

Nr. 102. December 2009. 17. årgang

DIÆTISTEN

KVINDER, SYGDOM OG KOST

Spis dig gravid - Sådan!

Læs mere på side 15

Multipel Sclerose
- Ernæring og livskvalitet

Læs mere på side 20

Kvinder og hiv

Læs mere på side 25

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
www.diaetist.dk

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

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

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 103 15. december 2009
(udkommer februar 2010)

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

| | |
|--|----|
| Leddegigt, kost og komplementær behandling | 5 |
| Fertilitet og overvægt | 8 |
| Spis dig gravid – Hvordan? | 12 |
| Spis dig gravid – Sådan! | 15 |
| Multipel Sclerose – Ernæring og livskvalitet | 20 |
| Kvinder og hiv | 25 |
| Fibromyalgi | 30 |

FRA BESTYRELSEN

33

FRA ADVOKATEN

34

MØDE- OG KONGRESKALENDER

35

BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . Viggo Rothes Vej 23, 2920 Charlottenlund . Tlf. 3940 6652 / 2078 6110 . E-mail: gr@diaetist.dk . Næstformand **Mette Pedersen** . Jagtvej 65, 2.tv., 2200 København N . Tlf. 2685 5978 . E-mail: metped05@geh.regionh.dk . Øvrige medlemmer **Anne Marie Beck** . Frødings Allé 13, 1., 2860 Søborg . Tlf. 3535 3403 / arbejde 3588 7423 . E-mail: ambe@food.dtu.dk . **Dorthe Wiuf Nielsen** . Sjællandsgade 45, 3. tv., 2200 København N. Tlf. 3535 3417 / arbejde 3545 8342 . E-mail: dwn@diaetist.dk / wiuf@mail.dk . **Margit Oien Nielsen** . Hybholtvej 16, 9352 Dybvad . Tlf. 5125 3624 / arbejde 9964 5224 . E-mail: margit.oien@deltadata.dk . **Karen Thomsen** . Højtofte 21, 7760 Hurup Thy . Tlf. 2383 6796 / arbejde 9912 5893. E-mail: akth@ringamt.dk . **Maria Gamborg** . Engparken 11, 1.th, 8230 Åbyhøj . Mobil 2512 0012 . E-mail: mg@diaetist.dk . **Stine Krum** . Lærkevej 11, 5853 Ørbæk . Tlf. 2978 5757 / arbejde 5146 9705. E-mail: stinekrum@gmail.com . **Sofie Wendelboe** . Tværgade 7, 4800 Nykøbing F. Mobil 5121 0491 . E-mail: privat@sofiwendelboe.dk . Suppleant **Lonneke Hjermitslev** . Dallvej 36, Dall Villaby, 9230 Svenstrup J . Tlf. 2547 5484 / arbejde 9818 9230 . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com . **Line Dongsgaard** Hindbærvej 15, 8840 Rødskærbro . Tlf. 3029 7457 / arbejde 2778 0021 . E-mail: lonneke.lrk.30@hotmail.com

REGIONSFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN

Dorthe Lindschouw Kaasgaard . Mørups Allé 21, 2650 Hvidovre . Tlf. 3678 6110 . E-mail: dorthelindschouw@hotmail.com

REGION SJÆLLAND

Lene Sølvkær Nielsen . Vesterhegnet 40, 4600 Køge . Tlf. 3555 7151 . E-mail: lesol@mail.tele.dk

Johnna Bork Christensen . Hjortlund 1, 4000 Roskilde . Tlf. 4635 7586 . E-mail: jbc@regionsjaelland.dk

REGION SYDDANMARK

Helene Andresen . Farverhus 71, 6200 Åbenrå . Tlf. 7433 2159 . E-mail: handre@aabenraa.dk

REGION MIDTJYLLAND

Line Rosgaard Dongsgaard . Hindbærvej 15, 8840 Rødskærbro . Tlf. 3029 7457 . E-mail: lrk.30@hotmail.com

REGION NORDJYLLAND

Lonneke Hjermitslev . Dallvej 36, Dall Villaby, 9230 Svenstrup J . Tlf. 9834 1420 . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com

Året der gik...

Ginny Rhodes
Formand



Når vi nu nærmer os jul og nytår, kommer jeg til at tænke på, hvad der er foregået i årets løb. Er der noget af alt det, jeg ønskede mig til sidste jul, der er gået i opfyldelse? Tja..

Vi har talt og hørt meget om forebyggelse, men lur mig, om ikke regeringens forebyggelsesplan, baseret på forebyggelses-

kommissionens arbejde, blev lanceret i efterårsferien – var der nogen, der fik set den? Og når jeg hører fra kollegaer, så er der ikke mange reelle forebyggelsestilbud etableret endnu, ude i kommunerne – men det går da fremad. Desværre er der ingen garanti for inddragelse af diætist, hvilket må undre såre, når vi ved hvor mange kronisk syge, vi har i Danmark, og hvor meget gavn, de kunne have af at komme til diætist.

Der er stadig lang vej igen, før vi har sammenhæng mellem kommuner og regioners tilbud. Som det er nu, arbejdes der heldigvis mange steder på at tage hånd om patienter, der færdigbehandlede forlader sygehusene og tager hjem til kommunerne, men ikke alle steder står der folk klar til at overtage den videre forebyggende behandling. Og hvorfor etableres der ikke et ensartet landsdækkende tilbud, så alle får samme behandling?

Senest har FaKD været involveret, via vores faglige selskab FEPS, i debatten om overvægtige, med særlig fokus på børnene. Vores projekt, "Børnefamilier i behandling hos diætister", har nu klart vist, at diætister bør involveres i behandlingstilbud til dem, for det nytter! Samtidig har vi forsøgt at skabe debat om, hvorfor der dog ikke er et landsdækkende tilbud til børnene i regionerne, som det, der er etableret på Holbæk Sygehus. Og hvor er samarbejdet mellem regioner og kommuner henne i forhold til disse mennesker?

Man er overladt til at betale selv, hvis man ikke kan finde et tilbud, hvor man bor. Og ønsket om tilskud til diætist og henvisningsmulighed til lægerne lader som vanlig vente på sig – igen er det økonomiske diskussioner og kassetænkning, der blokerer. Og imens politikerne skændes om penge, er der uendelig lidt fokus på, hvem der egentlig byder sig til derude. Har de overhovedet de nødvendige kvalifikationer?

En kollega sagde lige "det er stadig op ad bakke med hensyn til at forklare forskellen på en diætist og en kostvejleder". Det har vist stået på i mange år, men vi kan dog se frem til, at uddannelsen til professionsbachelor i ernæring og sundhed nu vil få en national studieordning, og specialelinjerne vil blive reduceret til tre i det kommende år. Det er et skridt i den rigtige retning, men skal vi alle kunne gå ud og fortælle hvem vi er, og hvad vi kan, så skal det formuleres klokkeklart i den nye bekendtgørelse, så ingen kan være i tvivl om hvem, der har kompetence til hvad.

Diætister er og bliver dem, der er uddannet til at varetage diætbehandling af syge, hvilket inkluderer den patientrettede forebyggelse ude i kommunerne. Vores kollegaer på uddannelsen er uddannet til at varetage sundhedsfremme og forebyggelse over for de raske borgere. Det er vi hver især rigtig gode til, så måske mit juleønske i år skal være, at vi sammen i 2010 kan få det slået fast. Der er nemlig rigelig med arbejdsopgaver at tage fat på for os alle sammen.

Jeg glæder mig til at fortsætte arbejdet i 2010

Glædelig Jul og Godt Nytår!

NYHED

Nutridrink Compact

MINDRE VOLUMEN. MERE ENERGI.



- ring og hør mere om Nutridrink Compact - telefon 70 21 07 07



Volumen kan være en barriere i forhold til at opnå fuld udbytte af ernæringsdrikke. Med Nutridrink Compact får du den samme mængde energi i en 125 ml ernæringsdrik som ved en traditionel 200 ml ernæringsdrik - hvilket betyder 300 kcal/1.260 kJ og 12 g protein - i 40 % mindre volumen.

Ved at tilbyde Nutridrink Compact til patienter og borgere som har brug for tilskuds-drikke, hjælper du dem til at få den optimale ernæring i en volumen, de kan håndtere.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact

Leddegigt, kost og komplementær behandling

Mavesår og osteoporose er nogle af de bivirkninger, som mange mennesker med leddegigt må slås med som en konsekvens af deres medicinske behandling (1). Derfor forsøger mange af disse mennesker sig med alternative diæter, kosttilskud og naturlægemidler (1). Men hvad er evidensen for, at kosttilskud/naturlægemidler og diæter kan lindre leddegigt, og hvad kan vi anbefale denne patientgruppe?

Line Fransen



Rebecca Hjelm Madsen



Formålet med vores bachelorprojekt var at undersøge evidensen for, at diæter, fedtsyrer og antioxidanter kan gøre en forskel for symptomerne ved leddegigt. Markedet for kosttilskud og naturlægemidler er i dag meget stort, og det ville have været interessant at afdække evidensen bag samtlige kosttilskud og naturlægemidler, som sælges til patienter med leddegigt. Af hensyn til bachelorprojektets omfang var dette desværre ikke muligt. Derfor valgte vi at fokusere på, hvorvidt der ses effekt ved tilskud af fedtsyrer og antioxidanter, samt om specifikke diæter kan gøre en forskel for patienterne. Projektet bygger på et litteraturstudie, og der er kun medtaget randomiserede kontrollerede studier, foretaget på voksne med leddegigt.



Fiskeolie

Rationalet for tilskud af fiskeolie ved leddegigt bygger på, at de langkædede n-3 fedtsyrer, eicosapentaensyre (EPA) og docosahexaensyre (DHA), menes at være i stand til at hæmme den inflammatoriske proces i leddene gennem flere mekanismer, fx ved at hæmme syntesen af proinflammatoriske eikosanoider (1). I forhold til, hvorvidt fiskeolie har en gavnlig effekt på leddegigt, har en metaanalyse af 10 undersøgelser vist signifikant bedring i antallet af ømme led (2). En nyere metanalyse af 17 studier og 823 patienter har, udover færre ømme led, også vist reduceret morgenstivhed, færre smerter samt reduceret brug af NSAID efter 3-4 måneders tilskud (3). Den største effekt ses ved de studier, som gav tilskud større end 2,7 g EPA og DHA pr. dag. Der sås ingen effekt ved tilskud af fiskeolie i ≤ 2 måneder.

Kort om leddegigt

- Autoimmun ledsygdom af ukendt årsag
- Inflammation i leddene kan fx medføre smerter, hævelse, stivhed og brusk- og leddestruktion
- Behandlingen, som indbefatter bl.a. cytostatika, NSAID og glukokortikoider, fjerner sjældent alle symptomer og er ofte forbundet med mange bivirkninger



Gammalinolensyre

N-6 fedtsyren Gammalinolensyre (GLA) findes bl.a. i planteolier fra kæmpenatlys, solbærkerner samt hjulkrone og menes ligesom fiskeolie at have antiinflammatorisk effekt (4). Ud fra studier tyder det på, at tilskud af GLA kan have gavnlig effekt, særligt på antallet af ømme led, men det er nødvendigt med flere studier af bedre kvalitet, før et tilskud kan anbefales (5). Endvidere tyder det på, at der skal indtages 1,4-3 g GLA for at opnå effekt (6-8). En mindre stikprøve af det danske marked viste, at dette kan indebære et indtag på mindst 12-28 kapsler pr. dag for at opnå 1,4 g GLA. Udover, at det vil være ubehageligt for patienten at sluge dette antal kapsler dagligt, vil det også hurtigt blive en kostbar affære.

Antioxidanter

Tilskud af antioxidanter kunne være interessant i forhold til leddegigt, idet produktionen af frie radikaler menes at være øget ved leddegigt (9). I forhold til antioxidanter har studier fokuseret på vitamin E og selen (10-16). Selen har været undersøgt pga. dets rolle som co-faktor i antioxidantsystemet glutathion peroxidase (15), og vitamin E pga. dens egenskab som antioxidant (12). Ingen af studierne giver dog belæg for at anbefale patienter med leddegigt et øget indtag af hverken vitamin E eller selen. I forhold til vitamin E er der desuden anvendt meget store doser (1200 mg alfa-tocopherol), og der kan sættes spørgsmålstegn ved sikkerheden af dette. Nordisk Råd konkluderer, at høje doser vitamin E kan være skadelig for rygere og personer med øget risiko for hjerte-karsygdom (17), hvilket er tilfældet for leddegigt-patienter (1,18).

