt i, hvad netop diætister kan bidrage med i forandringsprocesserne på arbejdspladserne.

### Kontakt

Ernæringsfaglig medarbejder Monica Lisa Jensen, tlf.: 3395 6110, eller Susanne Walter Johannessen, tlf.: 3395 6475.

### Find gode råd om sund mad på arbejdspladsen på

[www.altomkost.dk](http://www.altomkost.dk)  
[www.6omdagen.dk](http://www.6omdagen.dk)



Helge Heilskov Kristensen har ledet kantinen i ATP i mere end 10 år

## Stor fokus på sund mad på arbejdspladsen de senere år

En undersøgelse udarbejdet af Lederne Hovedorganisation om sundhedsledelse er netop offentliggjort på <http://www.lederne.dk/sundhedsledelse> under menupunktet Tal og Tendenser. Undersøgelsen viser, at 62% af de danske virksomhedsledere siger, at deres firma har en gratis frugtordning, mens 53% har en sund frokostordning. For fem år siden var det 37%, der havde fokus på sund mad.

70% af lederne siger, at medarbejdertilfredshed er den vigtigste grund til at indføre sundhedsfremmende ordninger på arbejdspladsen. 55% af lederne mener også, at et højt sygefravær giver grund til at sætte fokus på medarbejdernes sundhed.

På landets arbejdspladser mener 93% af de ansatte, at kantinen bør sørge for sund mad. Det viser den såkaldte "Tranbergundersøgelse" fra Kræftens Bekæmpelse. Den viser også, at kun hver tredje oplever, at den madordning deres arbejdsplads har, virkelig er sund.



"Sund mad på arbejdet – et ledelsesansvar!" skal hjælpe ledere og medarbejdere med at formulere en mad- og måltidspolitik for deres arbejdsplads.

Fødevarestyrelsens pjecer "Sund mad på arbejdet – et ledelsesansvar!" og "Sund mad på arbejdet – sådan!" med anbefalinger om sund kantinedrift kan bestilles på [www.fvst.dk/publikationer](http://www.fvst.dk/publikationer).



"Sund mad på arbejdet - sådan" omsætter målsætninger for en sund kantine i praksis for ledere, kantineansvarlige og øvrige brugere.

# Overvægtige gravide - komplikationer ved graviditet og fødsel

Overvægt blandt gravide er et tiltagende problem i den vestlige verden. I 2006 var 32% af alle fødende kvinder i Danmark overvægtige og 12% svært overvægtige (1). Det er veldokumenteret, at overvægt i graviditeten er forbundet med en lang række alvorlige komplikationer for både mor og barn (2,3), og det udgør en ressourcemæssig belastning i samfundet.

Christina Vinter



Charlotte Wolff



Berit Knold



Overvægt klassificeres ud fra Body Mass Index (BMI). Overvægt i graviditeten defineres ud fra præ-graviditetsvægten, som er den vægt, der er målt umiddelbart inden, kvinden blev gravid. Hvis denne værdi ikke kendes, anvendes alternativt vægten ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge.

Andelen af fødende, der er overvægtige, ser ud til fortsat at stige. Der er store regionale forskelle på de fødendes BMI i Danmark, således at Viborg Amt gennemsnitligt i perioden 2004-2006 var det amt, som med mere end 40% havde den største andel overvægtige. Frederiksberg kommune har den mindste andel af overvægtige fødende, nemlig 2,5 gange mindre i forhold til Viborg, se figur 1.

## KOMPLIKATIONER TIL OVERVÆGT

### Infertilitet og abort

Svær overvægt er forbundet med øget risiko for infertilitet. Dette kan til dels forklares ved øget forekomst af hormonelle forstyrrelser hos overvægtige kvinder, bl.a. det såkaldte polycystisk ovariesyndrom. Forekomsten af spontane aborter i første tredjedel af graviditeten er endvidere øget sammenlignet med normalvægtige kvinder (4).

### Svangerskabssukkersyge

Svangerskabssukkersyge, også betegnet gestational diabetes mellitus (GDM), er defineret ved varierende sværhedsgrad af glukoseintolerans, som diagnosticeres første gang i forbindelse med en graviditet. GDM forekommer i ca. 2% af alle graviditeter. Risikoen for GDM stiger kraftigt med stigende overvægt hos moderen (5). GDM er forbundet med øget børnedødelighed omkring fødslen (perinatal mortalitet). I graviditeten er GDM associeret med øget risiko for svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel, fødsel af store børn, fastsiddende skuldre og kejsersnit. Glukosetolerancen normaliseres ofte spontant få døgn efter fødslen hos langt hovedparten af GDM-patienterne. På lang sigt er GDM forbundet med øget risiko for at udvikle type 2 diabetes. Også for barnet er der langtidsstudier, der tyder på øget risiko for fedme og diabetes i voksenalderen.

### Svangerskabsforgiftning og forhøjet blodtryk

Svangerskabsforgiftning (præeklamsi) er defineret ved graviditetsbetinget forhøjet blodtryk (blodtryk > 140/90) og proteinuri. Tilstanden forekommer ved 3-5% af alle graviditeter og er associeret med øget sygelighed og dødelighed for både mor og barn. Ved svangerskabsforgiftning risikerer fosteret intrauterin væksthæmning, og moderen risikerer vekslende grader af organpåvirkning og i sjældne tilfælde kramper (eklamsi). Overvægt i graviditeten er associeret med 2-4 gange øget risiko for udvikling af forhøjet blodtryk og svangerskabsforgiftning (6).

### Kejsersnit

Risikoen for at fødslen ender med et akut kejsersnit øges med stigende BMI hos moderen (7). Forekomsten af såvel planlagte og akutte kejsersnit er ca. fordoblet for gravide med BMI > 30 sammenlignet med normalvægtige. Dette er af særlig interesse, idet antallet af komplikationer er forøget i forhold til normalvægtige, bl.a. mht. narkosekomplikationer, øget blodtab og infektioner i efterfølgende.

### Fødselsvægt

Forekomsten af nyfødte med høj fødselsvægt i forhold til graviditetslængde (large for gestational age), herunder børn med fødselsvægt > 4000 gram, stiger med stigende BMI hos moderen. Jo større fødselsvægt desto flere komplikationer under fødslen, fx



fastsiddende skuldre, neurologiske skader på barnet (Duchenne Erbs paralysie) og beskadigelse af endetarmsmuskulaturen hos moderen (sphincterruptur). Høj fødselsvægt er også relateret til øget risiko for senere udvikling af overvægt for barnet (8).

### Indlæggelse på neonatal afdeling

Risikoen for at børn af svært overvægtige mødre indlægges på neonatalafdeling er øget i forhold til børn af normalvægtige mødre. De overvægtige føder oftere børn med lav Apgar-score, det vil sige børn, som ud fra en samlet vurdering af barnets tilstand efter fødslen ikke har det optimalt. Risikoen for at den nyfødte udvikler lavt blodsukker er øget ved høj fødselsvægt og specielt for børn af gravide med svangerskabssukkersyge. Svær overvægt er endvidere forbundet med øget risiko for at føde børn med misdannelser – specielt rygmarvsbrok. Dette kan til dels forklare, at der blandt børn af svært overvægtige mødre ses en let forhøjet dødelighed.

## LIVSSTILSÆNDRINGER

### Fysisk aktivitet

Det er velbeskrevet, at fysisk aktivitet øger insulinfølsomheden og den insulinstimulerede glucoseoptagelse i musklerne. Flere undersøgelser har vist, at fysisk træning i graviditeten påvirker den gravide, fødselens forløb og den nyfødte i gunstig retning. Dette var gældende både for kvinder, der i forvejen motionerede og for tidligere inaktive kvinder, som i forbindelse med graviditeten påbegyndte et moderat træningsprogram (9). Risikoen for svangerskabssukkersyge reduceres væsentligt ved fysisk aktivitet før og under graviditeten, også blandt svært overvægtige (10). I 2004 udgav Sundhedsstyrelsen håndbogen "Graviditet og fysisk aktivitet" indeholdende officielle anbefalinger om motion til gravide. Heri anbefales alle raske gravide kvinder at dyrke mindst 30 minutters motion dagligt (11).

### Kost og vægtstigning i graviditeten

Under graviditeten er det ekstra vigtigt at spise sundt og varieret, idet kosten skal dække både moderens og fosterets ernæringsmæssige behov. I Danmark anbefales gravide kvinder at følge de otte kostråd i kostkompasset.

Fra udenlandske undersøgelser vides det, at 30-40% af alle gravide overstiger de anbefalede retningslinjer for vægtstigning i gra-

viditeten. Jo flere kilo gravide tager på i graviditeten, desto større er risikoen for blivende vægtstigning og deraf sundhedsmæssige problemer på sigt.

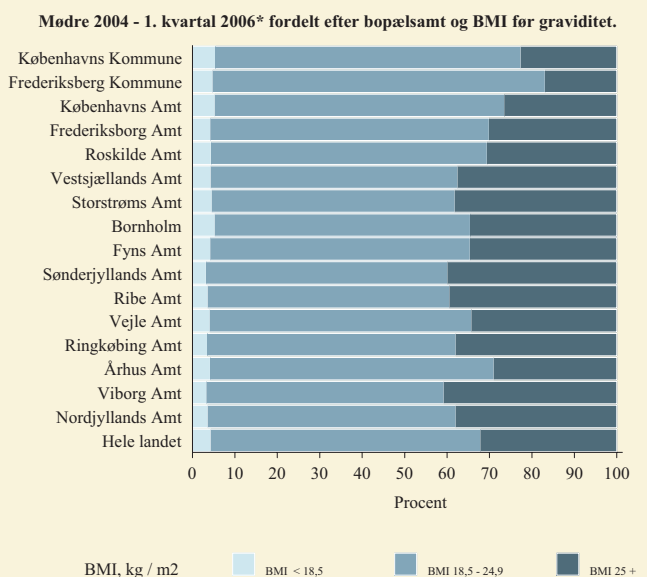
For normalvægtige gravide tilrådes en vægtstigning på 10-15 kg i løbet af graviditeten. For overvægtige gravide er de danske anbefalinger i dag at begrænse vægtstigningen til otte kg (12). Der foreligger nyere data, der tyder på, at yderligere begrænsning i vægten, for i forvejen svært overvægtige gravide, formentlig kan sænke antallet af komplikationer (13). Der er dog på nuværende tidspunkt endnu ikke videnskabeligt belæg for at ændre i de generelle retningslinjer herfor.

## Projekt LIVSSTIL OG GRAVIDITET

I efteråret 2007 startede en videnskabelig undersøgelse om livsstilsintervention til svært overvægtige gravide i Danmark. Undersøgelsen "LIVSSTIL OG GRAVIDITET" foregår i samarbejde mellem læger, jordemødre, diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker på Odense Universitetshospital og Århus Universitets-

Figur 1. (1)

Kilde: Nye Tal, Sundhedsstyrelsen 2006.



hospital, Skejby. Formålet er at undersøge effekten af livsstilsændringer i graviditeten hos svært overvægtige kvinder, målt ved antallet af komplikationer under graviditet, fødsel og hos det nyfødte barn. Undersøgelsen er randomiseret og kontrolleret og vil i løbet af projektperioden omfatte i alt 360 overvægtige gravide kvinder. Undersøgelsen foregår ved, at kvinderne efter lodtrækning kommer i en behandlingsgruppe eller en kontrolgruppe. Behandlingen består i diætvejledning, som nærmere beskrevet nedenfor, samt motionstilbud.

### Diætvejledning

Målet med diætvejledningen er at motivere patienten til at begrænse vægtstigningen til maks. fem kg i graviditeten, samt at opnå vægttab efter fødslen. Desuden er det målet at sikre sufficient ernæring i henholdsvis graviditet og ammeperiode.

Opfyldelse af målene sker på baggrund af en vurdering af kostanamnesen og efterfølgende vejledning i relevante energireducerede kostråd/De 8 kostråd samt råd i øvrigt ved graviditet.

Der foretages individuel beregning af energibehov i graviditeten og der udarbejdes diætplan med en reduktion på ca. 30% i forhold til estimeret energibehov (14,15). Energiforbruget i forbindelse med amning reduceres med minimum 2000 kJ pr. dag. Dog anbefales minimum 7500 kJ/dag (16).

Energifordelingen er følgende; 20 E% protein (1,1 g/kg normal legemsvægt), 50 E% kulhydrat, 30 E% fedt, hvor de essentielle fedtsyrer udgør minimum 5 E%, heraf 1 E% n-3 fedtsyrer, jf. Nordic Nutrition Recommendations (17).

Der foretages en vurdering af vitamin/mineralindtag og anbefaling af relevant tilskud.

Når de gravide kvinder møder til samtalerne, er de overordnede mål som beskrevet ovenfor, dog er det vigtigt at vurdere den enkeltes behov, hvorfor det kan være nødvendigt at justere målene og vejlede i det emne, den gravide på det pågældende tidspunkt har behov for.


Der er i projektet planlagt fire individuelle samtaler med diætist. Under samtaleforløbene udleveres forskellige materialer vurderet ud fra et individuelt behov, herunder individuelt dagskostforslag med variationslister til mellemmåltider, pjecen "Gode råd om mad og motion når du er gravid", indkøbsguide, generel information om gode råd til en sund livsstil, grønsager og tilbehør til salatbar, frugt, drikkevarer samt gode ideer til snacks. Endvidere opskrifter som fx "Gi' madpakken en hånd", "Grøntsagsguf og frugtfiduser", "Gør kål på knoldene", pjece om kost og amning samt pjecen "Kostkompasset".

### Motion

Gravide i behandlingsgruppen får et gratis medlemskab til et fitnesscenter og opfordres til øget fysisk aktivitet. Herudover foregår motionstræningen ugentligt ved en erfaren fysioterapeut på et lukket hold for gravide. Motionen er tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer og i træningen indgår både konditions-, styrke- og bækkenbundstræning. Endvidere bliver de gravide sammensat i mindre coachinggrupper, som mødes én gang månedligt med fokus lagt på fysisk aktivitet. Behandlingsgruppen udstyres med skridttællere for at øge motivationen til den daglige fysiske aktivitet.

### Referencer

1. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. 2006;14.
2. Rode L, Nilas L, Wøjdemann K, Tabor A. Obesity-related complications in Danish single Cephalic term pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:537-42.
3. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287.213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1175-82.
4. Wang JX, Davies MJ, Norman RJ. Obesity increases the risk of spontaneous abortion during infertility treatment. *Obes Res.* 2002 Jun;10(6):551-4.
5. Chu SY, Callaghan WM, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ, Dietz PM. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2007;30(8):2070-6.
6. O'Brien TE, Ray JG, Chan WS. Maternal body mass index and the risk of preeclampsia: a systematic overview. *Epidemiology.* 2003 May;14(3):368-74.
7. Bergholt T, Lim LK, Jørgensen JS, Robson MS. Maternal body mass index in the first trimester and risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(2):163.e1-5.
8. Aarup M, Sokolowski I, Lous J. Prævalens af overvægt og fedme blandt treårige i Aalborg Kommune samt beskrivelse af risikofaktorer *Ugeskr Læger.* 2008;170(6):452-6.
9. Clapp JF, Kim H, Burcio B, Lopez B. Beginning regular exercise in early pregnancy: Effect on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1484-8.
10. Dempsey JC, Sorensen TK, Williams MA, Lee IM, Miller RS, Dashow EE, Luthy DA. Prospective study of gestational diabetes mellitus risk in relation to maternal recreational physical activity before and during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2004;159:663-70.
11. Sundhedsstyrelsen. 2004. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.
12. Kost til gravide - Det videnskabelige grundlag for råd om kost i forbindelse med graviditet. Ernæringsrådet, 2005.
13. Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Mølsted-Pedersen L, Sørensen B, Vinter C, Damm P. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in 481 obese glucose tolerant women. *Diabetes Care* 2005;9:2118-22.
14. Gunderson EP. Gestational diabetes and nutritional recommendations. *Current Diabetes Reports* 2004;4 (5):377-386.
15. Connor H et al. The implementation of nutritional advice for people with diabetes. *Diabetes UK. Diabetic Medicine.* 2003;20:786-807
16. Reader Dand Franz M J. Lactation, Diabetes and Nutritional Recommendations: *Current Diabetes Reports.* 2004, 4: 370-376.
17. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity. 4th edition. Nordisk Ministerråd; København; Nord: 13; 2005.



Nyere forskning peger på, at betingelser og miljøpåvirkning i fosterlivet har betydning for senere udvikling af overvægt og livsstilssygdomme i voksenlivet – den såkaldte Barker-hypotese. Med den stigende forekomst af svært overvægtige gravide og den velkendte forhøjede risiko for komplikationer for både mor og barn, står vi i dag overfor store udfordringer set ud fra både et sundhedsmæssigt og et samfundsøkonomisk synspunkt. På denne baggrund er det vigtigt, at information om komplikationer til overvægt i graviditeten formidles til kvinder i fertil alder. Et vægttab før graviditet synes hensigtsmæssigt. Igangværende interventionsstudier kan forhåbentlig give viden om, hvorvidt livsstilsændringer i graviditeten blandt svært overvægtige kan reducere risikoen for komplikationer.

c.vinter@dadlnet.dk

Yderligere information om projektet kan ses på hjemmesiden [www.livsstiloggraviditet.dk](http://www.livsstiloggraviditet.dk), hvor resultaterne også vil blive offentliggjort efter undersøgelsens afslutning.

## FaKD mener...

I en tid, hvor sundhedsfremme og forebyggelse konstant er til debat, kan det undre, at vores ministerier ikke koordinerer med hinanden.

På den ene side arbejder Fødevareministeren for at fremme sundhed på arbejdspladserne og bl.a. derfor er mange gode tiltag sat i gang for at forbedre kantinemaden. På den anden side forsøger Skatteministeren at øge momsen på kantine mad, hvilket vil fordyre maden for medarbejderne.

FaKD mener, at moms på kantine mad er en dårlig idé, hvis vi og regeringen mener det alvorligt med sundhedsfremme og forebyggelse, da tiltagene lige nu modarbejder hinanden.

## Læs i næste nummer

I forbindelse med debatten om sundhedsfremme og forebyggelse omtales fødevare momsen ofte som et muligt redskab til at motivere danskerne til at spise sundere.

Hvordan det eventuelt skal gøres, er der flere bud på, men hvordan ligger det egentlig med evidensen for differentieret fødevare momsen?

Er der videnskabelig evidens for differentieret moms, eller er det noget, vi mere føler og fornemmer, kan være en mulig vej at gå i vores bestræbelser for at fremme sundheden?

I næste nummer ser vi kritisk på dette.

# Kan en tværfaglig indsats i almen praksis gavne overvægtige med disposition for type 2-diabetes?

Lene Worm er i almen praksis, ansat af Aabenraa Sygehus, tilknyttet en privatpraktiserende diætist og har været ansat som ansvarlig på projektet "Vejen til varigt vægttab" i Sønderjylland. Hun og Inge Vestergaard, i almen praksis, ansat af Sønderborg Sygehus, har flere års erfaring med diætistvejledning i almen praksis. Niels Kristian Kjær er praktiserende læge i Sønderjylland og lektor ved Syddansk Universitet. Forfatterne har afprøvet tværfaglig intervention over for patienter i almen praksis med henblik på livsstilsændringer til forebyggelse af udvikling af diabetes. I interventionen har forfatterne fokuseret på diætvejledning, fysisk aktivitet, styrkelse af motivationen og patient empowerment. I artiklen videregives de kvalitative og kvantitative data.

Lene Worm Vestergaard



Inge Vestergaard



Niels Kristian Kjær



## Interventionsstudier

De seneste årtier har vist en markant stigning i antallet af type 2-diabetikere (1). Det er alment anerkendt, at overvægt og nedsat fysisk aktivitet øger risikoen for type 2-diabetes. Således er risikoen for at udvikle type-2 diabetes 38 gange større hos kvinder med et BMI > 35 end hos normalvægtige kvinder (2). Arvelige forhold er også en afgørende risikofaktor (3).

Interventionsstudier har generelt været skuffende. Talrige studier har kunnet vise en påvirkning af livsstil og opnået vægtreduktion, men de opnåede resultater har været vanskelige at fastholde over tid (3-6). Længerevarende intervention og hyppige opfølgninger resulterer dog i øget succes-rate i follow-up perioden (7). Interventionsstudierne har primært været kvantitative. Vi mangler stadig kvalitativ viden om årsager til effekt eller mangel på samme, samt viden om hensigtsmæssige interventionsformer (8).

## Metode

Deltagerne blev henvist via praktiserende læger. Et repræsentativt udsnit af almen praksis i Sønderjylland blev inviteret til at henvise deltagere.

Inklusionskriterium var BMI over 30, alder mellem 18 og 65 år samt en slægtning i lige linie med type 2-diabetes. Deltagerne skulle betale 600 kr. for at deltage i projektet.

Eksklusionskriterium var type 2-diabetes på henvisningstidspunktet.

Interventionen var tværfaglig med deltagelse af klinisk diætist, fysioterapeut, psykolog og patientens praktiserende læge. I hold à ca. 12 personer var der tilbud om ugentlige fyraftensmøder. Aktiviteterne var dels fysisk aktivitet, madværksted og undervisning ved psykolog. Derudover fik deltagerne individuel vejledning ved klinisk diætist. Grupperne var så vidt muligt sammensat sådan, at den fysiske afstand mellem deltagerne var forholdsvis kort, hvilket betød, at der var god mulighed for at skabe sociale kontakter, som kunne fortsætte efter interventionen.

I perioden fortsatte den praktiserende læge den sædvanlige indsats mht. sundhedsfremme.

Interventionen forløb i en halvårlig periode fra september 2004 til marts 2005.

Ved interventionens start og afslutning blev der målt talje, udregnet BMI, gennemført en to-timers oral glukosebelastning og foretaget en seks minutters gangtest.

Blod-glukosemåling blev foretaget på et Hæmocue-apparat. Statistisk signifikans blev vurderet ved "One samples t-test", udregning af Pearson koefficient, samt "Paired samples t-test".

Ved interventionens afslutning blev der foretaget semistruktureret fokusgruppeinterview. Ved lodtrækning blev der udvalgt fire grupper, hver på 7-8 deltagere, to grupper der havde haft vægtreduktion, en gruppe med vægtøgning og en gruppe med udgåede deltagere. Manglende fremmøde i sidstnævnte gruppe resulterede i, at den planlagte fokusgruppe blev erstattet med et individuelt interview med en udgået deltager.

Grupperne var repræsentative i forhold til køn og alder.

Interviewene blev foretaget af en klinisk diætist uden tilknytning til interventionen.

Interviewet med deltagerne fulgte en semistruktureret interviewguide med temaerne: Gruppens betydning, alment velvære, egen indsats og motivation samt betydning af tværfaglig intervention.

Kategoriseringen af interviewene blev foretaget af den projektansvarlige diætist i samarbejde med en diætist fra almen praksis. Den endelige kategorisering blev forhandlet i en trianguleringsproces med en læge, indtil der var enighed om informanternes udsagn. Der blev anvendt en fænomenologisk metode til kategoriseringen (9). Kvalitative data blev kategoriseret i "livsstilsændringer", "motivation", "forebyggelse af sygdom", "gruppereffekt", "psykologi" og "projektets rammer".

I denne artikel har vi kondenseret data til to temaer, "gruppens betydning" og "motivationens betydning".

Der blev foretaget intern validering ved at vurdere enighed i grupperne internt og ved at sammenholde vores kvantitative og kvalitative data. I diskussionsafsnittet har vi foretaget en teoretisk perspektivering af dele af vore resultater.