Diæter

Der er mange hypoteser omkring forskellige fødevarer, som menes at have en symptomfórværende effekt på leddegigt, og flere patienter forsøger sig med elimination af visse fødevarer i håb om bedring (18). Ved afdækning af de publicerede studier identificerede vi mange studier med forskellige kosttiltag, men

desværre var der ikke direkte sammenlignelighed mellem diæterne, og mange af studierne havde derudover også metodiske svagheder, som fx forskellige fremgangsmåder for måling af parametrene til vurdering af sygdomsaktiviteten, manglende oplysninger og risiko for bias pga. manglende dobbeltblindning.

De undersøgte diæter varierede meget i forhold til omfanget af eliminerede fødevarer, og der sås således forskellige typer af vegetar- og vegandiæter med eller uden gluten, mejeriprodukter (19-22), og elementardiæter (23-26), mens der samtidig sås diæter, som eliminerede fødevarer fra flere forskellige fødevarergrupper og /eller øgede indtaget af fx frugt og grønt eller fisk (27-33). Idet undersøgelseerne gav modstridende resultater og ikke var direkte sammenlignelige, kan vi ikke konkludere, om en specifik diæt kan bedre symptomerne ved leddegigt, og det har heller ikke været muligt at udpege én specifik fødevarer som værende symptomfórværende. Flere patienter opnåede klinisk relevant bedring, og visse patienter kan derfor muligvis have gavnlig effekt af at følge en given diæt, men det har ikke været muligt at påpege bestemte patientkarakteristika ved dem, som opnåede klinisk relevant bedring, og de kan derfor være svære at identificere.

Anbefalinger

Hvad kan vi anbefale patienter, som ønsker at tage tilskud eller ændre kostvaner i håb om at bedre deres symptomer?

To metaanalyser har bekræftet, at der ses en gavnlig effekt af tilskud af n-3 fedtsyrerne EPA og DHA, og at doser på min. 2,7 g/dag har vist bedst effekt. Umiddelbart er dette også det eneste, man p.t. kan anbefale patienter, som ønsker at tage tilskud af fedtsyrer og/eller antioxidanter.

Ved samtaler med forskellige gigtpatienter kunne vi se en tendens til, at brugerne af fiskeolietilskud ikke indtager en tilstrækkelig dosis. Ved brug af fiskeolietilskud er det således vigtigt, at patienten instrueres i at identificere indholdet af EPA og DHA samt, at

de gøres opmærksomme på, at virkningen eventuelt først indtræder efter op til 3-4 måneders brug.

Markedet for fiskeoliekapsler og levertran er stort, og det kan være vanskeligt at vurdere, hvilket produkt man skal vælge. Kapslerne indeholder et meget varierende indhold af EPA/DHA, og den krævede dosis på 2,7 g kræver forskellig mængde kapsler. Vi foretog en mindre stikprøve af forskellige tilskud på det danske marked (jf. tabel 1) og fandt her, at det krævede antal kapsler varierede mellem 5-20 kapsler, såfremt indtaget af EPA/DHA udelukkende baseres på fedtsyretilskud. Her vil prisen variere fra 3-8 kr. pr dag. Levertran er den billigste kilde til EPA/DHA, men i denne forbindelse skal man være opmærksom på risikoen for at indtage en toksisk dosis A-vitamin - især i forhold til gravide patienter. Fødevaredirektoratet anbefaler et maksimalt indtag på 15 ml/dag (34).

Det vil kræve ca 700 g fed fisk om ugen for at indtage 2,7 g EPA og DHA, hvilket kan synes uoverkommeligt, og samtidig mangles der viden omkring de langsigtede konsekvenser af et så højt indtag af fede fisk i forhold til ophobning af tungmetaller i kroppen (35). Af hensyn til den potentielle risiko ved et meget højt indtag af fede fisk, finder vi det mest hensigtsmæssigt at kombinere den generelle anbefaling om 200-300 g fisk og fiskeolietilskud for at få 2,7 g EPA og DHA.

Umiddelbart kan det ikke anbefales, at personer med leddegigt følger en diæt, som adskiller sig fra de gældende danske anbefalinger for raske. En kost baseret på de gældende næringsstofanbefalinger er særlig relevant for personer med leddegigt, idet der er set øget risiko for osteoporose, anæmi og hjerte-karsygdom (1,18).

linefransen@hotmail.com og rmadse@hotmail.com

Tabel 1 Et udvalg af fiskeolietilskud på det danske marked

| Mærke | EPA-DHA/kapsel | 3 g EPA/DHA | Pris/ kapsel | Pris/dag | Energi/dag |
|--------------------------------------|----------------|-------------|--------------|----------|---|
| Matas Fiskeolie 180 stk. 189,95 kr. | 600 mg | 5 kapsler | 1 kr. | 5 kr. | 1 kapsel = 1 g olie = 190 kJ/d ved 5 stk. |
| Pikasol GI 60 180 stk. 299,95 | 600 mg | 5 kapsler | 1,60 kr. | 8 kr. | 1 kapsel = 1 g olie = 190 kJ/d ved 5 stk. |
| Futura Fiskeolie 120 stk. 156,95 kr. | 540 mg | 6 kapsler | 1,30 kr. | 8 kr. | 1 kapsel = 1 g olie = 228 kJ/d ved 6 stk. |
| Fiskeolie fra Aldi 120 stk. 20 kr. | 150 mg | 20 kapsler | 0,17 kr. | 3,50 kr. | 1 kapsel = ½ g = 380kJ/d ved 20 stk. |
| Levertran A+D 500 ml 95 kr. | 1 g pr. 5 ml | 15 ml | 0,20 kr./ml | 3 kr. | 5 ml = 176 kJ = 528 kJ ved 15 ml |
| Apovit Levertran 375 ml 63 kr. | 0,9 g pr. 5 ml | 16,5 ml | 0,17 kr./ml | 3 kr. | 5 ml = 173 kJ = 571 kJ ved 15 ml |

Referencer

1. Rennie KL, Hughes J, Lang R & Jebb SA (2003). Nutritional management of rheumatoid arthritis: a review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 16(2):97-109.
2. Fortin PR, Lew RA, Liang MH et al. (1995). Validation of a meta-analysis: the effects of fish oil in rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(11):1379-90.
3. Goldberg RJ & Katz J. (2007). A meta-analysis of the analgesic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. *Pain*, 129(1-2):210-23.
4. Belch JF & Hill A. (2000). Evening primrose oil and borage oil in rheumatologic conditions *American Journal of Clinical Nutrition*, 71 (supl): 352-356
5. Little CV & Parsons T (2000). Herbal therapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
6. Leventhal LJ, Boyce EG & Zurier RB (1993). Treatment of rheumatoid arthritis with gammalinolenic acid. *Annals of Internal Medicine*, 119(9):867-73.
7. Leventhal LJ, Boyce EG & Zurier RB (1994). Treatment of rheumatoid arthritis with blackcurrant seed oil. *British Journal of Rheumatology*, 33(9):847-52.
8. Zurier RB, Rossetti RG, Jacobson EW et al. (1996). Gamma-Linolenic acid treatment of rheumatoid arthritis. A randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis & Rheumatism*, 39(11):1808-1817.
9. Darlington LG & Stone TW (2001). Antioxidants and fatty acids in the amelioration of rheumatoid arthritis and related disorders. *British Journal of Nutrition*, 85(3):251-69.
10. Kolarz G, Scherak M, Shohoumi MEL et al. (1990). Hochdosiertes Vitamin E bei Chronischer Polyarthrit. Eine Multizentrische Doppelblindstudie gegenüber Diclofenac-Natrium. *Aktuelle Rheumatologie*, 15:233-237

Fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatterne

Fertilitet og overvægt

En kvindes frugtbarhed eller fertilitet afhænger af en lang række faktorer. Den vigtigste faktor er hendes alder. Når man skal vurdere en bestemt faktors betydning, spiller det derfor en væsentlig rolle for situationen, hvor gammel kvinden er.

Fertilitet betyder evnen til at blive gravid.
Fekunditet betyder evnen til at blive gravid og gennemføre graviditeten til ende med fødsel af et barn.

Betydningen af kvindens alder

En kvindes chance for at opnå graviditet og føde et barn, hvilket er det samme som chancen for at blive gravid minus risikoen for at opleve en spontan abort, udtrykkes typisk pr. ægløsning (= pr. cyklus) og afhænger i væsentlig grad af kvindens alder:

Det fremgår af figur 1, at en kvindes fekunditet halveres fra 24 pct. pr. cyklus, når hun er 25 år, til 12 pct. pr. cyklus, når hun er 35 år, og i alt væsentligt er ophørt, når hun fylder 45 år (1).

Risikoen for at opleve spontan abort blandt kvinder, som er blevet spontant gravide, ligger nogenlunde stabilt på 20-25 pct. frem til

30-års-alderen, men stiger herefter markant, således at kvinder over 40 år har omkring 50 pct. risiko for at opleve spontan abort (2).

Jo tidligere en kvinde beslutter sig for at forsøge at blive gravid, desto større vil hendes chance, for at det lykkes uden hjælp, være.

Overvægt og fertilitet

I Danmark har 36 pct. af kvinder i den fødedygtige alder et BMI over 24, og 11 pct. et BMI over 29. Overvægt er et stigende problem, ikke blot i relation til frugtbarheden, men også for en række sygdomme i kredsløb, bevægeapparat og i hormonsystemet.

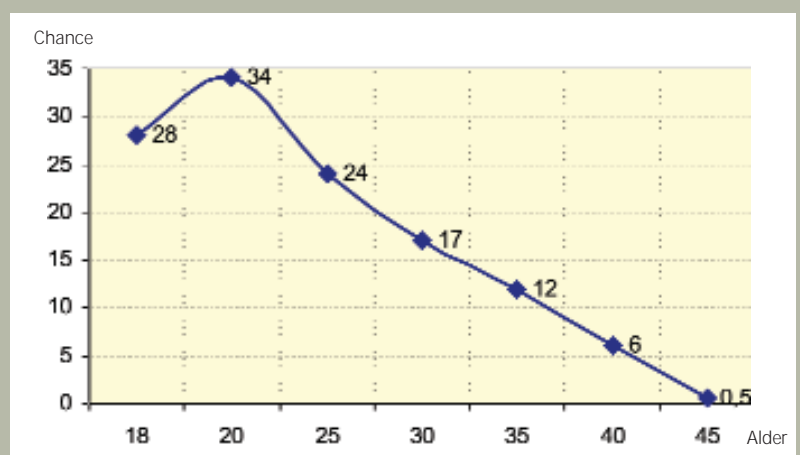
Årsagen til, at mange overvægtige kvinder har svært ved at blive gravide, menes at være en påvirkning af deres hormonsystem. Fedtvæv omdanner en række hormoner, som har betydning for

Figur 1

Chancen for (i pct.) at blive gravid og føde et barn pr. ægløsning.

Tallene forudsætter, at man har to ugentlige samlejer med en mand, som producerer sædceller.

Dette er gennemsnitstal, som kan være højere eller lavere afhængigt af andre faktorer som rygning og overvægt, der begge trykker tallene nedad.



den kvindelige menstruationscyklus. Ved svær overvægt er det ikke ualmindeligt, at kvinden helt ophører med at have ægløsning, eller at disse bliver meget uregelmæssige. Et andet problem for overvægtige er en større risiko for tidlige aborter (3). En tidlig abort kan vise sig som blot en lidt forsinket, kraftig menstruation.

Jo større overvægt, jo større er problemerne (4,5). Det har vist sig, at det også har en betydning, hvordan fedtvævet er fordelt. Jo mere fedt, man har midt på maven, dvs. jo mere taljefedt i forhold til hoftefedt, jo større er frugtbarhedsproblemet (5).

Overvægt påvirker ikke blot chancen for at opnå spontan graviditet. Chancen for at blive gravid ved reagensglasbefrugtning synes også at være lavere hos overvægtige (5,6).

Endelig er risikoen for komplikationer i forbindelse med graviditet, fx forhøjet blodtryk, sukkersyge og blodprop i benene, øget hos kvinder med svær overvægt. I forbindelse med fødslen er risikoen for, at barnet sætter sig fast, forhøjet ved overvægt, og hvis der gennemføres kejsersnit, er risikoen for infektion i operationssåret øget.

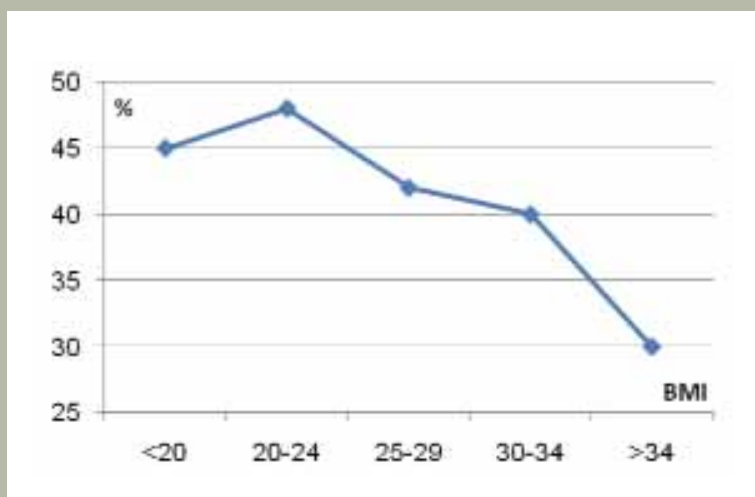
Hjælper det at tabe sig?