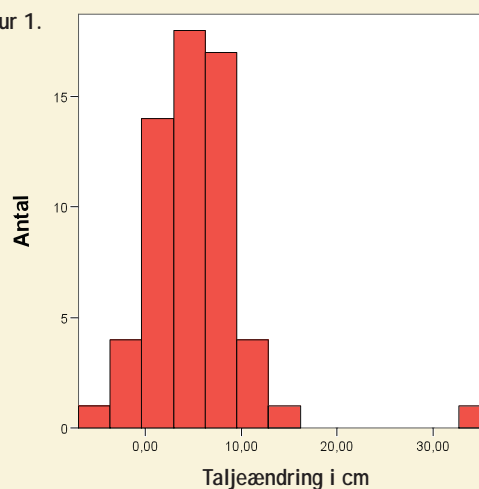
## Resultater

Der var 89 deltagere ved opstart, 13 mænd og 76 kvinder.

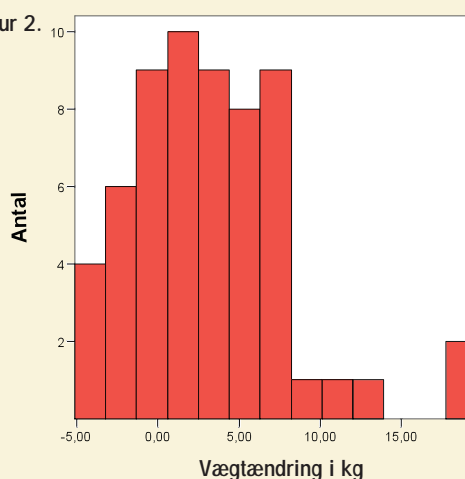
Det samlede frafald i projekt perioden var 28%. Blandt mændene var frafaldet 46%.

Vægttabet blandt dem, der gennemførte, var gennemsnitligt 3,2 kg eller 2,9%. Reduktion i taljemålet var gennemsnitligt 6,4 cm eller 5,3%. Begge er signifikante ( $p < 0.01$ ). Se figur 1 og 2.

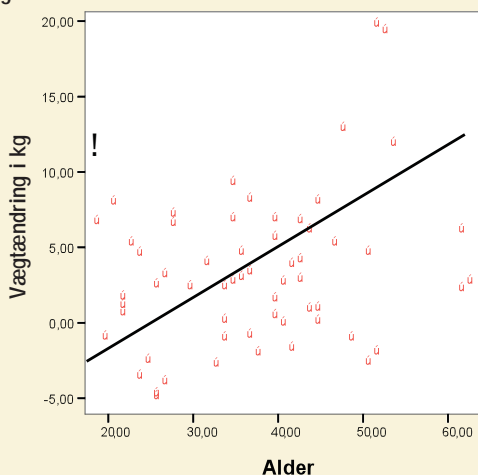
Figur 1.



Figur 2.



Figur 3.



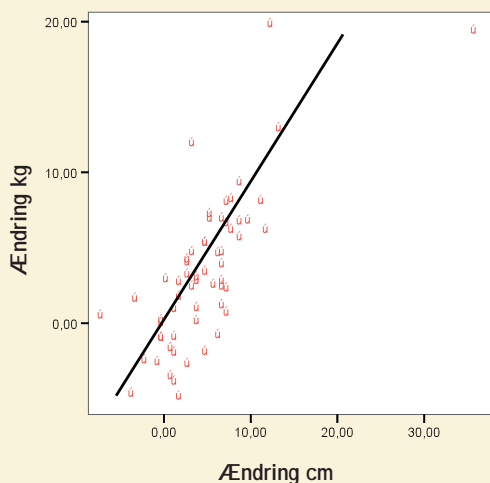
### De ældste deltagere har størst vægtreduktion

Jf. figur 3 er der en beskedne korrelation mellem alder og vægttab med Pearson-koefficient på 0,28. Korrelationen er signifikant ( $p < 0.05$ ), således at højere alder tilsyneladende er korreleret til større vægttab. Der er derimod ingen korrelation mellem startvægt og vægttab.

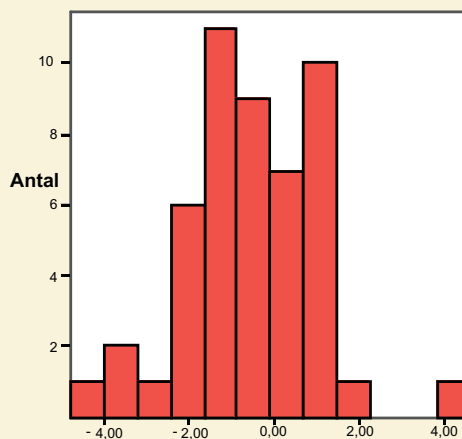
## Vægttab og taljemål følges ad

Jf. figur 4 er der en forventet korrelation mellem vægttab og reduktion i taljemål. Korrelationen er stærk med en Pearson-koefficient på 0.8. ( $p < 0.01$ ). Vægttabet bedrer således taljemålet, og man kunne principielt nøjes med at måle den ene værdi, når effekten af en intervention som vores skal vurderes.

Figur 4.



Figur 5.



Difference i glukosebelastningsværdierne før og efter interventionen (mmol blodglukose)

## Positiv påvirkning af insulinfølsomheden

Ved glukosebelastningerne så vi lidt pænere B-glukoseværdier efter interventionen. Ændringen var beskedent men signifikant ( $p < 0.05$ ), jf. figur 5. Hvorvidt denne difference har klinisk betydning, ved vi ikke, men med forbehold for måleusikkerheden, opfatter vi differencen som et udtryk for, at interventionen selv hos personer med normale glukosebelastningsværdier havde en positiv indvirkning på insulinfølsomheden.

## Forbedret kondition

Ved start og slut blev deltagerne testet ved en seks minutters gangtest. 45% af deltagerne gennemgik testen ved både start og slut, jf. figur 6.

Middelfremgangen var 70 meter svarende til en 14% forbedring af konditionen ( $p < 0,01$ ).

Vi fandt ingen signifikant korrelation mellem konditionsfremgang og gunstig difference i glukosebelastning. Muligvis pga. det lave deltagerantal.

## Kvalitative data

### Gruppens betydning

For deltagerne var det motiverende at være en del af en gruppe.

De var her sammen med ligestillede og oplevede et positivt gruppepres. I grupperne blev der skabt en god stemning, hvor følelsen af samhørighed og fortrolighed var til stede. Det var deltagerens indtryk, at den positive stemning havde stor indflydelse på motivationen. Denne følelse af "ikke at være alene" havde deltagerne ikke opnået i tidligere vægttabsforsøg.

*"Jeg synes, det har givet en stor støtte, at man er flere om projektet, og at man ikke er den eneste, der er tyk, og at der er flere ... at man ikke sidder selv og er i bås, og det har været sjovt, at der har været andre med".*

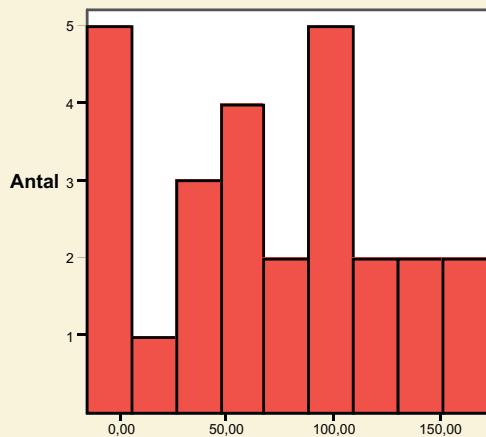
(Citat fra deltager i gruppen der ikke har tabt sig)

Deltagerne kunne gøre brug af hinandens erfaringer, bl.a. i forbindelse med madværksted, hvor de udvekslede gode ideer.

Flere deltagere lavede aftaler om at mødes i små grupper efterfølgende, dette gjaldt især aftaler om motion.

På trods af de positive holdninger til gruppeaktiviteterne blev det understreget, at de individuelle samtaler med klinisk diætist også var nødvendige. Det var kombinationen af de forskellige aktiviteter i grupperne og de individuelle vejledninger, der gav fornemmelsen af sammenhæng og en styrket motivation.

Figur 6.



Ændring i meter ved konditionstest

*"Vi betragter det egentlig ligesom i en skoleundervisning – du har dansk, du har matematik, du har engelsk og sådan på en eller anden måde, alligevel er der jo en rød tråd".*

(Citat fra deltager i gruppen med vægttab)

På et hold var deltageres fysiske formåen meget forskellig, hvilket gav problemer i forhold til niveauet i den fysiske træning.

På et hold var skiftende fremmøde med til at skabe uro. Mangel på regelmæssigt fremmøde skyldtes dels arbejdstider, varierende motivation og travlhed i familien.

### Motivationens betydning

Der var forskellige grader af parathed til livsstilsændringer grupperne imellem.

Deltagere, der ikke havde reduceret vægten, var kendetegnet ved, at de havde flere uløste barrierer, manglende motivation og overskud til at kunne foretage konkrete handlinger her og nu med henblik på vægtreduktion.

*"Og det har givet mig noget mere luft, og jeg kan være der, for dem jeg plejer at være der for, men på en anden måde lidt mere af mig selv, fordi jeg kan sige nej til dem også. Det betyder en hel del, men på et eller andet tidspunkt, da tror jeg da på, at vægten da også nok skal komme med".*

(Citat fra deltager i fra gruppen der ikke har tabt sig)

De, der havde reduceret vægten, gav udtryk for parathed, motivation og overskud til at kunne anvende de metoder til vægtreduktion, der blev præsenteret i projektet.

*"Jeg tror da også, at det er vigtigt, at jeg kommer dertil..., altså jeg synes, den første måned tænkte jeg, puha, kan du overhovedet leve op til det her, men så tabte jeg mig lidt og tænkte, at det kunne jeg måske godt, og så fortsatte det ligeså stille, og i dag spekulerer jeg egentlig ikke så meget over det mere, for det er noget med nogle vaner, jeg har lagt om",*

(Citat fra deltager i fra gruppen der har tabt sig)

Alle deltagere, der gennemførte projektet, gav udtryk for en positiv fornemmelse i projektperioden, uanset graden af vægttabssucces. De oplevede øget selvtilid. Deltagerne havde udviklet større bevidsthed om egne behov og en øget evne til at sætte grænser i forhold til andre.

Flere af de kvindelige deltagere fortæller, at de psykologisk har rykket sig i positiv retning i forhold til overvindelse af et uhenigtsmæssigt spisemønster.

Deltagerne pointerede, at mestring af livsstilsændringerne i projektet har været anderledes end i tidligere vægttabsforsøg, fordi den kropslige ændring via vægtreduktion gik hånd i hånd med en øget psykologisk indsigt.

Hos den udgåede deltager, som blev interviewet, var motivationen uafklaret. Deltageren deltog i interventionen med en vis skepsis, fordi deltageren havde flere negative erfaringer med vægttabsforsøg. Deltageren valgte at udgå af interventionen pga. skuffende vægtreduktion, dog havde deltageren fastholdt livsstilsændringer længere end i tidligere forsøg, fordi gruppen havde støttet.

## Diskussion

Den gennemsnitlige vægtreduktion er på niveau med resultater fra andre interventioner og dækker over store individuelle forskelle. Knap halvdelen af dem, der gennemførte, havde en betydelig vægtreduktion (fire kg eller derover) og regnes frafaldsgruppen med, var det en tredjedel.

Det var kun en del af deltagerne, der fik foretaget motionstest (29/64) og glukosebelastningstest, (49/64), men frafaldet var betinget af praktiske forhold. Der var ikke forskel på dem, der deltog i sidstnævnte og dem, der ikke deltog, set i forhold til succes med vægtreduktion.

Kvalitative data understøtter værdien af en kombination af gruppe og individuel vejledning. Gruppevejledningen styrkede følelsen af samhørighed, fortrolighed og positivt gruppepres. Grupperne dannede basis for erfaringsudveksling og havde i kombination med individuel diætvejledning øget motivationen.

Evnen til at mestre livsstilsændringer var afhængig af graden af parathed, som var relateret til graden af vægttabssucces. Flere gav udtryk for, at selvom de ikke har tabt sig i vægt, havde gruppen og den individuelle støtte haft en betydning. Det er deltagerenes vurdering, at der skete en forandring i selvværd og evne til senere at praktisere et vægttab.

Fokusgrupperne var inddelt efter vægttabssucces. Deltagerne var udvalgt på tværs af holdene fra interventionen. De matchede hinanden påfaldende godt med sammenlignelig afrapporteret holdning til motivation, barrierer for handlinger og andre problemstillinger. Der var høj grad af intern enighed i de enkelte grupper. I de to grupper med vægttab var der overensstemmelse i udsagn og dermed med stor sandsynlighed datamætning i denne gruppe. Vi havde kun en gruppe med manglende vægttab, og vi kan derfor ikke vurdere graden af datamætning i denne gruppe. En metodisk svaghed ved vores studie var, at interviewet blev foretaget efter interventionen, dvs. at deltagerne i grupperne med vægttab medbragte en personlig succesoplevelse. Dette kan have givet en positiv bias i forhold til vurdering af interventionens værdi og deres personlige motivation.

Frafaldet var stort. Resultaterne bygger på de deltagere, der gennemførte interventionen. For at klarlægge interventionens indflydelse hos dem der udgik, ville det have været ønskeligt med yderligere interviews af de udgåede deltagere.

Når deltagerne opnåede så forskellige resultater, kan det relateres til, hvor parate de har været til at foretage ændringer af livsstilen.

Prochaska og DiClementes teori "Stages of change" giver et bud på, hvordan ny "sundhedsadfærd" etableres, og hvordan vaner ændres og påvirkes (10). Den beskriver det forandringsforløb, som den enkelte skal gennemgå, før nye vaner er helt etablerede.

I dette teoretiske perspektiv viste vores data, at deltagerne ved inklusionen var motiverede, men de befandt sig enten på overvejsesstadiet eller forberedelsesstadiet.

Deltagere, der ved inklusionen var på overvejsesstadiet, opfattede tanken om at forebygge type 2-diabetes som ny viden.

Deltagere, der var på forberedelsesstadiet, havde intentioner om at ændre adfærd snart, havde målrettet opsøgt viden med fokus på fordele ved ændringer og den endelige plan. Underviserne sigtede på at hjælpe deltagerne til at nå beslutningsstadiet eller handlestadiet og senere videre til vedligeholdelsesstadiet, dvs. interventionen var primært rettet mod deltagerne i forberedelsesstadiet.

Data fra gruppeinterviewene viste størst parathed blandt deltagerne, der havde reduceret i vægt. Deltagerne bevægede sig i forandringscirklen, blandt andet understøttet af gruppe-effekten.

Nogle nåede forberedelsesstadiet, andre handlestadiet, mens andre "faldt fra" undervejs. Projektets metodiske opsætning tillader ikke konklusion om, hvorvidt deltagernes placering i "Stages of change"-modellen havde afgørende betydning for vægtreduktionens størrelse. Det er dog nærliggende at antage, at graden af motivation har betydning for succesraten.

Vi formoder, at en grundigere visitationssamtale af deltagerne før inklusion vil kunne afdække motivationsgraden. En rekruttering af deltagere, der er i "overvejsesstadiet", ville forhåbentligt kunne reducere frafaldet og øge succesraten.

Vores data viser, at der blandt den gruppe, der ikke havde tabt sig, var en del deltagere, der alligevel havde en succesoplevelse. Det kunne skyldes forandringer i selvværd og lyst til at arbejde videre med livsstilsændringer. Dette viser, at de har rykket sig i motivationscirklen. Vi ved ikke, om denne motiverende proces kunne være stimuleret bedre i en intervention, der specifikt tilsig-

ter en motivationsændring og ikke en adfærdsændring, som vores intervention var designet til.

Et meget slående forhold var, at vi rekrutterede få mænd til projektet. Af de 89 deltagere, der startede i interventionen, var kun 13 mænd, heraf fuldførte kun seks. Ved andre internationale interventioner ses tilsvarende skæv rekruttering (4). Men et New Zealandsk projekt, der tog udgangspunkt i opsøgning på arbejdspladser, havde en overrepræsentation af mænd (7). Skal mænd rekrutteres, må andre rekrutterings- og interventionsformer end de traditionelt anvendte overvejes. Et større fokus på motionsrelaterede aktiviteter kunne overvejes.

### Behov for fremtidig viden

Der er behov for at foretage en opfølgning, fx ved at gentage interviewet efter interviewguiden. Herved kunne deltageres fortsatte motivation klarlægges, og hvorvidt de har fastholdt livsstilsændringerne. Er de mindst parate blevet mere parate siden interventionen? Hvor vedholdende er deltagere med vægttabssucces?

Vi så en betydelig motionsfremgang samt en signifikant påvirkning af insulinfølsomheden.

Det kunne tolkes som om, at det er lettere at forbedre deltageres motionsvaner end deres BMI. Et forhold, der bør overvejes ved fremtidige interventioner.

Det ville være interessant med en afdækning af, hvordan en mere ligelig kønsmæssig fordeling mænd og kvinder imellem opnås. Samt hvorvidt en grundig visitationssamtale, som afklarer deltageres motivation, ville kunne øge succesraten.

### Konklusion

Deltagerne havde i gennemsnit reduceret taljemålet med 6,4 cm. Vægten blev reduceret med 3,2 kg. Der blev rekrutteret et beskedent antal mænd. Deltagerne opnåede en forbedret kondition. Ved oral glukosebelastning fik deltagerne en flottere profil.

Gruppeaktiviteterne gav en følelse af samhørighed, fortrolighed og positivt gruppepres. Gruppen dannede basis for erfaringsudveksling og havde i kombination med individuel diætvejledning øget motivationen.

Vores data viste størst parathed blandt deltagerne, der have tabt sig, men vores metode tillader ikke konklusioner vedrørende årsagssammenhæng. Blandt gruppen, der ikke havde tabt sig, havde en del af deltagerne alligevel haft en succesoplevelse. Det kan skyldes forandringer i selvværd og lyst til at arbejde videre med livsstilsændringer. Det var deltageres vurdering, at der skete en forandring i selvværd og evne til senere at praktisere en vægtreduktion.

lenev@bbsyd.dk

ingev@post.cybercity.dk

niels.kjaer@dadlnet.dk

### Referencer

1. Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K, Madsen LD, Olivarius N de F, Mandrup-Poulsen TR et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. Ugeskr Læger, 2000; 6.
2. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med 2001; 345 790-7.
3. Venditti E, Jakicic JM, Polley BA, Lang W. Lifestyle intervention in overweight individuals with a family history of diabetes. Diabetes Care 1998; 21:350-9.
4. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343-50.
5. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2001;(1):CD00148.
6. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393-403.
7. Swinburn BA, Metcalf PA, Ley SJ. Long-term (5-year) effects of a reduced-fat diet intervention in individuals with glucose intolerance. Diabetes Care 2001;24:619-24.
8. Christensen B, Lauritzen T. Rådgivning om livsstil - hvad kan der gøres i almen praksis? Ugeskr Læger 2002;164:2139.
9. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi A (ed.). Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985:126-8.
10. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self change in smoking: towards an integrative model of change. J Consul Clin Psycho 1983;51:390-5.

# Hvem følger op når din patient er blevet udskrevet?

Hos Simonsen & Weel sikrer kliniske diætister den optimale opfølgning når din patient udskrives med sondeernæring eller ernæringsdrikke:

- Vi forhandler klinisk ernæring fra flere producenter
- Vi beregner løbende energi-, protein- og væskebehov
- Vi afhjælper komplikationer som diaré, forstoppelse og kvalme
- Vi tilbyder gratis undervisning og vejledning
- Vi tilbyder fast levering hver måned
- Vi giver mulighed for returnering af varer i op til to måneder
- Vi har en Hotline udenfor normal åbningstid



Er du interesseret i at høre mere eller ønsker du materiale tilsendt, kan du kontakte diætisten i dit område:

Region Sjælland og Hovedstaden  
Ditte Møller Nielsen  
Mobil tlf.: 2171 0058  
E-mail: [dmn@sw.dk](mailto:dmn@sw.dk)

Region Nord- og Midtjylland  
Eivor Høg Laursen  
Mobil tlf.: 2171 0083  
E-mail: [eil@sw.dk](mailto:eil@sw.dk)

Region Syddanmark  
Heidi Kristiansen  
Mobil tlf.: 2171 0098  
E-mail: [hek@sw.dk](mailto:hek@sw.dk)

Når ernæringsprodukter ordineres af lægen på den grønne ordinationsblanket, ydes et sygesikringstilskud på 60 %.

## Simonsen & Weel®

---

Vejlegårdsvej 59 - 2665 Vallensbæk Strand  
Tlf.: 4655 7540 - Fax: 7025 5620

# Uden om honningens religiøse univers

**Honning har "helbredende virkning for menneskene", lyder det i Koranen. Når diætisterne og det øvrige fagpersonale ønsker at bearbejde kulturelt betingede synspunkter hos en borger med diabetes, bør det ske i nærmiljøet, i dialog og med konkrete anvisninger til handling.**

Borgere med arabisk og tyrkisk baggrund har sværere ved at få udbytte af eksisterende diabetestilbud, men målrettet dialog og undervisning om bl.a. mad og motion kan være med til at forbedre situationen. Det skal ske i nærmiljøet og i højere grad målrettes mod behovet hos den etniske minoritetsgruppe. Sådan lyder nogle af konklusionerne i en ny evalueringsrapport fra Aarhus Universitet og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

## De gamle tilbud ikke nok

Til grund for rapporten ligger et lokalt projekt i Gellerup (Århus Vest), hvor 31 tyrkiske og arabiske mænd og kvinder i løbet af 2006 deltog i afprøvningen af en diabetesskole for etniske minoriteter. Baggrunden for tilbuddet er, at væsentligt flere herboende arabere og tyrkere får følgesygdomme af diabetes end etniske danskere.

- Det ser ud til, at tyrkiske og arabiske indvandrere med diabetes ikke i tilstrækkelig grad profiterer af den eksisterende behandling. Derfor har vi afprøvet et dialogbaseret undervisningskoncept, der har som formål at fremme deres egenomsorg og udvikle handlekompetencer til at styre udenom de værste følgesygdomme, siger Jette Kolding Kristensen, lektor på Aarhus Universitet og projektleder.

## Dialog i nærmiljøet

Til formålet har Aarhus Universitet og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, udviklet diabetesskolen. Hvor og hvordan mødet med deltagerne sker, har vist sig centralt for projektets succes.

- Vores evaluering understreger værdien af at basere undervisningen på dialog, fordi det ofte er i dialogen, man opdager deltageres ressourcer til at håndtere sygdommen, fortæller sund-



hedskonsulent Inge Wittrup, projektleder for Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, og fortsætter:

- Deltagernes væsentligste konklusion er, at det er svært at leve med diabetes, og at de har brug for mere viden, vejledning og ikke mindst støtte i nærmiljøet.

## Hvad er der i salaten?

Dialogen med borgerne er vigtig, da der skal arbejdes med holdninger – både hos underviserne og de underviste. Projektets undervisningsteam måtte udvide deres kendskab til patienter, der er født og opvokset i en anden kultur, for at få succes med undervisningen.

- At det er lykkedes, skyldes bl.a. den dialogbaserede undervisning, hvor der er mulighed for at gå i dybden med den enkeltes kostvaner. Det får forskelle til at fremstå klarere, forklarer ledende klinisk diætist Lillian Jensen, der har været diætetisk vejleder i projektet, og uddyber:

- Som professionel vejleder er det væsentligt at gå i detaljer med fx fiberindholdet i brød og salater. For en araber er salat oftest



## FAKTA

- Evalueringsrapporten "DIABETESSKOLE FOR ETNISKE MINORITETER I NÆRMILJØET – udvikling og evaluering af et undervisningstilbud", Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, og Aarhus Universitet, Inge Wittrup & Jette Kolding Kristensen. Kan downloades gratis på [www.folkesundhed-midt.dk](http://www.folkesundhed-midt.dk)
- Det lokale projekt i Gellerup – opbygget efter evalueringsrapportens erfaringer – blev den 31. marts 2008 åbnet som et permanent tilbud under Århus Kommune. Det er det første sundhedstilbud i Sundhedscenter Århus Vest.
- Den baggrundsviden og det materiale, der ligger til grund for projektet, er udarbejdet af Diabetesforeningen og Sundhedsstyrelsen og kan findes på [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Planer\\_Indsatser/Diabetes.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Diabetes.aspx)
- Materialet blev diskuteret i og tilpasset af et tværfagligt team, der har tilrettelagt et undervisningsforløb over syv sessioner. Hver undervisningssession varede tre timer (med indlagte pauser), hvor der både var plads til undervisning og diskussion.
- Sessionerne blev ledet af en sygeplejerske i samarbejde med en kulturel medarbejder. Derudover var en diætist og en fysioterapeut undervisere på alle sessionerne.
- Læs mere om sessionerne, emner, opdeling af sessioner mm. på bilag 2, s. 70 i evalueringsrapporten.

udelukkende grønbladet salat. Ikke blandet råkost eller for den sags skyld majonaisesalat.