Det har vist sig, at hvis overvægtige kvinder taber 10 pct. af deres vægt (eller mere, hvis overvægten er stor), vil 80 pct. af de, som havde menstruationsproblemer, igen få regelmæssig menstruation – og ægløsning, selv om de efter vægttabet stadig var overvægtige (7). Tre fjerdedele vil blive gravide, heraf en tredjedel uden behandling. Risikoen for tidlig abort bliver næsten normal efter vægttabet. Figur 2.



Figur 2

Chancen for at blive gravid pr. IVF-cyklus (pct.) som funktion af kvindens BMI. Tallene stammer fra en opgørelse af 3.586 IVF-cyklø på en australsk klinik (6).



Disse fund har medført, at mange danske fertilitetsklinikker tilråder, at kvinder med højt BMI (fx over 27) skal tabe 10 pct. af deres vægt (eller mere ved svær overvægt) for at opnå normal ægløsningsfunktion, en acceptabel chance for graviditet uden behandling, bedst mulige chancer for graviditet ved behandling, og mindre risiko for abort, hvis graviditet opnås.

Overvægt udvikles, hvis man spiser mere, end man forbrænder. Det betyder, at der i praksis kun er to måder at tabe sig på. Enten at forbrænde mere ved at bevæge sig mere, eller spise mindre, især mindre fed mad. Vi er klar over, at det ikke er nemt at tabe 10 pct. af sin vægt. Mange klinikker henviser derfor overvægtige kvinder til klinisk diætist for at sikre vejledning i hensigtsmæssig kost, og tilrettelæggelse af et program for vægttab.

lidegaard@dadlnet.dk



Referencer

- 1 Larsen U, Yan S. The age pattern of fecundability: An analysis of French Canadian and Hutterite Birth Histories. *Social Biol* 2000; 47: 34-50.
- 2 Hoesli IM, Walter-Göbel I, Tercanli S, Holzgreve W. Spontaneous fetal loss rates in a non-selected population. *Am J Med Genetics* 2001; 100: 106-9.
- 3 Fedorcsak P, Storeng R, Dale PO, Tanbo T, Åbyholm T. Obesity is a risk factor for early pregnancy loss after IVF or ICSI. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 43-8.
- 4 Zaadstra BM, Seidell JC, Noord PAHV, Velde ER, Habbema JDF, Vrieswijk B, Karbaat J. Fat and female fecundity: Prospective study of effect of body fat distribution on conception rates. *BMJ* 1993; 306: 484-7.
- 5 Wass P, Waldenström U, Rossner S, Hellberg D. An android body fat distribution in females impairs the pregnancy rate of in-vitro fertilization-embryo transfer. *Hum Reprod* 1997; 12: 2057-60.
- 6 Wang JX, Davies M, Norman RJ. Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: Retrospective study. *BMJ* 2000; 321: 1320-1.
- 7 Clark AM, Thornley B, Tomlinson L, Galletley C, Norman RJ. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod* 1998; 13: 1502-5.

I International Journal of Obesity (2008 Mar;32(3):495-501) er publiceret en randomiseret undersøgelse, der påviser effekten af diætetisk rådgivning til målgruppen. Læs artiklens abstrakt her.

A randomized trial of the effects of dietary counseling on gestational weight gain and glucose metabolism in obese pregnant women.

Wolff C, Legarth J, Vangsgaard K, Toubro S, Astrup A.

Department of Human Nutrition, Faculty of Life Science, Copenhagen University, Copenhagen, Denmark. sw@sst.dk

OBJECTIVE: Can gestational weight gain in obese women be restricted by 10-h dietary consultations and does this restriction impact the pregnancy-induced changes in glucose metabolism? **DESIGN:** A randomized controlled trial with or without restriction of gestational weight gain to 6-7 kg by ten 1-h dietary consultations. **SUBJECTS:** Fifty nondiabetic nonsmoking Caucasian obese pregnant women were randomized into intervention group (n=23, 28+/-4 years, prepregnant body mass index (BMI) 35+/-4 kg m(-2)) or control group

(n=27, 30+/-5 years, prepregnant BMI 35+/-3 kg m(-2)). **MEASUREMENTS:** The weight development was measured at inclusion (15 weeks), at 27 weeks, and 36 weeks of gestation. The dietary intakes were reported in the respective weeks by three 7-day weighed food records and blood samples for analyses of fasting s-insulin, s-leptin, b-glucose, and 2-h b-glucose after an oral glucose tolerance test were collected. **RESULTS:** The women in the intervention group successfully limited their energy intake, and restricted the gestational weight gain to 6.6 kg vs a gain of 13.3 kg in the control group (P=0.002, 95% confidence interval (CI): 2.6-10.8 kg). Both s-insulin and s-leptin were reduced by 20% in the intervention group compared to the control group at week 27, mean difference: -16 pmol l(-1) (P=0.04, 95% CI: -32 to -1) for insulin and -23 ng ml(-1) (P=0.004, 95% CI: -39 to -8) for leptin. At 36 weeks of gestation, the s-insulin was further reduced by 23%, -25 pmol l(-1) (-47 to -4, P=0.022) and the fasting b-glucose were reduced by 8% compared with the control group (-0.3 mmol l(-1), -0.6 to -0.0, P=0.03). **CONCLUSIONS:** Restriction of gestational weight gain in obese women is achievable and reduces the deterioration in the glucose metabolism.



Fresubini[®]
2 kcal
DRINK



Fresubini[®]
2 kcal fibre
DRINK

Fuldgyldige ernæringsdrikke med
meget **højt indhold af energi og protein**

- Højeste kombinationsværdier på markedet
- 400 kcal/1680 kJ og 20 g protein pr. flaske
- Velsmagende med god konsistens
- 8 smagsvarianter



**FRESENIUS
KABI**
caring for life

www.fresenius-kabi.dk
Telefon 33 18 16 00

Spis dig gravid – Hvordan?

I skrivende stund er ca. syv pct. af danske børn undfanget efter kunstig befrugtning. Hertil kommer mange par, som forgæves søger hjælp, men hvor behandlingen ikke bærer frugt. For at bringe et barn til verden kræves et godt æg, en god sædcelle til tiden og et godt miljø for graviditeten.

Kvindens fertilitet

Polycystisk Ovarie Syndrom (PCOS, mangeblæret æggestoks tilstand) er en tilstand med manglende eller uregelmæssig ægløsning (1). PCOS er den hyppigste hormonelle afvigelse hos kvinder og berører 5 -10 pct. i den fertile alder. Den påvirkede æggestoksfunktion medfører i første række nedsat fertilitet og herefter øget risiko for graviditetskomplikationer som tidlig abort, graviditetsbetinget sukkersyge, svangerskabsforgiftning, påvirket moderkagefunktion og for tidlig fødsel. PCOS er den hyppigste årsag til kvindelig infertilitet. Kvindens fertilitet er påvirket efter graden af PCOS.

Metabolisk syndrom er en tilstand med organ malfunktion som følge af hyperinsulinæmi (2). Hyperinsulinæmi opstår hos individer, der er genetisk disponerede til nedsat følsomhed for insulin (insulinresistens), med en livsstil, som i særlig grad provokerer behovet for insulin.

Der er stærk evidens for, at højt insulinniveau (hyperinsulinæmi) er årsag til PCOS, og at PCOS derfor er en delmængde af metabolisk syndrom karakteriseret ved blandt andet ovarie malfunktion. Der er hermed evidens for, at højt insulinniveau er en væsentlig årsag til nedsat fertilitet hos kvinder.

Mandens fertilitet

Hos mænd er dårlig sædkvalitet et stigende og efterhånden bekymrende problem (3). Her ser man faldende antal sædceller, flere abnorme sædceller og flere sædceller med beskadiget DNA (4). Sædkvaliteten er altså udfordret både kvantitativt og kvalitativt.

Sædceller dannes umodne i testiklerne og skal modne 70-80

dage. Modningen afhænger blandt andet af testosteron, som produceres i testiklerne. Mænd med nedsat sædkvalitet har som gruppe betraget nedsat testosteron niveau (5).

Overvægtige mænd med metabolisk syndrom har signifikant lavere niveau af testosteron end alderssvarende metabolisk raske mænd (6). Testosteronniveauet aftager omvendt proportionalt med øget bodymassindex (BMI) og øget insulinniveau (7). Et finsk kohortestudie med 702 mænd, fulgt over 11 år, viste, at lavt testosteron var en tidlig markør for forstyrrelser i insulin og glukose metabolismen, som kan udvikle sig til metabolisk syndrom og/eller diabetes (8).

Tværsnitsundersøgelser har videre vist, at sædkvaliteten hos overvægtige er dårligere end hos normalvægtige (4,6,9-11), ligesom der er påvist lavere fekunditet (fertilitets potentiale) hos par, hvor både mand og kvinde er overvægtige (12).

Endelig har et studie (4) af sædprøver fra 520 mænd påvist signifikant øget beskadigelse af sædcellernes DNA med øget BMI.

Der er flere årsager til nedsat sædkvalitet, men der er evidens for, at metabolisk syndrom og den heraf følgende reaktive hyperinsulinæmi, ligesom hos kvinderne, er en væsentlig medspiller.

Dermed vil sænket insulinniveau øge såvel kvinders som mænds fertilitet. Da hyperinsulinæmien er reaktiv til insulinresistens, er medicinsk behandling med insulin sensitizers, som fx metformin, nærliggende. Der er udført et stort antal kliniske forsøg med metformin overfor tilstande, hvor man mener, at insulinresistens er en del af patogenesen. I de tilstande, hvor behandling med metformin medførte en signifikant bedring, kan patogenesen altså helt eller delvist forklares ved hyperinsulinæmi.

Graviditeten

Fertilitet defineres som evnen til at reproducere og slutter derfor ikke med opnået graviditet, men med fødsel af et levende barn. Graviditeten er heldigvis ukompliceret for mange, mens den for andre er et hækkeløb over forhindringer:

Tidlige spontane aborter: PCOS øger risikoen for spontane aborter. Uden behandling vil en gravid kvinde med PCOS have

30 – 50 pct. risiko for at abortere. Flere studier har vist, at metforminbehandling resulterede i en signifikant reduktion i antallet af spontane aborter i forhold til tidligere graviditeter uden metforminbehandling (17,19,20,22).

Graviditetsbetinget sukkersyge: Sukkersyge i graviditeten medfører øget sukkertilførsel til fosteret. Her omdannes sukkeret til fedt, hvilket fører til, at fosteret bliver overvægtigt. Store børn er vanskelige at føde, og tilstanden fører til øget brug af kejsersnit og sugeskop. Den nyfødte, som får afbrudt sukkertilførslen, når navlesnoeren klippes, risikerer at få for lavt blodsukker, hvilket kan give kramper hos den nyfødte. Metforminbehandling reducerer risikoen for udvikling af graviditetsbetinget sukkersyge (12,14-18,23), formentlig med en faktor 10 (16) og reducerer risikoen for svangerskabskomplikationer hos gravide kvinder med type 2 diabetes (23).

Svangerskabsforgiftning: Metforminbehandling er ikke forbundet med udvikling af svangerskabsforgiftning, som ellers forekommer hyppigt hos PCOS gravide (12,23).

Utilstrækkelig funktion af moderkagen: Utilstrækkelighed af moderkagen forekommer hyppigt hos PCOS gravide. Tilstanden kan medføre væksthæmning af fosteret og for tidlig fødsel. Man mistænker dannelsen af mange mikroskopiske blodpropper i moderkagen for medvirken hertil. Blodets indhold af

Plasminogen Activator Inhibitor type 1 (PAI-1) øges med øget insulin og dermed blodets evne til at danne blodpropper.

Metforminbehandling i graviditeten reducerer PAI-1 (21) og reducerer dermed risikoen for blodpropper.

For tidlig fødsel: Fortsat metforminbehandling i graviditeten er ikke forbundet med for tidlig fødsel (12,14,23), som ellers forekommer ved PCOS graviditeter (altså forebyggede metformin for tidlig fødsel).