Det handler om at bruge dialogen og samtalen til at blive klogere på modtagerens handlemønstre: Folks væremåder og kultur - og måden at tage ting til sig på.

- Et andet eksempel er, at honning i Koranen anbefales som et vidundermiddel, der har positiv effekt på mange lidelser. I sådanne situationer kan det ikke nytte at modargumentere den religiøse anbefaling med den videnskabelige holdning. Vi må styre udenom den religiøse diskussion og få dialogen over på det sundhedsfaglige felt, påpeger Lillian Jensen.

### **Kvinderne i køkkenet - mændene i Føtex**

De kulturelle handlemønstre er også tydelige, hvad angår køn. Deltagerne sætter pris på, at der bliver undervist på kønsopdelte hold. Det har visse fordele, da der er forskellige behov, der knytter sig til kønnet. I familier, hvor faderen får diabetes, er der tendens til, at hele familien ændrer kostvaner, hvorimod kvinder med diabetes har sværere ved at påvirke familiens spisemønstre, hvilket ofte er betinget af en udadvendt livsstil.

- Der er stor social prestige i at udvise gæstfrihed, og det indebærer servering af retter med stort indhold af olie og søde sager i store mængder. Gæstebud bliver derfor let et problem for kvinderne, fortæller Lillian Jensen og fortsætter:

- Der er brug for konkrete løsninger til handling, mere end råd som: Det og det bør du undgå! Kvinderne begynder at omlægge kosten, når de konstaterer, at diætistens kostråd gør, at maden stadig er velsmagende.

Mens kvinderne fik anvisninger i at sammensætte retter, var mændene i Føtex og se på varedeklarationer. Ofte er det mændene, der står for indkøb. Spørgelysten var derfor, ifølge Lillian Jensen, også stor på de indlagte ture i supermarkedet. En god øvelse i at omsætte den viden, som blev gennemgået på kurset.

### **Mangler fokus på motion**

Selv om der var flere faldgrupper, havde deltagerne generelt en god forståelse for kostens betydning. For mange var det imidlertid en overraskelse, at motion også kan regulere diabetes.

- Stavgang og den efterfølgende måling af blodsukkeret skabte begejstring, når deltagerne konstaterede faldet. Det understreger effekten af at være konkret, fortæller sundhedskonsulent Inge Wittrup.

Trods stor interesse for motionsdelen, oplevede deltagerne mange barrierer for den fysiske aktivitet i dagligdagen. Deltagerne følte sig udstillet, når de gik rundt med stave i nærmiljøet, dårligt vejr afholdt deltagerne fra at bevæge sig ud, og de mandlige deltagere var meget afhængige af en motivationsgruppe, der blev etableret i samarbejde med Diabetesforeningen. Efter motivationsgruppens ophør, faldt deltagerne langsomt fra.

- Der er ingen kulturel tradition for at dyrke motion. Og alderen 50 plus er for de fleste forbundet med en afslappet hverdag. Ingen organiseret fysisk aktivitet. Motion lige udenfor hjemmets fire vægge er derfor også det, der motiverer deltagerne mest. Stavgang har eksempelvis en stor effekt for dem, der kan overvinde sig selv til at gå en tur i deres eget boligkvarter, fortæller Inge Wittrup.

### **Lighed skaber ulighed**

Når sundhedsprofessionelle arbejder med etniske minoritetspatienters sygdomsopfattelse og sundhedsadfærd, er en af rapportens overordnede pointer, at der skal mere fokus på, at fagfolk ikke altid skal behandle alle lige. Alle har ikke lige gode forudsætninger for at udøve god egenomsorg - nogle kræver en ekstra hånd. Lighed kan derfor skabe ulighed, påpeger Inge Wittrup og afslutter: Vi skal blive bedre til at nå dem, der har det sværest og ikke kun engagere os i de patienter, der samarbejder og efterlever budskaberne. Det er derfor vigtigt at huske på behovet for at differentiere undervisningsindsatsen. Det er Diabetesskolen for etniske minoriteter i nærmiljøet et nu gennemført og evalueret eksempel på.

Soeren.Sander@stab.rm.dk

### **Yderligere oplysninger**

- Sundhedskonsulent Inge Wittrup, tlf. 8728 4714, inge.wittrup@stab.rm.dk
- Ledende diætist Lillian Jensen, tlf. 8728 4708, Lillian.Jensen@stab.rm.dk
- Ph.d., lektor på Aarhus Universitet og praktiserende læge Jette Kolding Kristensen, jkk@alm.au.dk

# Ny undersøgelse viser, at diætister er bedst til at give hjertesunde kostråd

**Fedtkvalitet kan være vigtigere for hjertesundheden end fedtmængde. Men en ny undersøgelse viser, at læger fokuserer mest på fedtmængde, når de giver råd om kost. Diætisters kostrådgivning er mere nuanceret, og dermed bedre for patientens hjerte og kredsløb.**



Martin Mejlhede

Når hjertepatienten åbner døren til konsultationen, er en god kostrådgivning essentiel for helbredet. En ny undersøgelse viser, at både diætister, læger og sygeplejersker er gode til at råde hjertepatienter til at spise fisk, frugt og grønt. Men når det kommer til råd om fedt og fedtkvalitet, er diætisternes kostråd markant bedre end de praktiserende lægers.

Det viser en undersøgelse fra Unilever, hvor 456 sundhedsprofessionelle har svaret på, hvilke kostråd de giver til deres hjertepatienter. Af de 456 var 172 læger, 86 diætister og 33 sygeplejersker.

En simpel beregning baseret på Ernæringsrådets rapport "En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i DK" viser, at udskiftning fra hårde til bløde fedtstoffer har stor effekt på folkesundheden. Hvis alle danskere begynder at bruge flydende fedtstoffer til madlavningen – i stedet for nuværende hård margarine – kan ca. 5% af alle hjertekarsygdomme forebygges. Og yderligere ca. 5% af tilfældene kan forebygges, hvis alle smører brødet med blød margarine i stedet for smør og Kærgården (4, 5).

Undersøgelsen viser, at diætisterne primært fokuserer på, at patienterne skal spise bedre fedtkvalitet. 91% af diætisterne lægger vægt på fedtkvalitet og råder således patienterne til at "spise mindre af især mættet fedt og bruge bløde og flydende fedtstoffer". 49% råder patienterne til at "spise mindre fedt" (figur 1).

De praktiserende læger er mindre nuancerede i deres kostrådgivning om fedt. 61% fokuserer på fedtkvalitet, mens 76% fokuserer på fedtmængde.

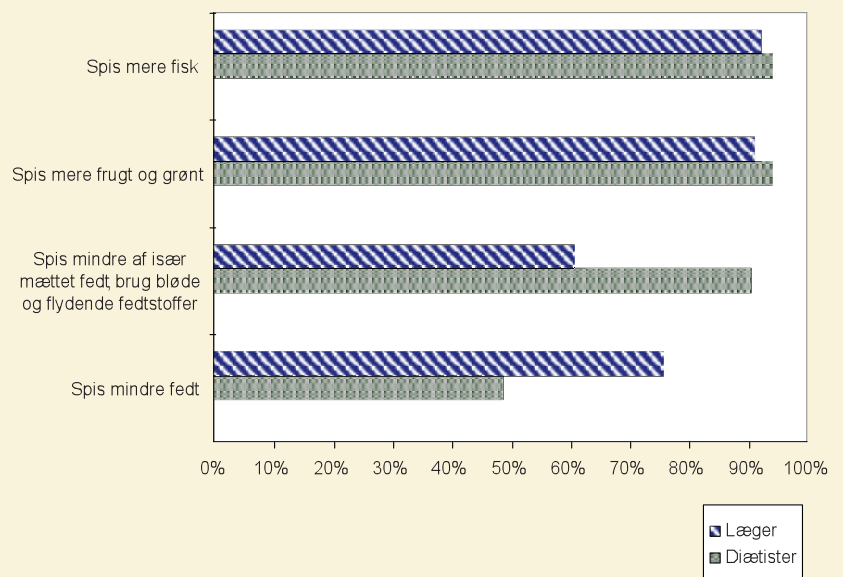
Der er 33 sygeplejersker med i undersøgelsen. Deres fedtrådgivning er mere nuanceret end lægers, men mindre nuanceret end diætisters. 55% siger "mindre fedt", og 88% fokuserer på fedtkvalitet.

## Unuancerede kostråd kan have en uheldig bivirkning

9 ud af 10 danskere spiser mere end den anbefalede mængde mættet fedt. Men samtidig er det kun hver tredje, der når op på 5-10% af energien fra flerumættet fedt som næringsstofanbefalingerne foreskriver (1, 2). Derfor kan rådet om at begrænse fedtmængderne være uheldigt, hvis patienten ikke samtidig får besked på at få tilstrækkelige mængder umættet fedt.

Figur 1.

## Sundhedsprofessionelles kostråd til hjertepatienter



For meget mættet fedt tegner sig for 4% af alle dødsfald i Danmark – godt 20.000 tabte leveår hvert år, svarende til et tab i danskernes middellevetid på 4-5 måneder (3). For lidt frugt og grønt giver tilsvarende tal. Derfor er det vigtigt, at befolkningen er bevidste om vigtigheden af at spise frugt, grønt og fedt af den rigtige kvalitet.

Mange af de sundhedsprofessionelle tilføjer, at de rådgiver patienter individuelt ud fra kostanamnese. Fx har nogle hjertepatienter god gavn af et vægttab, og i dette tilfælde kan patienten blive rådet til at spise mindre. Andre opfordrer patienter til at spise groft, nødder, mandler, mindre salt, mindre alkohol, huske mellemmåltider osv.

Martin.Mejlhede@unilever.com

## Referencer

1. Lyhne N, Christensen T, Groth MV, Fagt S, Biloft-Jensen A, Hartkopp H, Hinch HJ, Matthiessen J, Møller A, Saxholt E, Trolle E. Danskernes kostvaner 2000-2002. Hovedresultater. Danmarks Fødevareforskning 2005.
2. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity. 4th edition. Nordisk Ministerråd; København; Nord: 13; 2005.
3. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Juel, K; Sørensen, J og Brønnum-Hansen, H. Statens Institut for Folkesundhed, København, juni 2006. ISBN: 87-7899-104-8. (s. 23)
4. Fedtkvalitet og hjertekarsundhed. – en vidensrapport for ernæringsprofessionelle. Unilever og Hjerteforeningen. August 2006.
5. Osler M, Godtfredsen J, Grønbaek M, Marckmann P, Overvad K. En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark. Ernæringsrådet, 2000.

**ATMEAL®** *småt men godt...*  
Energitætte mellemmåltider

Alle vore produkter  
kan købes hos Kirudan  
på telefon 36 37 91 30  
[www.kirudan.dk](http://www.kirudan.dk)



### ATMEAL® Mousser – som proteinkilder

- Er nye energitætte produkter fra Toft Care Systems
- Gør det nemt at lave et lækkert mellemmåltid/  
en lækker dessert
- Proteinkilde
- Den færdige mousse indeholder ca. 10 g protein  
pr. 100 g færdig mousse
- Anvendes direkte fra emballagen
- Vælg mellem citron og chokolade

### ATMEAL® Supper – med højt indhold af protein

- Er nye energitætte produkter fra Toft Care Systems
- Gør det nemt at lave et lækkert mellemmåltid/  
en lækker forret
- Har et forhøjet indhold af protein
- En kop suppe indeholder ca. 7,5 g protein
- Anvendes direkte fra emballagen
- Vælg mellem asparges, kartoffel/porre og tomat

**TOFT**  
CARE SYSTEMS  
Telefon: 70 21 30 33

# Studierejse som led i personlig og faglig udvikling

**Erfaringsudveksling og faglig sparring, fornyet arbejdsglæde og engagement blev en del af udbyttet af et studiebesøg hos tre kolleger på nordiske behandlingscentre for cystisk fibrose.**

## Udviklingsstipendium gennem Nordisk Diætistforening

I foråret 2006 annoncerede Nordisk Diætistforening gennem FaKD muligheden for at søge et udviklingsstipendium i forbindelse med de nordiske diætistdage på Island i august 2006. Udviklingsstipendiet var sponsoreret af Fresenius Kabi og blev tildelt to kliniske diætister i Norden. Formålet med stipendiet var at udvikle og fremme den enkelte diætists kompetencer gennem studiebesøg hos kolleger i de nordiske lande. Samtidig ønskede man gennem studiebesøgene at støtte samarbejdet mellem kliniske diætister i Norden.

Pædiatrisk Ernæringsenhed, Rigshospitalet har været min arbejdsplads, siden jeg i juni 2005 afsluttede uddannelsen til klinisk diætist. Mine arbejdsopgaver har siden da primært været ernæringscreening og ernæringsterapi til børn tilknyttet børneonkologisk afdeling samt ernæringsterapi til patienter med cystisk fibrose (CF). Som relativt nyuddannet diætist så jeg udviklingsstipendiet som en god mulighed for gennem studiebesøg hos flere erfarne kolleger at dygtiggøre mig indenfor CF-specialet. Jeg søgte derfor stipendiet og var så heldig at få det tildelt.

## Praktiske forberedelser

I både Norge og Sverige ligger flere hospitaler, som behandler CF-patienter. Jeg besluttede mig for at besøge tre store CF-centre – Ullevål Universitetshospital i Oslo, Dronning Silvias Børne- og Ungdomssygehus i Göteborg og Huddinge Universitetshospital i Stockholm - med én dag på hvert center.

Gennem CF-kongresser, samarbejde og møder de nordiske lande imellem havde jeg på forhånd kendskab til de nordiske diætister, som arbejdede med CF-specialet på de pågældende hospitaler. Jeg havde ved vores årlige forårsmøde i Göteborg forhørt mig omkring muligheden for at aflægge dem et studiebesøg. Stor gæstfrihed og positive tilkendegivelser gav mig særdeles god mulighed for at tilrettelægge besøgene, som jeg allerhelst ville.

## Udbytte af rejsen

Jeg oplevede stor gæstfrihed, interesse og engagement i mit besøg hos alle mine nordiske kolleger. De gav sig utrolig god tid til at vise rundt, forklare og diskutere. Alle tre besøg blev meget udbytterige for mig. Jeg havde forud for rejsen forestillet mig, at mit udbytte af turen ville blive meget specifikt for mit arbejde med CF-specialet. Jeg fik bestemt mange gode idéer, erfaringer og observationer med mig hjem, som jeg nu drager nytte af. Ikke blot i mit arbejde med CF-patienterne, men også i forhold til andre patientgrupper.

Derudover fik jeg også et mere overordnet udbytte af rejsen. At observere og få indblik i mine kollegers arbejdsgange resulterede i, at jeg stillede mig kritisk over for min egen måde at arbejde på, hvilket har været sundt for mig. At stille sig kritisk over for egne rutiner behøver ikke at betyde, at man skal vende alt på hovedet og lave drastiske ændringer for at gøre som andre, men i stedet at man overvejer, hvorfor man arbejder, som man gør. Jeg oplevede det som lærerigt og blev opmærksom på både positive og negative sider af egne arbejdsrutiner. Jeg vendte hjem med nye idéer og masser af god inspiration til ændringer i min egen arbejdsgang - rent diætetisk men også pædagogisk og kollegialt - med et større netværk og basis for godt samarbejde med nordiske kolleger med CF som speciale.

På baggrund af mit udbytte af denne studierejse kan jeg absolut opfordre kolleger til at overveje, om de vil have mulighed for at planlægge noget tilsvarende. Jeg mener bestemt, det er relevant at tænke studiebesøg som et led i en personlig, faglig udvikling. Ikke mindst hvis man som jeg arbejder med et forholdsvis snævert speciale. Det faglige udbytte af en rejse vil selvfølgelig være anderledes end ved deltagelse på eksempelvis et kursus, men ikke desto mindre lige så stort, vedkommende og relevant.

jane.sundstrup@rh.regionh.dk

# À la carte mad – er det vejen frem?

Et ønske fra Køkkenet Åkanden i Tarm og Ernæringsenheden på Hospitalsenhed Vest var udgangspunktet for et bachelorprojekt udarbejdet i efteråret 2007 af to klinisk diætist-studerende fra Ankerhus Seminarium. Projektets formål var at undersøge, om à la carte-madordningen kunne være vejen frem i løsningen af underernæringsproblematikken, der opleves hos indlagte patienter på danske sygehuse.

Line Stausgaard Laursen



Linda Nygård Pedersen



## Baggrund

Sundhedsstyrelsen anslår, at omkring en tredjedel af indlagte patienter på de danske hospitaler er underernærede. Endvidere anslås det, at en femtedel er i risiko for at udvikle underernæring under indlæggelsen, samt at kun en fjerdedel heraf får dækket deres energibehov under indlæggelsen (1). I en undersøgelse, Underernæring På Sygehuse (UPS), af indlagte patienter på tre danske sygehuse, blev det fundet, at kun 25% af patienterne fik dækket 75% eller mere af deres energi- og proteinbehov (2).

## Formål

Formålet med projektet er at afdække det samlede energi- samt proteinindtag hos indlagte patienter på Regionshospitalerne Ringkøbing og Lemvig. Målet er at undersøge i hvilken udstrækning, patienterne får dækket deres estimerede energi- og proteinbehov, samt om andelen af patienter ernæret med à la carte mad er større end andelen på 25%, som UPS-undersøgelsen nåede frem til. På den baggrund vurderes det, om à la carte madordningen er en mulig løsning af underernæringsproblematikken.

## Metode

Undersøgelsen blev foretaget på henholdsvis en neurologisk, medicinsk og kirurgisk afdeling i udvalgte perioder i 2007. Herved

blev der sikret et bredt udsnit af indlagte patienter med både kirurgiske og medicinske diagnoser. Der blev registreret på alle patienter, som var indlagt i minimum tre døgn. Det blev valgt at medtage såvel de velernærede som de underernærede, da det alene var formålet at undersøge om indlagte patienter fik en sufficient ernæring med à la carte mad.

Datamaterialet bestod af tredøgns målinger samt indsamlede antropometriske data; alder, køn, højde, vægt, aktivitets- og stressfaktor. På den baggrund blev der udregnet BMI og estimeret energi- og proteinbehov. Det var alene de patienter, der udelukkende ernæredes med à la carte mad, der var inkluderet i undersøgelsen.

## Åkandens à la carte koncept

- Køkkenet Åkanden er et interessentskab opstartet i 2003 og ejet af Ringkøbing-Skjern kommune samt Region Midtjylland.
- Konceptet er udviklet i samarbejde med Ernæringsenheden samt det øvrige køkken- og ernæringsområde i det daværende Ringkøbing amt og blev implementeret i 2005 på Regionshospitalerne i Tarm, Ringkøbing og Lemvig.
- Åkanden har det mål, at à la carte konceptet skal leve op til anbefalingerne i Veterinær- og Fødeveddirektoratets "Anbefalinger for dansk institutionskost", og grundidéen i konceptet er "Den rigtige mad, til den rigtige patient, på det rigtige tidspunkt".
- Målet er, at konceptet skal være fleksibelt og tilgodese patientens ønsker. Der stilles således ikke krav om hvor, hvad og hvornår der spises. Når maden bestilles, kan den serveres 15 minutter senere.
- À la carte-konceptet fungerer således, at der udarbejdes et menukort med et bredt udvalg af retter, som udskiftes hver anden måned.
- Menukortet indeholder som standard et bredt udvalg af morgenmadsmuligheder, seks forskellige supper, syv småretter, 14 varme retter, to kolde anretninger, diverse smørebrød og sandwich, samt syv desserter og syv slags brød og kager.

Der blev i undersøgelsen valgt at anvende veje-målemetoden samt kostregistrering til at afdække det faktiske energi- og proteinindtag hos patienterne. Patienterne fik serveret alle hovedmåltider samt eftermiddagsmåltidet på en bakke fra à la carte køkkenet, hvorfor det var muligt at veje og måle alt, der blev serveret og levnet hos den pågældende patient. Til disse anvendtes derfor veje-målemetoden. Mellemmåltider, formiddag og sen aften, blev serveret fra en buffetvogn bemandet af plejepersonalet. Veje-målemetoden var her ikke mulig at anvende, hvorfor der i stedet blev valgt kostregistrering til de to måltider.

## Resultater

I alt blev der registreret data fra 55 patienter, 28 kvinder og 27 mænd. Aldersmæssigt var den overvejende del af patienterne 70+, mens kun 13 af de 55 patienter var under 50 år. Heraf var 20 indlagt på en neurologisk, 29 på en medicinsk og seks på en kirurgisk afdeling.

15 af patienterne fik ordineret Normalkost, 19 Sygehuskost, 13 Kost til småtspisende, seks Diabeteskost og endelig to på Fedt- og kolesterolmodificeret kost.

Resultaterne af undersøgelsen viste, at 76% af patienterne fik dækket 75% eller mere af deres energibehov ved à la carte madordningen, samt at 40% fik dækket deres behov for protein. Resultaterne viste endvidere, at der ikke var signifikant forskel på, hvem der fik dækket energibehovet ud fra køn, alder, BMI, indlæggelsesafdeling og kostform. Det bør dog nævnes, at der sås en tendens til, at patienter på sygehuskost afveg fra de øvrige kostformer, ved at en større andel på sygehuskost ikke fik dækket deres minimumbehov sammenlignet med patienter på de øvrige kostformer. Ligeledes var der en tendens til, at det særligt var patienter med BMI over 25 og patienter indlagt på medicinsk afdeling, som ikke fik dækket deres minimumbehov for energi. Endeligt kan det nævnes, at ud af de 24% af patienterne, der ikke fik dækket deres estimerede energibehov manglede kun halvdelen mellem 20 og 500 kJ for at få dækket 75% af deres estimerede energibehov.

## Diskussion

I alt fik 42 ud af 55 patienter dækket deres minimumsbehov for energi. Dette resultat var positivt sammenlignet med resultater fra lignende undersøgelser. Eksempelvis UPS og KIP-projekterne (4),

hvor henholdsvis 25% og 47% af patienterne fik dækket deres minimumsbehov for energi.

En mulig forklaring på det positive resultat kunne være à la carte konceptets mulighed for fleksibilitet, og at patienternes individuelle præferencer kan tilgodeses. Specielt tager à la carte ordningen hensyn til, at patienternes ønsker er forskellige og giver derved patienten større medbestemmelse om, hvad og hvornår der skal spises.

Hos de patienter, der ikke fik dækket deres estimerede energibehov, ses der som sagt en tendens til, at det er patienter med BMI over 25, patienter på Sygehuskost og patienter indlagt på medicinske afdeling. En forklaring herpå kan være, at der ikke p.t. findes evidens for, hvilken metode der bør anvendes til beregning af estimeret BMR hos patienter med BMI over 25. Det er derfor valgt at anvende den senest fremlagte metode. Metoden blev fremlagt af Bjørn Richelsen på årsmødet i klinisk ernæring i 2007 (5).