Regulering af insulin

Insulin er involveret i cellers optagelse af glukose, og alle organer i kroppen er derfor afhængige og påvirkelige af insulin. Det er oplagt, at en stor krop behøver en større mængde insulin end en lille krop, og at blodets insulinconcentration derfor er større hos overvægtige end hos slanke. Højt insulin hæmmer forbrændingen af fedt, og herved opstår en ond cirkel, hvor højt insuliniveau disponerer til fedme, og fedme øger behovet for insulin. Der er ingen tvivl om, at vægttab hos overvægtige medfører mindsket insulin, bedring i PCOS og dermed øget fertilitet, men det er spørgsmålet om hønen eller ægget kom først. Hvis man nu sænker insuliniveauet, burde personen bedre kunne omsætte fedt og burde derfor tabe sig, men insulin regulerer blodsukkeret, og hvis man medikamentelt mindsker insulinproduktionen, begynder blodsukkeret at stige (24), så det er ikke vejen frem.



Imidlertid er det netop det faktum, at insulin regulerer blodsukkeret, der åbner mulighed for regulering af insulin via kosten. Hvis man hælder glukose i blodet, øges insulinproduktionen, da denne styres af behovet for insulin. Ved fordøjelsen omdannes protein og fedt ikke til glukose, men det gør kulhydrat. Man kan altså mindske behovet for insulin ved at mindske kostens energiprocent fra kulhydrat og tilsvarende øge energiprocenten af fedt og protein.

Flere studier har vist, at en kost med højt proteinindhold giver et større vægttab (25-27) end en kost med højt kulhydratindhold hos overvægtige, ikke-diabetiske, insulinresistente personer, men en sådan proteinrig/kulhydratfattig kost bevirker også det største fald i insulin, selv når der bliver korrigeret for vægttabet (28). Andre kontrollerede koststudier (29-31) har vist større fald i insulin med den proteinrige kost end med den kulhydratrige kost, selvom der var samme vægttab i de to grupper. Endelig har et randomiseret

studie (31) vist sænkning af insulin med lavglykæmisk kost, i forhold til højglykæmisk kost uden vægtændring.

Der er således evidens for, at fordelingen af kalorier (KE%, PE%, FE%), kulhydraternes kvalitet (glykæmisk index, GI) og kvantitet (glykæmisk load, GL) har betydning for kostens insulinogene virkning, og det er de knapper, der skal drejes på for at nedregulere insulin. Hvordan knapperne skal drejes, er foreslået i bogen "Spis dig gravid" fra Gads forlag, der præsenterer KISS-kosten.

reception@gynklinik.dk

Referencer

- 1 Svendsen, P F et al.: Polycystisk ovariesyndrom. Ugeskr Læger 2005;167(34):3147
- 2 Madsbad S et al.: Fedme, metabolisk syndrom og hjerte-kar-sygdom. Ugeskr Læger 2004;166(17):1561
- 3 Jørgensen N et al.: Coordinated European investigations of semen quality: results from studies of Scandinavian young men is a matter of concern. Int J Androl 2006; 29(1):54-61
- 4 Kort HI et al.: Impact of body mass index on sperm quantity and quality, J Androl. 2006, 27(3):450-2.
- 5 Andersson AM et al: Impaired Leydig cell function in infertile men: a study of 357 idiopathic infertile men and 318 proven fertile controls. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2004; 89: 3161-3167.
- 6 Kaplan SA et al: The age related decrease in testosterone is significantly exacerbated in obese men with metabolic syndrome. What are the implications for the relatively high incidence of erectile dysfunction observed in these men? Journal of Urology, 2006; 176: 1527-1528.
- 7 Osuna JA et al: Relationship between BMI, total testosterone, sex-hormone-binding-globulin, leptin, insulin and insulin resistance. Archives of Andrology, 2006; 53: 355-361.
- 8 Laaksonen DE et al: Testosterone and sex hormone-binding globulin predicts the metabolic syndrome and diabetes in middle-aged men. Diabetes Care, 2004; 27: 1036-1041.
- 9 Jensen TK et al: Body mass index in relation to semen quality and reproductive hormones among 1,558 Danish men. Fertility and Sterility 2004; 82: 863-870.
- 10 Winters SJ et al: Inhibin-B levels in healthy young adult men and prepubertal boys: is obesity the cause for the contemporary decline in sperm count because of fewer Sertoli cells? J Androl, 2006; 27: 560-564.
- 11 Ramlau-Hansen CH et al: Subfecundity in overweight and obese couples. Human Reproduction, 2007; 22: 1634-1637.
- 12 Glueck CJ et al.: Metformin, pre-eclampsia, and pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. Diabet Med. 2004;21:829-36.
- 13 Vanky E et al.: Metformin reduces pregnancy complications without affecting androgen levels in pregnant polycystic ovary syndrome women: results of a randomized study. Hum Reprod. 2004 Aug;19(8):1734-1740. Epub 2004 Jun 03.
- 14 Glueck CJ et al.: Height, weight, and motor-social development during the first 18 months of life in 126 infants born to 109 mothers with polycystic ovary syndrome who conceived on and continued metformin through pregnancy. Hum Reprod. 2004;19:1323-30. Epub 2004 Apr 29.
- 15 Guido M et al.: Longitudinal metabolic observation of metformin effects during pregnancy in hyperinsulinemic women with polycystic ovary syndrome: a case report. J Endocrinol Invest. 2004;27:70-5.
- 16 Glueck CJ et al.: Metformin during pregnancy reduces insulin, insulin resistance, insulin secretion, weight, testosterone and development of gestational diabetes: prospective longitudinal assessment of women with polycystic ovary syndrome from preconception throughout pregnancy. Hum Reprod. 2004;19:510-21. Epub 2004 Jan 29.
- 17 Glueck CJ et al.: Pregnancy outcomes among women with polycystic ovary syndrome treated with metformin. Hum Reprod. 2002;17:2858-64.
- 18 Glueck CJ et al.: Metformin therapy throughout pregnancy reduces the development of gestational diabetes in women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 2002;77:520-5.
- 19 Jakubowicz DJ Effects of metformin on early pregnancy loss in the polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87:524-9.
- 20 Glueck CJ et al.: Continuing metformin throughout pregnancy in women with polycystic ovary syndrome appears to safely reduce first-trimester spontaneous abortion: a pilot study. Fertil Steril. 2001;75:46-52.

Fuldstændig referenceliste kan fås ved henvendelse til Bjarne Stigsby

Spis dig gravid – Sådan!

Klinisk InSulinSænkende kost, KISS-kost, er defineret ved at have en energifordeling på 33E% fra hver gruppe af makronæringsstof, samt at de ordinerede kulhydrater har både lavt glykæmisk index og lavt glykæmisk load.

Charlotte Hartvig



Hvis man skal prioritere diætprincipperne i KISS-kost, i forhold til diætetisk praksis, kunne rækkefølgen se således ud:

1. At sikre, at samtlige kulhydrater er tilstrækkeligt lav-glykæmiske
2. At bevare kulhydratenergi procenten (nede) på 33
3. At sikre, at proteinenergi procenten er (oppe) på 33

Lavglykæmiske kulhydrater

“Lav-glykæmisk” er en term, som kan trænge til konsensus i dens praktiske betydning. Problemet opstår, når man skal inddele en kontinuert variabel i kategorier. Der findes publikationer, som kategoriserer brune ris som lavglykæmisk og hvidt sukker som middelglykæmisk (GI = 55 hhv. 68). Grænserne for, hvad der kaldes lavt, middel eller højt, er valgt arbitrært, og grænserne, som fx benyttes af University of Sydney, er en del højere end de grænseværdier, der benyttes i KISS kosten. Til øgning af forvirringen beregnes glykæmisk load (GL) i engelsksproget litteratur ud fra varierende portionsstørrelser, som derved unddrager sig sammenligning. Efter KISS kostens principper beregnes GL altid ud fra 100 grams portioner og med samme grænseværdier som for GI. I forhold til ønsket om at diætbehandle PCOS eller insulin-medieret infertilitet er det væsentligt, at kulhydratkilden hverken kalder på en pludselig secernering af insulin (stød) - eller benytter megen insulin i en lang periode postprandielt. Sagt på en anden måde: Kulhydraterne skal både have lavt GI og lavt GL.



Kulhydrater med værdi over 55 bør være undtagelsen, kulhydrater med værdi mellem 40 og 55 kan udgøre moderate mængder, mens kulhydrater med værdi under 40 bør udgøre hovedparten.

| Kategori GI & GL | KISS grænser: GI & GL | Univ. of Sydney: GI |
|------------------|-----------------------|---------------------|
| Lavt | <40 | <55 |
| Middel | 40 – 55 | 56 – 69 |
| Højt | >55 | >70 |

Det, der erfaringsmæssigt er svært ved at holde kulhydraterne i det lavglykæmiske område, er at insulinresistente personer ofte har stor lyst til netop højglykæmiske kulhydrater. Der kan være delte meninger om, hvordan man bedst hjælper patienten i denne henseende. Det drejer sig generelt om de mellemmåltider, som er placeret om eftermiddagen – og efter aftensmad.

To veje kan benyttes: Den sunde vej og den kostanamnese-kongruente vej. Ved den “sunde vej” menes her, at man tilbyder patienten en række valgmuligheder mellem lav-glykæmiske frugter og mandler/nødder. Altså levnedsmidler med visse mikronæringsstoffer. Ved den “kostanamnese-kongruente vej” menes her, at man



søger at finde efterligninger/simili for de meget højglykæmiske fødevarer, man ofte ser i kostanamnesen, fødevarer med tomme kalorier, som chokolade-barer (med kikse/karamel fyld), slik, bagværk og lignende.

Denne type af smagspræferencer, samt intensiteten af behovet, har givet anledning til et ønske om at skabe en vej, der ligger så nær kostanamnesen som muligt. Helt konkret forstås produktudvikling og produkt-opsøgning inden for genren slik og kage. Lavglykæmiske måder at skabe sød smag kan naturligvis være alle de ikke-energigivende sødemidler. Men også polyolerne har lave tal i forhold til både GI og GL.

Der er en del færdige produkter, som er anvendelige, eksempelvis en lang række sukkerfrie chokolader, bolcher og lakridser. Dog findes der også færdigvarer, som har (formodes at have - konkrete målinger findes ikke altid) enten højt GI, eller højt GL. Det drejer sig især om kager, der, trods anvendelse af ikke-energigivende sødestoffer, har fx mel eller gryn (stivelse) som hovedingredienser.

Det samme problem melder sig i forhold til diætistens egen produktudvikling inden for bagværk. Høje fibertal - per se - hjælper mindre, end man skulle tro. Selv rugbrød har eksempelvis et GI på 50. Og havregryn 59.

Det vil sige, at man virkelig må tænke kreativt for at skabe opskrifter, der lever op til kravene. Nemlig at det færdige bagværk befinder sig under 55, både i forhold til GI og GL. Ingredienser som sukkerfri chokolade, mandel-mel (evt. hjemmelavet), Perfekt Fit, æg, bær, olier og syrnede mælkeprodukter ses ofte i ingredienslisterne.

Uanset om personen foretrækker den "sunde" eller den "kostanamnese-kongruente" vej, bør vedkommende have en ombytningsliste, hvor begge stilarter er repræsenteret med muligheder, der alle er tilstrækkeligt lavglykæmiske. Specielt, når patienten

foretrækker de sunde alternativer, er det væsentligt at instruere grundigt i forhold til punktet "ting, man tror, er uskadeligt, men som giver anledning til anseelig glykæmi".

Eksempelvis er det en almindelig antagelse, at dadler må være et bedre valg end sukkerfri chokolade, men dadler har et GI over 100, mens enhver sukkerfri chokolade (det har været muligt at finde tal på) er tilstrækkelig lavglykæmisk.

Kulhydrat energiprocenten på 33

For at sikre dette, anbefales det, at man undlader at stole for meget på egen fornemmelse for matematik. Det er en lav energiprocent i forhold til, hvad der gælder for andre velkendte diætbehandlinger, og man kan næppe være sikker på at opnå dette uden at have et EDB-program i brug.

Det kan derudover anbefales at udvikle ombytningslister til hovedmåltidernes kulhydratkilder, som – ud over at indeholde iso-kaloriske portioner – også har samme hovedleverandør af energi. Altså kulhydrat.

Faldgrupperne er de levnedsmidler, der undertiden antages at være/beskrives som - noget andet end kulhydrat. Eksempelvis bælgfrugter, der, trods kulhydrat energiprocent på omkring 70, regnes for en proteinkilde.

Således kunne man opleve følgende i forbindelse med udvikling af en ret:

Skærmen viser, at kulhydratenergiprocenten har sneget sig op på 38. Skynder sig at tilføje retten 1 dåse brune bønner – hvorefter tallet er 48.

Selve arbejdet med at lave disse ombytningslister bringer en del AHA-oplevelser, når man skal finde årsagen til, EDB-programmets undertiden overraskende visning af energifordeling.

Proteinenergiprocenten på 33

Igen må det siges: Dette tal opnås kun vanskeligt (og med betragtelig usikkerhed) ved at foretage instruktionen uden anvendelse af computer.

Og igen gør det sig gældende, at fleksibiliteten bedst sikres ved, at man udformer ombytningslister, hvor hovedleverandøren er protein.

Faldgrupper er de levnedsmidler, der regnes for protein, men hvor det faktisk er fedtstof, der leverer flest KJ. Eksempelvis æg og mozzarella.

Når disse forbehold er bragt på bane, er det alligevel vigtigt at inkorporere proteinet fra bælgfrugter, mozzarella og æg for at holde indtaget af kød på et rimeligt niveau.

Hvis man fortrinsvis har arbejdet med diætbehandling, hvor proteinenergiprocenten er nede i nærheden af 15, så kræver det et helt paradigmeskifte i forhold til, hvad man oplever som værende "en almindelig mad".

Praksis

Lad os antage, at man sidder overfor en kvinde, som har fået målt insulinresistens ved det, at hendes C-peptid ligger over 900, og hun er lettere adipøs, tilsyneladende specielt i forhold til mængden af visceralt fedt.

Kostanamnesen fortæller, at hun er orienteret mod gryderetter, og at hun sædvanligvis benytter højglykæmiske kulhydrater som tilbehør, eksempelvis pasta, brød eller ris.

Man ordinerer så først og fremmest det magre kød. Da kosten gerne skulle sænke vægten, vil vi som udgangspunkt stile efter at lande på ca. 2100 kJ for det samlede måltid. Det medfører, at ca. 700 kJ burde komme fra protein. Ergo vælges mængden 150 gram af noget kød på 5 – 7 % fedt (de første 840 kJ). Herefter vil vi gerne have noget at svitse dette kød i. Der ordineres for 420 kJ rapsolie. Se ombytningsliste til denne komponent:

Fedtstof for 100 kalorier*

| | |
|---------------------------|---------|
| Avocado | 55 gram |
| Olivenolie/rapsolie | 12 gram |
| Avocado/macadamia olie | 12 gram |
| Oliven, grønne i saltlage | 70 gram |
| Oliven, sorte i saltlage | 56 gram |
| Pesto | 20 gram |

Herefter kunne man "tillade sig" at ordinere noget kulhydrat. Grovpasta ville være en mulighed, og for at have på den efter-

tragtede E%, kunne grovpasta lægges ind. Men det kunne også være, at patienten havde andre ønsker, hvorefter det bliver relevant med en ombytningsliste til gruppen af lavglykæmiske kulhydrater.

Stivelse for 100 kalorier*

| | |
|--|---------|
| Bælgfrugter (Linser, kikærter, brune bønner, mungbønner, soyabønner) | 30 gram |
| Pasta (grov) | 30 gram |
| Tortilla (supermarked) | 35 gram |
| Perle rug/byg | 30 gram |

Slutteligt mangler dette måltid nu kun lidt volumen og en række mikronæringsstoffer. Og det bliver således relevant at have en liste over grønsager og den glykæmiske påvirkning, de har.

Blodsukker og grønsager

| Lavt GI & GL | Medium GI & GL | Højt GI & GL |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Rå gulerod■ Diverse kåltyper■ Diverse salater■ Porre■ Aubergine/Squash■ Peberfrugt | <ul style="list-style-type: none">■ Ærter, slikærter■ Skorzonerødder■ Rå knoldselleri | <ul style="list-style-type: none">■ Varmebehandlede rodfrugter som kartoffel, gulerod, rødbeder, pastinak, persillerod, knoldselleri■ Rå rødbede■ Rå pastinak |

Grønsagernes energileverance er ubetydelig, så der er ikke loft på disse. Dog er det vigtigt at overholde grænsen for GI og GL – det er således ikke muligt eksempelvis at fylde bagte rodfrugter på menuen.

Hvis man anvender den type af ombytninger, kan patienten selv ændre måltid uden at ændre biokemi.

De viste ombytninger er uddrag af større lister, hvor resten af de almindeligt anvendte levnedsmidler er lagt ind. Altså blot eksempler. Det er klart, at man skal kunne bytte sig frem til enhver komponent, der i øvrigt lever op til KISS kostens overordnede principper. Som det fremgår, er energimængden relativt lav, da der er vist eksempler fra en vægtsænkende KISS kost. Man møder også slanke PCO kvinder. De lister, som findes i bogen "Spis dig gravid" er netop tiltænkt den normalvægtige PCO kvinde.

Meningen med bytteliste-stilen er naturligvis at ramme rigtigt. Risikoen ved at "sjusse" sig frem (ved at lave tallerken-model eller anden ikke-eksakt diætetik) er i KISS sammenhæng den, at man

havner i den modsatte ende, altså et rent Atkins-regime, med hvad heraf følger af bivirkninger, som kendes fra ketogen diætetik (dårlig ånde, hovedpine, forstoppelse m.m.).

Om patienten har en god compliance, kan man få en indikation af, før der foreligger nye målinger af C-peptid. (Læs: hvis man som privatpraktiserende ikke har mulighed for at sikre sig laboratoriedata).

Dette, fordi patienten vanligtvis vil begynde at få menstruation, når hun har spist KISS kost i 4-8 uger.

* Ombytningslisterne foreligger i enheden kalorier (læs: kilokalorier) i og med, at de er udviklet til lægfolk, som har foretrukket at få deres rationer udbetalt i denne form.

Fremtiden

Forhåbningen er, at mange diætister vil være interesseret i at

medvirke til at udvikle KISS køkkenet, således at fremtiden vil kunne byde på et bredt sortiment af opskrifter til alle segmenter af fødevarerelateret livsstil.

Det er en speciel diætetik, men den belønnes meget håndfast, idet symptomer som fraværende menstruation, uren hud, mandlig behåring m.m. reverseres – nogle hurtigt, andre hen ad vejen.

Et særligt plus ved KISS (sammenlignet med vægttab via andre metoder) er, at man kan opnå disse resultater også i forhold til den normalvægtige PCO patient.

Charlotte.hartvig@mail.dk

Bliv klogere på KISS-kosten

Bogen "Spis dig gravid" er udkommet på GADs forlag i 2009



Kvinderne er mere syge, men mændene dør først!

Selvom mænd gennem livet generelt er stærkere og har færre begrænsninger i deres daglige aktiviteter end kvinder, er mænds dødelighedsrater alligevel større end kvinders. Det fastslås i en artikel i Gerontologi, forfattet af Kaare Christensen og Knud Juel, hhv. professor og seniorforsker ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

I artiklen gør forfatterne delvis op med myten om, at mænds kortere levetid hovedsageligt skyldes cigaretter og alkohol, samt en uvilje mod at gå til lægen, før det næsten "er for sent". Disse faktorer har selvfølgelig betydning, men ikke alene.

Der er faktisk tale om en kompleks blanding af biologiske forklaringer, sociokulturelle forhold og diverse adfærdsmæssige forskelle. Det viser sig fx, at kvinder har et højt rapporteret antal af migræne, bevægeapparatssygdomme og autoimmune sygdomme, der er forbundet med lav dødelighed, mens mænd har en øget forekomst af kardiovaskulære sygdomme, hvor dødeligheden generelt er høj. Altså, at kvinder er mere syge end mænd, men deres sygdomme er ikke så dødelige som mændenes.

En anden markant forskel på mænd og kvinder drejer sig om kromosomer. Mens mænd kun har én cellelinje, har kvinder to, hvilket er en klar fordel. Kvinder har et "back-up" system, når den ene cellelinje uddør, dvs. to "chancer", hvor mændene kun har én!

Læs mere i Gerontologi, nr.3, september 2009

Hvem følger op, når din patient er blevet udskrevet?



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

- Vi tilbyder gratis undervisning og vejledning
- Vi afhjælper komplikationer som diaré, obstipation og kvalme
- 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, er du meget velkommen til at kontakte en af vores diætister:

Region Sjælland
Ditte Møller Nielsen
Mobil: 21 71 00 58
E-mail: dmn@sw.dk

Region Hovedstaden
Carina Lütken
Mobil: 21 71 00 74
E-mail: cal@sw.dk

Region Nord- og Midtjylland
Pia Overgaard Bjørn
Mobil: 21 71 00 83
E-mail: pib@sw.dk

Region Syddanmark
Heidi Kristiansen
Mobil: 21 71 00 98
E-mail: hek@sw.dk

Simonsen & Weel®

www.ernæringsdrikke.dk
Tlf.: 46 55 75 40 • Fax: 70 25 56 20

Multipel Sclerose – Ernæring og livskvalitet

Multipel sclerose (MS) er en kronisk, autoimmun sygdom, som af uforklarlige årsager rammer dobbelt så mange kvinder som mænd. Alternative behandlingsformer, såsom den såkaldte MS-kost, kan for nogle patienter være halmstræet, de klamrer sig til, i håb om en bedre prognose og øget livskvalitet. Men gavner den ikke-evidensbaserede MS-kost? Eller er sclerosepatienterne i fare for fejlernæring?



Dorte Elisabeth Dinesen

Da jeg for godt halvandet år siden skulle til at skrive min bachelor i klinisk diætetik, kom jeg i kontakt med Per Soelberg Sørensen, overlæge, professor og leder af Dansk Multipel Sclerose Center, scleroseklinikken på Rigshospitalet. Han var bekymret for sclerosepatienternes ernæringsstatus.

Flere og flere patienter med MS følger

den såkaldte MS-kost, som ikke er evidensbaseret, og som det derfor ikke er oplagt, at kliniske diætister vejleder i eller tjekker op på. Der findes ikke nogen tilgængelige opgørelser over, hvor mange patienter der følger MS-kosten, og hvordan deres ernæringsstatus er. Per Soelberg Sørensen mente, at risikoen for fejlernæring var til stede, og han tilbød mig derfor en praktikplads, så jeg kunne belyse emnet. Jeg valgte at inddrage patienternes livskvalitet for at undersøge, om det at tro på virkningen af en given adfærd kunne øge livskvalitet hos den aktuelle patientgruppe.

Fremgangsmåde

Som udgangspunkt gennemgik jeg journaler på scleroseklinikken, Rigshospitalet og valgte tilfældigt blandt de kvinder, som har været på kursus i MS-kosten på Ry højskole eller i Haslev Behandler Team. Via telefonsamtale fandt jeg frem til de fem i opgaven omtalte kvinder, som følger kosten restriktivt og som havde lyst til at være med.

Da undersøgelsen indledes, er kvinderne i aldersgruppen 31-52 år. De har haft MS i mellem 3-14 år. En enkelt kvinde har ingen fysiske sygdomsrelaterede mén, men de øvrige lider af ekstrem træthed, manglende styrke i arme og ben samt gangbesvær. To er førtidspensionister, to er i fleksjob, og én er studerende. De har



alle tætte sociale relationer til ægtemand, samlever eller familie og venner, og de er alle viljestærke, handlekraftige og har self-efficacy, hvilket ifølge Bandura er troen på egne evner til at gennemføre et projekt (1).

Kvinderne registrerede deres kost i fem dage ud fra retningslinjer, jeg sendte til dem pr. mail. Data blev indtastet i Master Diætist System, og gennemsnittet for de fem dage blev udskrevet og sammenlignet med anbefalingerne i NNR og MS-kosten. I behandlingen af data tog jeg højde for alder, vægt og aktivitetsfaktor for at gøre resultatet så nøjagtigt som muligt. Proteinbehovet hos de fem kvinder fastsatte jeg til 0,8 g/kg legemsvægt pr. dag, da MS ikke foranlediger stressmetabolisme. Derudover foretog jeg kvalitative interviews af kvinderne. Gennem transskribering og meningskondensering blev indholdet præpareret til videre analyse. Dataindsamlingen blev til nogle intense og livsbekræftende forløb med fem dejlige damer med MS.

Hvem får MS?

MS rammer dobbelt så mange kvinder som mænd, og det var derfor interessant at koncentrere sig om kvinderne i denne opgave. Incidensen på årsbasis i Danmark ligger på 4,8 ud af

100.000, og prævalensen herhjemme ligger på 125 pr. 100.000 (2). På verdensplan fordeler incidensen af MS sig yderst interessant, idet de, der bor længst væk fra ækvator, har størst risiko for at udvikle sygdommen. Således ses de fleste tilfælde i England, Skotland, Nordamerika og Danmark. Indtag af fisk og eksponering for sollys lader til at påvirke forekomsten af MS, og mange har draget konklusioner omkring D-vitamins betydning for sygdomsforløbet. Det er dog endnu ikke lykkedes at skabe evidens for denne sammenhæng (3). Hos isolerede befolkningsgrupper som maorier og eskimoer kendes MS stort set ikke, og dette faktum har ledt tankerne i retning af en ætiologisk sammenhæng med virus eller særlig susceptibilitet ved en bestemt gen-masse, men heller intet af dette har kunnet bevises (2).