Metoden kan dog betyde, at deres estimerede energibehov er overestimeret, og resultatet derfor bliver falsk negativt. Endvidere kan der sættes spørgsmålstejn ved, om patienter på Sygehuskost fik tilbudt den rigtige kostform eller om tilbuddet om mellemmåltider er for mangelfuldt.

Dækningsgraden af protein afviger imidlertid ikke fra andre undersøgelser. Der ses også med à la carte ordningen, at det er svært at dække patienternes proteinbehov. Mere fokus på mellemmåltider samt berigelse af hovedmåltiderne vil være gunstig i forhold til at øge proteinindtaget.

## Konklusion

Generelt viste undersøgelsen, at 76% af de indlagte patienter på Regionshospitalet i Ringkøbing og Lemvig fik dækket minimum 75% af deres behov for energi, hvilket er en positiv udvikling sammenlignet med resultaterne fra UPS og KIP-projekterne.

Yderligere viste undersøgelsen ikke overraskende, at kun 40% af patienterne fik dækket deres estimerede proteinbehov.

Det positive resultat i undersøgelsen i forhold til energiindtaget indikerer derfor, at à la carte madordningen kan være en vej frem i forhold til en bedre ernæringsstatus hos indlagte patienter for derved at undgå underernæring og konsekvenserne herved.

liaur@ringamt.dk

lindanygaard@hotmail.com

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen: Bedre mad til syge – en fællesrapport, februar 2007, Sundhedsstyrelsen og Center for forebyggelse.
2. Kondrup, J, Johansen, N, Plum LM et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr (2002);21: 461-68.
3. Sundhedsstyrelsen: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering: Medicinske patienters ernæringspleje, marts 2005, Sundhedsstyrelsen.
4. Kostindtaget på Herlev (KIP)
5. Referat fra årsmøde om klinisk ernæring, afholdt af Dansk Selskab for Klinisk Ernæring 11. maj 2007, www.dske.dk

# Boganmeldelser

## Mad der smager - opskrifter til nyresyge



Af Rikke Elkjær Nielsen, klinisk diætist, Århus Sygehus

**Jeg har med stor fornøjelse læst bogen "Mad der smager". Bogen har et flot layout, er let læselig og giver læseren viden om de forskellige nyrediæter.**

I starten af bogen gennemgås de otte kostråd i forhold til de restriktioner, nyresyge kan have på kalium, fosfat, salt og væske. Det sætter alle restriktionerne i perspektiv og viser, at nyresyge kan efterleve de fleste kostråd.

Derefter er der en gennemgang af fosfat, kalium, salt og væske samt gode råd til, hvordan restriktioner på disse kan efterleves. Bogen giver tips til tilberedning og til valg/udbytning af ingredienser samt måltidsforslag.

Derudover er der afsnit omhandlende aktuelle emner, når man er nyresyg, fx når man er småtspisende eller vegetar eller er på restaurationsbesøg.

Bogen er inddelt i korte, overskuelige afsnit, som gør den egnet til opslagsbog, hvor de enkelte afsnit kan læses, når og hvis der er behov for det.

Opskrifterne i bogen er indbydende, og i de enkelte opskrifter er de ingredienser, man skal være opmærksom på, hvis man har restriktioner på kalium eller fosfat, markeret med en henvisning til rådene først i bogen.

Alle opskrifter er beregnet, og læseren kan se, hvor meget energi, protein, kalium og fosfat den enkelte ret indeholder. Den visuelle læser vil nok kunne ønske sig, at der var flere billeder i opskrifts-afsnittet.

Diæten for en nyresyg ændrer sig oftest i sygdomsforløbet. Her er en rigtig god bog, hvor nyresyge og deres pårørende kan finde retningslinjer for de forskellige nyrediæter samt inspiration til madlavningen.

Bogen er blevet til i et samarbejde mellem Nyreforeningen og de tre kliniske diætister Anne Winsnes Rasmussen, Jette Thomsen Fabricius og Ulla Jakobsen samt kokken Monica Knudsen. Kogebogen "Mad der smager" koster 200 kr. + porto og kan bestilles hos Nyreforeningen, Herlufsholmvej 37, st., 2720 Vanløse, tlf. 43 52 42 52 eller mail@nyreforeningen.dk

riken@as.aaa.dk

## E-nummerbogen er på gaden i 7. reviderede udgave

Af Margit Vesterlund, klinisk diætist, Kolding Sygehus

**Hvis man ønsker viden om tilsætningsstoffer, deres formål og (bi)virkninger er dette bogen!**

E-nummerbogen er systematisk opbygget og dermed lettilgængelig. Den er opdelt i tre dele: Et kort afsnit om forskellige aspekter ved brugen af tilsætningsstoffer, et hovedafsnit med oprensning af alle godkendte tilsætningsstoffer anført i E-nummerorden og et tredje afsnit med ordforklaringer til anvendte fagudtryk og begreber. Den er et godt opslagsværk for forbrugere i almindelighed og for fagfolk.

Umiddelbart kunne man tro, at en sådan bog er "tør og kedelig", men med forfatternes spidse kommentarer og holdninger jævnt drysset hen over siderne, bliver den visse steder helt underholdende. Et eksempel herpå findes i indledningen til afsnittet Farvestoffer,

hvor forfatterne blandt andet skriver: "Der kan være flere grunde til, at man farver maden. Naturens egne farver er ofte ret ustabile, og samtidig har naturen den uvane ikke altid at levere nøjagtig samme nuance. Med mange forbrugeres fremmedgørelse overfor råvarerne betragtes udsving i farvestyrke som en kvalitetsfejl. En justering med tilsat farve skulle så råde bod på dette "problem"."

Bogen indeholder også en liste over tilsætningsstoffer, som er eller kan være forbudte i henhold til jødiske og muslimske regler.

Bogen er et hurtigt og godt opslagsværk til diætkontoret!

Orla Zinck & Torben Hallas-Møller. Udgivet af FDB på Forlaget Libris. Udkom februar 2008, 312 sider, pris 329 kr.

Margit.Vesterlund@fks.regionsyddanmark.dk



# 10. Nordiske diætistdage i Uppsala, Sverige

De Nordiske diætistdage blev afholdt for 10. gang i dagene 11.-12. april i Uppsala i Sverige. Små hundrede personer med interesse for diætetik og ernæring havde fundet vej til Uppsalas gamle universitet, som var en meget smuk og værdig ramme om dette interessante møde.

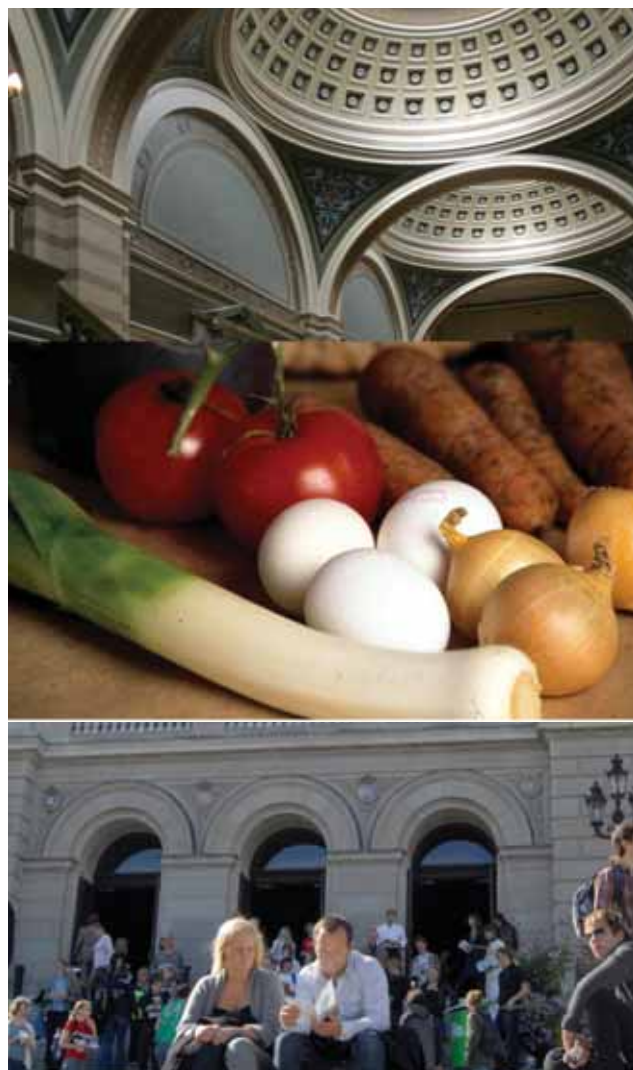
Hovedtaleren på dagene var den new zealandske professor Jim Mann, som nok specielt er kendt af de diætister, som beskæftiger sig med diabetes. Jim Mann holdt indledningsvis et meget inspirerende foredrag om nødvendigheden af at etablere evidensbaserede kostrekommandationer og understregede betydningen af, at kostinterventioner laves i randomiserede, kontrollerede undersøgelser.

Et andet meget spændende foredrag var af Chris Riegstad fra Göteborg Universitet. Han fortalte, hvordan det efterhånden står klart, at den normale tarmflora har betydning for udvikling af fedme, idet visse bakteriestammer kan øge energiuudnyttelsen.

Den islandske professor Inga Thorsdottir havde en glimrende oversigtsforelæsning om omega-3 fedtsyrer med inddragelse af de nyeste forskningsresultater.

Dagene bød også på andre faglige input, idet en lang række udstillere havde gjort sig umage for at præsentere deres produkter og dermed gav os gode muligheder for at prøve produkterne og få en grundig information. Rart at så mange firmaer finder diætisterne interessante som faggruppe og med deres sponsorbidrag gør det muligt at afholde så interessante og vidensmættede dage.

De to dage bød på gode muligheder for kollegialt samvær, og der blev udvekslet mange erfaringer om diætetisk og ernæringsmæssig behandling på tværs af landegrænserne. Konferencens første aften bød på en speciel form for underholdning, idet festmiddagen var henlagt til Museum Gustavianum, som indeholder universitetets gamle dissektionssal. Rummet blev i de tidlige år efter opførelsen anvendt til offentlig underholdning, når diverse forbrydere efter hængning skulle dissekeres, for at man kunne lære noget om den menneskelige anatomi.



Powerpoint-præsentationer fra de to dages foredrag kan ses på Nordisk Diætistforenings hjemmeside på adressen [www.dietisterinorden.org](http://www.dietisterinorden.org). Her vil der også løbende være opdateringer om de næste nordiske diætistdage, som skal afholdes i Finland i år 2010. Præcist tidspunkt og sted er ikke fastlagt endnu, men vil blive annonceret på hjemmesiden og her i Diætisten.

På vegne af bestyrelsen i Nordisk Diætistforening

Helle Skandorff Vestergaard  
post@alle4.dk

# Fra bestyrelsen

Temanummeret om efteruddannelse i det seneste nummer af Diætisten har givet anledning til en del spørgsmål om vores egentlige grunduddannelse til klinisk diætist, efter at uddannelsen er blevet til en del af uddannelsen til Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed (PBES).

Mange spørger måske netop for at forstå forskellen på vores specialelinie (klinisk diætetik) og de andre specialelinier og for at forstå forskellen i studieindholdet. Ligeledes er der mange, der slet ikke er klar over, hvilken betydning ændringen allerede har haft i forhold til de færdiguddannede. Vores uddannelse er nu ikke længere en ét-årig overbygning, men en 3½-årig mellemlang, videregående uddannelse med mulighed for at læse cand. scient. eller en af de andre uddannelser, der blev beskrevet i sidste blad.

## Uddannelsen til PBES

Generelt kan siges, at uddannelsen p.t. udbydes fire steder i Danmark men med forskel på, hvilke specialelinier der udbydes (se skema nederst på siden).

Fra 1. september 2008 introduceres en fælles studieordning for uddannelsen til PBES for alle uddannelsesstederne, men på nuværende tidspunkt er der en del forskel på, hvordan semestrene er opbygget.

Fælles er dog, at uddannelsen har en **basisdel**, hvor alle har samme undervisning de tre første semestre.

Derefter fortsætter man på en **specialedel**, igen i tre semestre, hvorefter man afslutter med en bacheloropgave, der skrives det sidste semester.