Hvad er MS?

Når man har MS, angriber immunsystemet af endnu ukendte årsager det isolerende fedtlag (myelin) omkring nervefibrene i CNS. Der dannes en lokal inflammation, som ødelægger myelinet. Dette kaldes et attack og vil føre til dårlig neurologisk ledningsevne og neurologiske forstyrrelser, såsom forstyrrelser på følesansen, nedsat styrke, tab af gangfunktion, kognitiv svækkelse og spasmer i fx blæren (2,4).

I løbet af uger eller måneder vil inflammationen aftage, og kroppen vil påbegynde en reparation af området i CNS. Dog vil kun få patienter opleve komplet remission uden mén. Langt de fleste vil være påvirket kognitivt eller fysisk, alt efter inflammationens lokalisering. Jo flere attacks, jo større skadevirkning. (2,5).

Sygdommens ætologi og epidemiologi er gennem tiden blevet grundigt undersøgt, uden at forskere er kommet hverken oprindelse eller behandling meget nærmere. Således findes der i dag hverken medicinsk, diætetisk, fysiologisk eller alternativ behandling, som kan helbrede MS. Med disse udsigter er det ikke mærkeligt, at nogle patienter forsøger sig med alternativer, som fx kosten.

MS-kosten - baggrund og realitet

MS-kostens principper har oprindelse i Norge, hvor den amerikanske læge Roy L. Swank i 1948 observerede, at der havde været et markant fald af incidensen af MS under tyskernes besættelse af Norge. Incidensen steg atter efter befrielsen og indikerede en sammenhæng med indtaget af fedttyper, pga. rationeringen under krigen (4). Swank iværksatte en undersøgelse omfattende 144 MS-patienter med dels bopæl tæt ved kystområder med let adgang til fisk, og dels i landområder, hvor der blev spist mindre fisk. Han fulgte patienterne i 34 år. Blandt gruppen, som hovedsageligt spiste fisk og kun lidt kød, sås bedre førlighed, mindre progression og lavere dødelighed (3). På baggrund af resultaterne udviklede han en række råd til MS-patienter, som den herboende

læge Gunda Jensen senere har gjort mere lempelige og oversat til dansk (4,6):

Kød: Magert, højst to gange om ugen

Æg: Et æg, højst to gange om ugen

Mælk/ost: Fedtfattige valg i moderate mængder

Fisk: Gerne to til tre gange om ugen

Olie: 1-3 spsk. koldpresset vegetabilsk olie dagligt

Frugt/grønt: Flere gange dagligt. Frisk eller frossen.

Fuldkornsprodukter: Foretrækkes

Sukker, alkohol, individuelle intolerancer:

Reduceres så vidt muligt

Swanks lovende resultater fra den langvarige undersøgelse i Norge er desværre tvivlsomme. Undersøgelsen var hverken randomiseret eller dobbeltblindet, og man kan betvivle, om en forsøgsgruppe vil følge den samme kost i 34 år, hvis de ingen bedring erfarer (3). De fleste populationsbaserede epidemiologiske studier har antydnet en sammenhæng mellem indtag af mættet fedt og forekomsten af MS, men ingen kontrollerede studier har kunnet finde evidens for denne sammenhæng (3).

Fortalerne for MS-kosten anser den polyumættede fedtsyre, arakidonsyre, for at være hovedproblemet ved indtag af animalske fødevarer. Arakidonsyre findes i animalske fødevarer, og MS-patienter anbefales derfor at spare på kød, æg, fede mælkeprodukter og ost (6). Et reduceret indtag af arakidonsyre, samt øget indtag af især EPA og essentielle olier, skulle kunne mindske inflammationen ved attacks og dermed mindske skadevirkningen.

Da Fitzgerald og kolleger undersøgte sammenhængen mellem kosttype og serum-arakidonsyre hos 83 MS-patienter, fandtes imidlertid ingen sammenhæng, uanset hvad patienterne spiste. Resultatet indikerer, at kostens type ikke påvirker kroppens ophobning af arakidonsyre (8). Hvis dette studie er repræsentativt for MS-patienter generelt, er der tilsyneladende ingen fysiologisk grund til at leve så restriktivt, som MS-kosten kræver. Fisk er sundt, uanset diagnose, men når vi taler om MS-patienter, findes der ifølge Schwarz og Lewelling ingen evidens for, at udskiftning af fedtstoftyper i cellemembranerne, gennem øget indtag af EPA og DHA, skulle kunne føre til dæmpet immunrespons og dermed mindre ødelæggende attacks (3).

Ernæringsstatus hos "mine" fem kvinder

Mistanke om fejlernæring hos patienter, som følger MS-kosten, opstod ved nærlæsning af MS-kostrådene. Da indtaget af animalske fødevarer ønskes begrænset til et minimum, kunne det tænkes, at patienter på MS-kosten kunne være i risiko for proteinmangel. De fem interviewede kvinder bekræftede dog ikke denne

tese. Fire ud af de fem kvinder kan snildt administrere situationen og erstatter okse, svin, lam, ost, æg og fede mælkeprodukter med alternativer som fjerkræ, fisk og vegetabiliske proteinkilder. Kun en enkelt kvinde får dagligt godt 14 g protein for lidt i forhold til anbefalingerne fra NNR (9).

I henhold til både NNR og MS-kosten følger de fem kvinder anbefalingerne for indtag af mættet fedt. Det skal hertil siges, at det ifølge MS-kostens fortalere er nødvendigt at begrænse sit indtag af mættet fedt til 20 g pr. dag (6). Alle fem kvinder tager dagligt en multivitaminpille, og tre tager yderligere tilskud af D-vitamin.

Livets kvalitet med MS

Sætter vi kosten lidt til side og ser på det faktum, at disse kvinder må leve med en kronisk sygdom, er det åbenlyst, at livskvaliteten bliver påvirket (10,11). Mellem 42-54 pct. af alle MS-patienter oplever ifølge videnskabelige studier en voldsom depression (11, 12), og op mod 50 pct. MS-patienter føler sig plaget af en invaliderende træthed (11). I denne opgave var det derfor interessant at belyse, om disse fem MS-patienter havde samme erfaringer, eller om de fandt styrke i troen på, at deres ernæringsmæssige indsats havde en helbredende effekt.

Ingen af de fem kvinder har været gennem en depression, hvilket er påfaldende, når 50 pct. i den generelle patientgruppe er depressive. Om det skyldes deres indstilling til livet alene, eller om kosten har en finger med i spillet, er svært at sige, men tre ud af de fem kvinder er overbevist om, at kosten har haft en positiv indvirkning, så de i dag er mindre trætte. Her bør det dog tages i betragtning, at deres fokus på mad generelt er blevet øget i forbindelse med kostomlægningen. Tre kvinder nævner, at de ikke længere oplever udmattende blodglukosesvingninger. Dette kan ikke udelukkende tilskrives en sundere livsstil, men også det faktum, at øget fokus på kosten har medført øget bevidsthed om vigtigheden af et regelmæssigt måltidsmønster.

Om det er kvindernes måde at håndtere sygdommen på, der holder dem kørende og giver dem livskvalitet, eller om kosten har en

fysiologisk helbredende effekt, er svært at sige med sikkerhed. Der er ingen tvivl om, at den positivitet og tilfredsstillelse, der opstår, når kvinderne føler, at de har kontrol over fremtiden, øger deres livskvalitet. Om kosten virker helbredende eller ej, er angiveligt mindre vigtigt for graden af livskvalitet. Det er den opnåede følelse af self-efficacy, når kostændringen fastholdes med succes, der påvirker deres livskvalitet.

Konklusion

Tesen om, at MS-patienter kunne være i ernæringsmæssig risiko, gjaldt ikke de fem kvinder, jeg havde under luppen. De har alle i forbindelse med kostomlægningen oplevet et mindre væggtab, som senere har stabiliseret sig, og ingen har oplevet ernæringsrelaterede bivirkninger som resultat af kostomlægningen.

Men selvom disse fem kvinder ikke lider af åbenlys fejlnæring, er der ingen garantier for, at andre patienter på MS-kosten er i lignende tilstand. Efter min opfattelse findes der flere risikoområder i forbindelse med omlægning af kosten efter de tidligere beskrevne principper. Kostrådene er ikke særlig konkrete. Patienterne læser selv på kostprincipperne eller bliver undervist på højskoler, og hvorvidt patienterne vejledes individuelt eller følges op på, står hen i det uvisse.

Principperne bag MS-kosten mindsker risikoen for adipositas, hjerte-/kar-sygdomme, diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme, men der er ingen evidens for, at kostens sammensætning af næringsstoffer skulle have betydning for scleroseforløbet. Det kan ikke udelukkes, at kosten for nogle patienter kan bedre symptomer og mindske attacker. Den undersøgte gruppe kvinder er i hvert fald ikke i tvivl om den gavnlige effekt, men før store kontrollerede, metodisk korrekte studier har skabt evidens, må MS-kosten forblive på hobbyplan.

dinesen2@hotmail.com

Referencer

- 1 Bandura A: "Exercise of personal and collective efficacy in changing societies", Self-efficacy in Changing Societies, 1995, Cambridge University press.
- 2 Sørensen PS, Ravnborg M, Jønsson A: "Dissemineret sclerose", 2. udgave, 2004, Munksgaard Danmark.
- 3 Schwarz S, Leweling H: "Multiple sclerosis and nutrition", Multiple Sclerosis, 2005; 11; 24.
- 4 Matthews WB et. al. (red.): "McAlpine's Multiple sclerosis", 2. udgave, 1992, Churchill Livingstone.
- 5 Jensen Gunda R: "Kost og sklerose", opdateret i 2005, www.scleroseforeningen.dk. Udskrevet i sep. 2008.
- 6 Payne A: "Nutrition and diet in the clinical management of multiple sclerosis", J Hum. Nutr. Dietet. 2001, 14: 349-357.
- 7 Jensen Gunda R: "Sund mad ved sclerose", 2002, Sanofi aventis.
- 8 Fitzgerald G et. al.: "The effect of nutritional counselling on diet and plasma EFA status in multiple sclerosis patients over 3 years", Human Nutrition: Applied Nutrition, 1987, 41A, 297-310.
- 9 "Nordic Nutrition Recommendations" (NNR), 4. udgave, 2004, Norden.
- 10 Mitchell AJ et. al.: "Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing", Lancet Neurology 2005; 4: 556-566.
- 11 Amato M.P. et. al: "Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disabilities", Multiple Sclerosis 2001; 7: 340.
- 12 Solari A. et. al: "Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire", J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;67:158-162.

TRE GODE VENNER venter i fryseren

Hatting tænker også i gode vaner ligesom dig. Vi har brugt det seneste år på at opgradere vores sortiment, så der nu er fuldkorns-varianter til alle døgnetts måltider. Hatting Fuldkorn opfylder kravene til at bære det officielle fuldkorns-mærke. Vi lynfryser brødet direkte efter bagning. Det er nemlig den bedste måde at holde det frisk på – og så slipper vi for at bruge konserveringsmiddel.

53g
FULDKORN
pr. stk.

20g
FULDKORN
pr. stk.

31g
FULDKORN
pr. stk.



HOT
Passion for varmt brød



Software man får det bedre af



Vodisys Professional lokalt på din pc kan anskaffes for 14.900 kr. og koster derefter 2.980 kr. årligt.

Vi tilbyder også hosting, for dig der ønsker mere service.

Vodisys Medical Software

Sluseholmen 2-4, 2450 København SV

T +45 3694 4858

E Denmark@Vodisys.Net

I www.vodisys.net

Vodisys.Net er skræddersyet software til diætister. De forskellige dele muliggør effektive arbejdsprocesser:

- en integreret sygejournal
- planlægning og tidsregistrering
- detaljeret beregning af næringsindholdet i fødevarer
- baseret på den seneste danske fødevaretabel
- opgavestyring
- registrering af produktudlevering
- fakturering
- beregning af relevante mål, såsom BMI.

Som noget nyt gør vores modul, VodiWeb, det nu også muligt at holde videokonsultationer mellem diætist og patient.

Specialiserede opgaver er samlet i forskellige moduler:

VodiWeb: et webmiljø, som er tilgængeligt for alle brugergrupper.

VodiMind: måling af motivation og tilbøjelighed til at følge rådgivning.

VodiPDA: registrering af patientdata og madindtagelse på lomme PC

VodiHosting: automatisk backup, vedligeholdelse og opdatering af Vodisys.NET og dine data.

For mere information: www.vodisys.net

Kvinder og hiv

Op mod 6000 mennesker lever i Danmark med hiv. Sygdommen har ændret sig markant, fra den blev kendt i starten af 1980 til i dag, hvor kombinationsbehandling gør det muligt for hiv-smittede at leve lige så længe som andre. Livsstilsygdomme kan også ramme hiv-smittede, og der er god grund til at sætte fokus på sund kost, også for hiv-smittede.

Hiv i tal

I hele verden er der ca. 34 millioner mennesker, der er smittede med hiv. På verdensplan er de fordelt på 46 pct. mænd, 46 pct. kvinder og 8 pct. børn under 15 år.

I Danmark er der ca. 5000 hiv-smittede, hvoraf 1200 er kvinder. Hvert år findes mellem 250 og 300 nye tilfælde, og

heraf er ca. 70 kvinder. Det formodes, at omkring 1000 mennesker i Danmark er uvidende om at være hiv-smittede.

Kvinder i Danmark med hiv er oftest mellem 20 og 40 år og således i den fødedygtige alder. 40 pct. af dem er danskere, 40 pct. er afrikanere og 20 pct. er fra Asien, Østeuropa og andre lande (1).

Hiv kan behandles

I dag kan hiv behandles med medicin, og den effektive behandling har ændret hiv-sygdommen fra at være en dødelig sygdom til at være en kronisk sygdom, som man skal lære at leve med. Gennemsnits-levealderen for hiv-smittede, som har adgang til medicin og kan tage den på fastlagte tidspunkter, regnes i dag for at være tæt på normalbefolkningens levealder.

Ud af de 1200 hiv-smittede kvinder i Danmark er ca. 900 i behandling for deres hiv-infektion og skal være det resten livet. Rent fysisk og behandlingsmæssigt går det rigtig godt for hiv-smittede kvinder i Danmark (2).

Hiv-smittede kvinder i den fødedygtige alder

De fleste kvinder ønsker på et eller andet tidspunkt at få børn. Det samme gælder for hiv-smittede. Da behandlingen for hiv er så effektiv i dag, at kvinderne forventes at leve stort set lige så længe som andre kvinder, er der i Danmark mulighed for fertilitetsbehandling. For at få fertilitetsbehandling kræves dog, at de hiv-smittede går i medicinsk behandling for hiv-infektionen. Hidtil er der i Danmark født ca. 150 børn af hiv-smittede mødre. Ingen af børnene er smittede. (3)

Sama Zulu, dansktalende, herboende kvinde fra Afrika, er en af de ca. 1200 hivsmittede kvinder. Sama Zulu gør et stort arbejde for hivsmittede kvinder og holder bl.a. foredrag om det at være hivsmittet kvinde.



Tinne Laursen



Som for raske gravide, kan morgenkvalme også være et problem for den hiv-smittede. For at undgå smitte af fostret, påbegynder den hiv-smittede ofte behandling for sygdommen på dette tidspunkt. En af bivirkningerne til medicinen er ligeledes kvalme, og i det lys er kvinden ofte dobbelt ramt af kvalme.

Afhjælpning af kvalme og opkastning af medicinen er afgørende for medicinens virkning, og dermed for, at fostret ikke smittes. I denne situation henvises kvinden ofte til diætist.

Hiv - andet end en kronisk sygdom

Hiv er desværre andet end en kronisk sygdom, som i dag kan behandles, hvis man ellers er så heldig at bo i den vestlige del af verden. Hiv er desværre også en tabuiseret sygdom, som er omgærdet med fordomme, uvidenhed og stigmatisering. Fordommene handler oftest om, at det kun er bøsser, der kan blive smittet med hiv, eller prostituerede og andre kvinder med mange partnere. Derfor har kvinder oftest ekstra svært ved at acceptere deres diagnose. De rammes på deres selvværd, føler skyld, skam og stor sårbarhed.

Uvidenhed om især smitteveje og behandlingsmuligheder er udtalte, både blandt sundhedspersonale og i almenbefolkningen. AIDS-fondet stod i 2005 bag en undersøgelse, som viste, at 17 pct. i DK er bange for at drikke af samme kop som en hiv-smittet, 25 pct. mente, at der var en smitterisiko, hvis et barn i børnehaven faldt og slog sig og fik påsat plaster af en hiv-smittet pædagog. Hver femte dansker mente, at kollegaens hiv udgjorde en risiko. Hele 49 pct. mente, at det indebar en risiko, hvis man blev opereret af en hiv-smittet læge (4). På den baggrund kan det være forståeligt, at rigtig mange hiv-smittede vælger at leve med hiv som en hemmelighed.

Hemmeligheden

At leve med hiv som en hemmelighed kan give andre former for problemer end selve den fysiske hiv-infektion, nemlig problemer

af psykisk karakter. Langt de fleste hiv-smittede vælger at leve med hiv som en hemmelighed. Oftest fordi de er bange for folks uvidenhed, og også bange for at blive udelukket fra at være sammen med venner og familie. Nogle synes, det er svært at leve med "et dobbelt bogholderi", hvor der skal gives små hvide løgne for at dække over livet med hiv. Andre afholder sig fra at få en kæreste, da angsten for afvisning kan være stor og skræmmende. Mange føler sig skamfulde over at være blevet smittet og også "urene", da det er en sygdom, de fleste har fået seksuelt. De ovennævnte eksempler kan medføre, at nogle patienter isolerer sig og bliver mere angste for, hvem der ved hvad om dem. Disse symptomer kan i værste fald medføre depressioner. Kvinder kendetegnes generelt ved at have et større behov for at dele deres oplevelser med gode veninder sammenlignet med mænd, og at bære så stor hemmelighed kan for mange være en meget stor belastning.

Depressioner

En større undersøgelse om depressioner blandt hiv-smittede (5), viser, at ca. 20-37 pct. af alle hiv-smittede har, eller har haft, en behandlingskrævende depression, mod gennemsnitligt 5 pct. i den generelle del af befolkningen (6).

Når så mange smittede på et tidspunkt får en depression, er det af stor betydning at undersøge årsagerne. Er det mon de psykiske følger af at have en stigmatiserende sygdom, som giver depressioner? Eller er det selve behandlingen for hiv, der kan give depression? Kan det tænkes, at de, der findes hiv-smittede, havde en depression, inden de blev smittede? Dette vil forskerholdet bag den kildeangivne undersøgelse se nærmere på.

Hiv-behandling

Medicinsk behandling af hiv består oftest af tre forskellige slags medicin, som kan være indeholdt i en pille. Pillebyrden for hiv-

Ret sjovt - eller tankevækkende?

Når kvinder spiser i selskab med mænd, indtager de færre kalorier, end når de spiser i selskab med andre kvinder. Dette er resultatet af en undersøgelse, som psykologen Meredith Young har udført blandt 469 canadiske universitetsstuderende.

Som mulig årsag til dette interessante fænomen angiver Young, at kvinder jo bliver bombarderet fra alle sider med kravet om at være slanke - og dermed mere attraktive. Undersøgelsen giver dog ingen bud på, om denne tankevækkende observation gælder kvinder i alle erhverv og aldersgrupper, eller om det kun er unge og ambitiøse kvindelige universitetsstuderende, der spiser mindre. Mænd spiser det samme, uanset spisepartner...

Læs mere på <http://justatheory.co.uk/2009/08/10/women-eat-less-when-dining-with-men/>



smittede er blevet mindre og mindre med årene, så smittede skal i dag tage deres behandling én eller to gange i døgnet. Selvom kvinder ofte vejer mindre end mænd, er der ingen forskel i dosis af hiv-medicin.

Bivirkninger

Stort set alle lægemidler kan give bivirkninger. Det gælder også hiv-behandling. Nogle hiv-smittede vil efter start af behandling opleve én eller flere bivirkninger, men heldigvis tåler langt de fleste behandlingen godt.

Typiske bivirkninger kan være hovedpine, diarré, kvalme, hudkløe, udslet og leverpåvirkning.

I forbindelse med behandling er der observeret en øget forekomst af hjertekarsygdomme hos smittede. Det kan dels forklares ud fra, at nogle patienter får forhøjet kolesterol pga. deres behandling. Derfor er det vigtigt at fokusere på kolesterol og andre risikofaktorer som forhøjet blodtryk, overvægt, uhensigtsmæssige kostvaner, fysisk aktivitet og, ikke mindst, rygning (7).

Ændret kropsbillede

En af bivirkningerne til behandlingen har været ændret fedtfordeling på kroppen (8). Især hos patienter, som har været i behandling gennem flere år, ses fx tynde arme, ben og baller. Nogle får tykke maver, og nogle får fedtklump ved nakken (Buffalo hump). Andre mister fedt i ansigtet og kan blive vældigt markerede. Det skal dog nævnes, at bivirkningerne bliver mindre udtalt nu og i fremtiden, da de behandlingsregimer, som oftest medfører disse bivirkninger, i dag kan erstattes med andre former for medicin, som ikke giver disse synlige ændringer.

Flere kvinder giver udtryk for, at de er konstant angst for, at hiv skal ændre deres kropsbillede. De er bange for, at deres venner, familie og kollegaer så vil gætte, at de er smittede med hiv.

Ændrede kostvaner

Depressioner eller en mindre belastende tilstand, som at være meget ked af det, kan medføre ændrede kostvaner. Fx overspisning eller underspisning. Begge dele er uhensigtsmæssigt for hiv-smittede kvinder. Kvinder og spiseforstyrrelser er i forvejen et

udbredt fænomen i Danmark (9). Kommer hiv oven i de bagvedliggende grunde til ændrede kostvaner, kan der være brug for grundig vejledning fra en diætist.

Hiv-kursus fokuserer også på kost

På Århus Universitetshospital Skejby har vi indført, at alle hiv-smittede tilbydes kursus inden for det første halve år, hvor de har fået diagnosen hiv. Der er oftest 10-12 personer på hvert kursus. Kurset strækker sig over to dage og dækker alt om hiv, seksualitet, psykiske reaktioner på at få hiv, medicin og kost.

Oplægget om kost, ernæring og sygdom har vist sig at være guld værd for kursisterne. De får basisviden om sund ernæring og hører om, hvornår man skal være særligt opmærksom på sine kostvaner. Der bliver sat fokus på det naturlige ved at "falde i", at spise for meget eller for lidt ved bestemte lejligheder, når man er under pres, og der gives forslag til, hvordan hver enkelt selv kan arbejde videre med sine sunde kostvaner. Vigtigst af alt er, at kursisterne får kontakt til vores diætist og lærer hende at kende, så det bliver lettere at tage kontakt ved behov. Det gælder fx kvinder, der ofte kan komme til at føle sig dumme, når de tager på i vægt. Diætisten har på kurset taget dette emne op, så alle efterfølgende kan tage kontakt - uden at skulle igennem en masse selvkritiske og destruktive tanker.

Hiv-smittede kvinder med anden etnisk baggrund end dansk udgør 60 pct. af de kvinder, som findes smittede med hiv i Danmark. På vore kurser bliver det tydeligt, at mange af de udenlandske kvinder har et udækket behov for at lære meget mere om sund kost og motion. Det er vores opfattelse, at de udenlandske kvinder gerne vil have viden om sund kost, men de er ikke blevet tilbudt det tidligere.

Diætistens udfordringer

Der er mange udfordringer for diætister, som vejleder hiv-smittede patienter.

Det kan være, at selve hiv-behandlingen giver en utilpashed, som skal afhjælpes via kosten. Nogle patienter får forbigående kvalme og diarré ved behandlingsstart, andre har behov for mad og drikke sammen med pillerne - eller det modsatte.



Der kan være psykiske årsager til, at patienten har tabt sig eller taget på, fx ensomhed eller depression. Hvis de psykiske årsager "gemmes" under nye forslag til kostændringer, vil resultaterne nok blive derefter.

Det kan være nødvendigt sammen med patienten at undersøge, hvordan hun til dagligt lever med hiv, da kost og psyke på mange måder går hånd i hånd.

Det kan være en stor udfordring at drøfte alle disse følgesvende til hiv. For nogle patienters vedkommende skal der endda være en tolk tilstede, hvilket gør det vanskeligt at vurdere, om alle vigtige detaljer er oversat korrekt og forståeligt. Ingen tvivl om at der skal arbejdes hårdere med kontakten til kvinderne, når det foregår via tolk.

Mange hiv-smittede kvinder lever i perioder en meget stresset tilværelse og har behov for hjælp til at løse tilbagevendende problemer, inden en kostændring med vellykkede resultater kan finde sted.