## Uddannelsen til klinisk diætist (PBES med speciale i klinisk diætetik)

Det er væsentligt at forstå, at specialedelen (de sidste fire semestre) er meget forskellig, alt efter hvilken specialelinie, der er valgt, og at specialelinien Klinisk diætetik er anderledes end de øvrige seks mulige specialelinier.

For det første er der begrænsning på antallet, der kan læse Klinisk diætetik. Der må maks. uddannes 20 om året, dvs. 10 pr. halvår. Alle andre specialelinier har frit optag. Dette medfører, at vores specialelinie som den eneste har adgangsbegrænsning, typisk baseret på karakterer opnået på basisdelen.

For det andet har alle specialelinier en praktikperiode på otte uger, undtagen Klinisk diætetik, der har en praktikperiode på 16 uger, fordelt på 12 uger på 5. semester og fire uger på 6. semester. Dette gør, at vi efter endt uddannelse nu kan opnå autorisation med det samme til forskel fra tidligere, hvor der skulle arbejdes svarende til ét års fuldtidsansættelse for at kunne søge om autorisation. Og derfor må praktikperioden nødvendigvis være længere end for de andre specialelinier.

## Klinisk diætetik i forhold til Human ernæring

Men det er kun de overordnede rammer, der her er beskrevet – mindst lige så væsentligt er forskellen i indholdet af specialelinierne. Det er ofte her, at mangel på viden giver anledning til misforståelser. Der vil her blive redegjort for forskellen på Klinisk diætetik og Human ernæring, indholdet af de øvrige kan læses på de respektive uddannelsessteders hjemmesider. Her kan også læses helt konkret om, hvilke fag specialelinierne indeholder, og hvor mange ECTS-point faget giver. Fx har Klinisk diætetik faget diætetik svarende til 13 ECTS-point ud af specialeliniens samlede ca. 90 ECTS-point, hvor Human ernæring har svarende til 2,5 ECTS-point. Til gengæld har Human ernæring faget kostplanlægning og -vurdering.

Uddannelsesinstitution	Udbud af specialelinier
Suhrs Seminarium (Den tværfaglige professionshøjskole i København) www.suhrs.dk	Cateringledelse, Ernæring og fysisk aktivitet, Human ernæring, <b>Klinisk diætetik</b> , Produktudvikling, Serviceledelse, Sundhedskommunikation
University College Sjælland (Ankerhus) www.ucsj.dk	Cateringledelse, Ernæring og fysisk aktivitet, Human ernæring, <b>Klinisk diætetik</b> , Produktudvikling, Serviceledelse, Sundhedskommunikation
Via University College (Århus) www.jcvu.dk eller www.viauc.dk	Cateringledelse, Ernæring og fysisk aktivitet, Human ernæring, <b>Klinisk diætetik</b>
University College Syd (Haderslev) www.ucsyd.dk Diætisten nr. 93 - 2008	Ernæring og fysisk aktivitet, Human ernæring, Produktudvikling, Sundhedskommunikation

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ernæring og sundhed siger:

### Klinisk diætetik:

Formålet er, at den studerende kvalificerer sig til selvstændigt at varetage diætetiske opgaver inden for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod det enkelte menneske og grupper af mennesker.

Den studerende skal kvalificere sig til:

- at udvælge og anvende forskningsresultater og viden inden for diætbehandling,
- at anvende og vurdere kostundersøgelsesmetoder og principper for sammensætning og brug af forskellige diættyper under hensyntagen til ernæringsstatus, ernæringsmæssig og sensorisk kvalitet og
- at udvikle, planlægge, gennemføre, evaluere og dokumentere forebyggelses-, sundhedsfremme-, behandlings-, undervisnings-, vejlednings- og kommunikationsopgaver inden for Klinisk diætetik under hensyntagen til sociale, psykologiske, kulturelle og etiske forhold.

### Human ernæring:

Formålet er, at den studerende kvalificerer sig til selvstændigt at varetage sundhedsfremmende og forebyggende opgaver i relation til ernæringsområdet.

Den studerende skal kvalificere sig til:

- at udvælge og anvende forskningsresultater og viden inden for ernæringsområdet,
- at anvende og vurdere kostundersøgelsesmetoder og principper for sammensætning og fremstilling af forskellige kosttyper under hensyntagen til ernæringsmæssig og sensorisk kvalitet og
- at udvikle, planlægge, gennemføre, evaluere og dokumentere undervisnings-, vejlednings- og kommunikationsopgaver inden for ernæringsområdet under hensyntagen til sociale, kulturelle og etiske forhold.

Kilde: BEK nr. 221 af 20/03/2006

Denne sammenligning viser, at Human ernæring uddanner til at varetage sundhedsfremmende og forebyggende opgaver indenfor ernæringsområdet, mens Klinisk diætetik uddanner til at varetage diætetiske opgaver inden for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme. Kliniske diætister arbejder dermed både med forebyggelse og behandling med fokus på diætetiske opgaver, hvorimod Human ernæring uddannes til ernæringsopgaver indenfor forebyggelse og sundhedsfremme ifølge bekendtgørelsen.

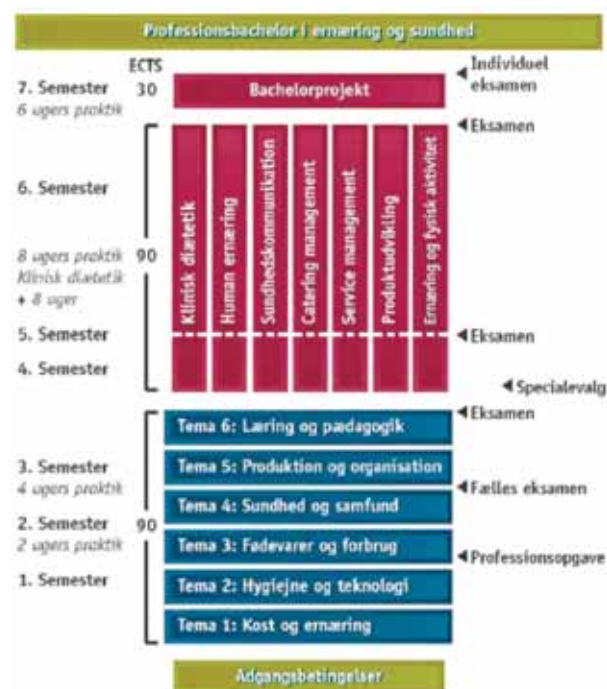
Der er derfor en klar forskel på, om man skal bruge en klinisk diætist eller en PBES, Human ernæring til at løse en opgave. Det fremgår tydeligt, at lige så snart der er en mulighed for, at behand-

ling kan komme på tale (det kunne være type 2 diabetes og overvægt), er Human ernærings-PBES'er ikke uddannet til at løse en sådan opgave. Den nemmeste måde at definere, hvornår, der skal bruges en diætist, er selvfølgelig, hvis der er en diagnose involveret. Men vi ved også, at mange borgere går rundt og er syge (fx med type 2 diabetes) uden at være klar over det. Så der er et gråzoneområde, hvor diagnose ikke kan bruges til at definere opgaven. Man kan derfor ikke uden videre sætte en Human ernærings-PBES'er til en hvilken som helst opgave.

Med forskellen i vores uddannelser vil det optimale være, at vi kan samarbejde om arbejdet med at få udført både forebyggende, sundhedsfremmende og behandlingsopgaver. Dette kan gøres ved at sørge for, at der er en klinisk diætist til rådighed i kombination med en PBES i Human ernæring for derved at sikre borgere og patienter. Denne kombination vil netop være oplagt med de nye opgaver, der er flyttet ud i kommunerne, fx ved de nye sundhedscentre, hvor mange kronikere kommer. At tro, at en PBES'er i Human ernæring - eller langt værre - en person uden en godkendt ernæringsuddannelse - kan påtage sig opgaven med at vejlede og diætbehandle uden skelen til borgerens sundhedstilstand er ganske enkelt forkert og kan få alvorlige konsekvenser.

FaKD vil fortsat arbejde for at synliggøre denne problemstilling over for politikere, arbejdsgivere og almindelige borgere, så vi kan være med til at sikre, at alle får den optimale service. Her har vi også alle et ansvar for at medvirke til at oplyse og forklare om vores uddannelse og vores fag – ganske som vi altid har skullet gøre.

Kilde: www.ucsj.dk



# Møde- og kongreskalender

## 18. – 20. juni:

The challenge of translating nutrition research into public health, Dublin, Irland  
([www.nutritionociety.org](http://www.nutritionociety.org))

## 26. – 28. juni:

"Transforming elderly care at local, national and transnational levels"  
(International conference), Eigtveds Pakhus, København  
([www.sfi.dk/transformingcare](http://www.sfi.dk/transformingcare))

## 30. juni – 3. juli:

Multidisciplinary Approches to Nutritional Problems, Nottingham, England  
([www.nutritionociety.org](http://www.nutritionociety.org))

## 9. – 12. juli:

8th International Symposium on In-Vivo Body Composition Studies, New York City, USA  
([www.abc2008.com](http://www.abc2008.com))

## 27. – 30. august:

10th International Congress of Behavioral Medicine, Tokyo, Japan  
([www.icbm2008.jp](http://www.icbm2008.jp))

## 13. -16.september:

30th ESPEN Congress, Firenze, Italien  
([www.espen.org](http://www.espen.org))

## 24. – 27. september:

8th International Conference of Food Physicists, Plovdiv, Bulgarien  
([www.icfp2008.uni-plovdiv.bg](http://www.icfp2008.uni-plovdiv.bg))

## 1. – 3. oktober:

1st International Symposium on Minerals & Dairy Producta, Saint-Malo, Frankrig  
([www.inra.fr/mdp2008](http://www.inra.fr/mdp2008))

## 3. - 7. oktober:

The Obesity Society's 2008 Annual Scientific Meeting – NAASO, Phoenix, Arizona, USA  
([www.naaso.org](http://www.naaso.org))

## 3. – 7. december:

IOF World Congress on Osteoporosis, Bangkok, Thailand  
([www.iofbonehealth.org/wco/2008.html](http://www.iofbonehealth.org/wco/2008.html))



**Redaktionsudvalg:** Næstformand Anne Marie Beck

**Forretningsudvalg:** Formand Ginny Rhodes og kasserer Line Rosgaard Kristensen

**PR-udvalg:** Formand Ginny Rhodes og næstformand Anne Marie Beck

**Hjemmesideudvalg:** Formand Ginny Rhodes og Mette Pedersen

**Uddannelsesudvalg:** Helene Andresen

**Medlemsudvalg:** Lone Bjerregaard

**Fagligt udvalg:** Dorthe Wiuf Nielsen og Kirsten Petersen

**Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association:** Formand Helle Skandorff Vestergård. Suppleant Ulla Finne Rasmussen

Temaet i næste nummer af Diætisten er Sundhedsfremme og forebyggelse Ude og HJEMME

**Nyhed!**

# Maksimal energi i hver mundfuld

Resouce 2.0+fiber er til patienter med lille appetit og stort behov:

- Ekstra energitæt – giver 33% mere energi end lignende ernæringsdrikke
- Unik fiberblanding med prebiotisk effekt – opbygger en god tarmflora
- Velsmagende med 4 varianter baseret på Filtrarom-teknologi
- Økonomisk i forhold til pris pr. kcal



Abrikos



Jordbær



Mild vanille



Skovbær



Nestlé HealthCare Nutrition  
Dampfærgevej 28  
2100 København Ø  
Tlf. 3546 0123  
Fax 3546 0234

[www.novartisnutrition.dk](http://www.novartisnutrition.dk)

 **Nestlé  
Nutrition**

Enhancing the quality of life

Nr. 93. juni 2008. 16. årgang

# DIÆTISTEN

## TEMA

Sundhedsfremme og  
forebyggelse – UDE og hjemme

Sundhed i virksomheden  
handler om balance  
Læs mere på side 12

Overvægtige gravide  
– komplikationer ved  
graviditet og fødsel  
Læs mere på side 16

Uden om honningens  
religiøse univers  
Læs mere på side 27