Hiv-smittede kvinder og diætister

Det var med stor glæde, at jeg sagde ja tak til udfordringen om at skrive om kvinder og hiv til Diætisten. Fokus på kvinder og hiv er en mangelvare, både hvad angår forebyggelse, behandling og støtte. Diætister kan være med til at gøre en stor forskel på alle niveauer og i mange sammenhænge. Hiv-smittede kvinder kan, som alle andre kvinder, deltage ved arrangementer, hvor der er fokus på sund kost og motion. Men da kvinderne oftest lever med hiv som en hemmelighed, vil denne dimension i de fleste tilfælde ikke blive nævnt, og derfor kan der ikke tages højde for behandling og psykiske følger af at leve med en tabuiseret sygdom. Skal kvinderne have gavn af kostvejledning, er det vigtigt, at de kan være sammen med diætisten, med alt det de nu har med i bagagen, sammen med deres hiv-sygdom.

tinlaurs@rm.dk

Referencer

1. UNAIDS. AIDS epidemic update. Dec. 2007. s.1,39.
2. Obel, N. Den Danske Hiv-kohorte. Rigshospitalet 2007.
3. Kazlauskaitė, R et al. Forebyggelse af vertical transmission af human immunodefektivirus i Danmark. Ugeskr Læger 2008;170(34):2567
4. Danskernes viden, holdninger og adfærd i forhold til hiv og hiv-smittede. Pressemeddelelse i forb. med offentliggørelse af undersøgelse. AIDS Fondet 2005. (Ikke publ. rapport).
5. Rodkjær et al. Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study In Denmark. DOI:10.1111/j.1468-1293.2009.00741x. HIV Medicine 2009.
6. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse(depression og mani) - en medicinsk teknologi vurdering. Sundhedsstyrelsen 2006.
7. Shade Larsen, C. At leve med hiv. 2009. Deles ud via hiv ambulatorier. Bog til patienter og pårørende.
8. Haugaard, SB et al. HIV-associeret lipodystrofi-syndrom. Ugeskr læger 2003;165(44):4215
9. Spiseforstyrrelser, anbefalinger for organisation og behandling. Sundhedsstyrelsen, dec.2005.

Klinisk ernæring

... når viden er vigtig



Ulla Hardt
Klinisk diætist
Tlf. 2054 9902
Region Syd



Tina Eklund
Sygeplejerske
Tlf. 2054 9903
Region Nord og Midt



Malin Lundh
Klinisk diætist
Tlf. 2054 9901
Region Sjælland
og Hovedstaden

MEDIQ Danmarks ernæringsteam er bemandet med kliniske diætister og sygeplejersker. Kontakt os på tlf. 3637 9130.

MEDIQ Danmarks sortiment dækker produkter fra Fresenius Kabi, Nestlé, Nutricia, Toft Care og Meda.



+



=



Fibromyalgi

Mere end 75 pct. af diagnosticerede fibromyalgi-patienter er kvinder. Sygdommen er bl.a. kendetegnet ved smerter, træthed, koncentrationsbesvær mv., hvilket påvirker patientens hverdag. Det, at leve op til de 8 kostråd, bliver pludselig en endnu større opgave. På Frederiksberg Hospital er der oprettet en Fibromyalgi-skole, hvor der bl.a. indgår undervisning ved klinisk diætist.

Marie Feldskov Hansen



Sygdommen

Fibromyalgi er en reumatologisk sygdom, som giver smerter i muskler og led. Hertil kommer, at patienter med fibromyalgi ofte er trætte og udmattede og har andre symptomer, som fx hovedpine, svimmelhed, hukommelses- og koncentrationsbesvær, irriteret tyktarm, hyppig vandladning, øget risiko for angst, depression mv. Symptomerne kan være meget varierende i hyppighed og sværhedsgrad, og der kan være store variationer fra dag til dag. Forskning viser, at fibromyalgipatienter har forandringer i centralnervesystemet, som gør dem mere følsomme i forhold til smerter.

Ca. to pct. af Danmarks befolkning skønnes at have fibromyalgi – svarende til ca. 100.000 personer. I 75 - 90 pct. af tilfældene er det kvinder, som får sygdommen.

Diagnosen stilles ved en speciallæge, som laver en tenderpoint-test. Her undersøges 18 punkter på kroppen ved at trykke, svarende til fire kilo. Hvis patienten har ondt i mindst 11 ud af de 18 punkter, defineres det som fibromyalgi. Smerterne skal have været i mere end tre måneder, og andre sygdomme med lignende symptomer bør udelukkes. Diagnosen er anerkendt af WHO og Sundhedsstyrelsen, men ofte møder patienterne stor skepsis hos egen læge, sagsbehandler, evt. familie mv. – især fordi symptomerne kan være så varierende. En stor del af patienterne har været mange undersøgelser og mulige diagnoser igennem, inden de blev diagnosticeret med fibromyalgi.

Diagnosen stilles ved en speciallæge, som laver en tenderpoint-test. Her undersøges 18 punkter på kroppen ved at trykke, svarende til fire kilo. Hvis patienten har ondt i mindst 11 ud af de 18 punkter, defineres det som fibromyalgi. Smerterne skal have været i mere end tre måneder, og andre sygdomme med lignende symptomer bør udelukkes. Diagnosen er anerkendt af WHO og Sundhedsstyrelsen, men ofte møder patienterne stor skepsis hos egen læge, sagsbehandler, evt. familie mv. – især fordi symptomerne kan være så varierende. En stor del af patienterne har været mange undersøgelser og mulige diagnoser igennem, inden de blev diagnosticeret med fibromyalgi.

Behandling

Sygdommen kan ikke helbredes, men en stor del af behandlingen



er smertedækning. Herudover er der god evidens for, at fysisk træning, kognitiv adfærdsterapi og patientundervisning har en positiv effekt på patienten (1).

Patientskole

På Frederiksberg Hospital har der i flere år været en patientskole for fibromyalgipatienter. Skolen er et 14 dages kursus, hvor patienterne bliver klædt bedre på i forhold til deres egen sygdom. Her underviser læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer om sygdommen. Patienterne har efterspurgt større viden om ernæring i forhold til sygdommen, og derfor er jeg som diætist kommet med i gruppen af undervisere.

Der er ingen evidens for, at en særlig kost eller nogle særlige kosttilskud har en effekt i forhold til sygdommen. Derfor undervises der primært ud fra de 8 kostråd og Kostkompasset. Mange af patienterne har svært ved at undgå vægtøgning, da de er mere inaktive. Herudover har op til 70 pct. af patienterne irriteret tyktarm (2), hvorfor der også er fokus på disse områder.

Praktiske overvejelser

Mange af patienterne har problemer med at klare den normale husholdning. De har smerter, mangler overskud og overblik. De 8 kostråd kan derfor være en stor udfordring for denne patientgruppe. De ved godt, at man skal spise 600 g frugt og grønt

dagligt, men dette er svært som fibromyalgipatient, når man har svært ved at slæbe indkøbsvarer hjem, snitte og hakke osv. Derfor foreslås der nemme, praktiske løsninger i forhold til en sund kost. Jeg bruger en del tid i undervisningen på at snakke om mad-planlægning og rester i fryseren. Derudover tales der om andre ting, som kan lette hverdagen, fx at købe grønsager, som er skrælet eller snittet. Endvidere gives der eksempler på indkøbsordninger, indkøb på nettet, færdigretter osv.

Økonomisering af kræfterne

Fibromyalgipatienter bliver tvunget til at skulle økonomisere med kræfterne – også i forhold til fx kost og madlavning. Jeg oplever ofte, at kvinderne gerne vil være gode husmødre og sætter en dyd i selv at lave maden. Men det tærer på kræfterne, og så må der kompenseres på andre tidspunkter. Fibro-skolen lægger meget op til, at patienterne skal overveje deres liv og deres arbejdsopgaver. De er tvunget til at prioritere deres kræfter, og det kan være svært at sige fra. Nogle patienter bliver udfordret, når jeg beder dem om at overveje fx at købe mad udefra, når de skal have gæster. Men så kan de bruge deres energi på gæsterne, i stedet for i køkkenet. Det er naturligvis meget individuelt, hvad der er godt for den enkelte, men jeg håber på at give inspiration til alternativer og nemme løsninger i forhold til madlavningen – samtidig med at man kan leve op til anbefalingerne. Det er min oplevelse, at patienterne får meget ud af både undervisningen, men også erfaringsudvekslingerne mellem hinanden.

Marie.feldskov.hansen@frh.regionh.dk

Læs mere på
www.fibromyalgi.dk
www.gigtforeningen.dk

Fibro-skolen

Der starter hold hele året – kun afbrudt af ferie (sommer, efterår, jul og vinter)

Der er otte patienter på hvert hold. De fleste hold består af kvindelige deltagere. Ca. to gange årligt laves hold for mænd

Kurset varer 14 dage

Patienterne bliver testet af en ergoterapeut inden holdstart og får en individuel lægesamtale på 1 time under forløbet. Sygeplejersken er koordinator og underviser i det at leve med en kronisk sygdom, seksualitet, søvn, erfaringer mv. Lægen underviser om sygdommen, smerter og den medicinske behandling

Fysioterapeuterne træner med patienterne på forskellige måder – bl.a. i bassin, på bolde

Ergoterapeuterne underviser omkring ergonomi i hjemmet og hjælpemidler

Psykologen taler om det psykiske aspekt ved kronisk sygdom mv.

Diætisten underviser om de 8 kostråd og praktiske overvejelser

Læge og diætist underviser kun en gang i forløbet – de andre behandlere har flere undervisningsgange

Herudover kommer Fibromyalgiforeningen og fortæller om deres tilbud mv., og der arrangeres dag for de pårørende

Referencer

1. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D et al. Ann Rheum Dis 2008; 67: 536-41.
2. Giamberardino MA. Update on Fibromyalgia Syndrome. Pain 2008; XVI: 1-6.

NYT FIBERPRODUKT TIL AT DRIKKE



Husk[®]fibre er et kosttilskud, der består af Psyllium pulver tilsat en dejlig, frisk smag af enten solbær eller lemon. Psyllium indeholder 85 % kostfibre.

Husk[®]fibre er nemt og hurtigt at tage - pulveret røres op i vand og drikkes med det samme.

Husk[®]fibre kan købes på apoteket, i Matas, helsekostforretninger og dagligvarehandelen



Psyllium husk
husk fibre

W. Ratje Frøskaller ApS
HUSK PRODUCTS

Kirstinehøj 34
2770 Kastrup

Tlf.: 3251 9600
e-mail: info@husk.dk
se mere på www.huskfibre.dk

Ny bestyrelse i FaKD

Ginny Rhodes



Ny bestyrelse i FaKD

Efter overgangen til regionsstruktur udpeges bestyrelsesmedlemmer af de respektive regioner, og den nye bestyrelse har nu afholdt konstituerende møde.

FaKDs bestyrelse 2009-2010 er:

Formand: Ginny Rhodes (Region Hovedstaden)

Næstformand: Mette Pedersen (Region Hovedstaden)

Den øvrige bestyrelse:

Anne Marie Beck (Region Hovedstaden)

Dorthe Wiuf Nielsen (Region Hovedstaden)

Sofie Wendelboe (Region Sjælland)

Stine Krum (Region Syddanmark)

Maria Gamborg (Region Midtjylland)

Karen Thomsen (Region Midtjylland)

Margit Oien Nielsen (Region Nordjylland)

Og som suppleanter:

Lonneke Hjerimitslev (Region Nordjylland)

Line Rosgaard Dongsgaard (Region Midtjylland)

Samtidig stor tak til Kirsten Petersen, Line Rosgaard og May-Britt Riggelsen for arbejdsindsats i bestyrelsen gennem de seneste to år.

Vi glæder os til at tage fat på et nyt bestyrelsesår for FaKD med øget fokus på de mange arbejdsopgaver, og ser frem til at møde jer alle til generalforsamlingen d. 30.10.2010.



SKO FOR LIVET



Dr. Comfort er et nyt skokoncept udviklet specielt til mennesker med overvægt, diabetes og kredsløbssygdomme

Dr. Comforts sko er udviklet i tæt samarbejde med ortopæder og podiatrister - og opbygget efter samme principper som håndfremstillede sko uden generende indvendige syninger og kanter. Der er lagt vægt på bio-funktionelle kombinationer af åndbare, temperaturregulerende og fugttransporterende materialer. Skoernes opbygning og såler er specielt udvalgt for at kunne hjælpe mennesker med diabetes og vægtproblemer. Derfor fås sko fra Dr. Comfort i 4 læstebredder og ekstra dybde i tå- og forfodsområde, der giver mulighed for individuel tilpasning af skoen. Dr. Comfort sko produceres i halve skonomre fra str. 35-51. Dr. Comforts sko er FF godkendt og sælges kun gennem autoriserede behandlere.

Mere information: www.drcomfortsko.dk eller tlf. 56 66 00 12



Cand. scient. i Regionerne - hvad med lønnen?

Der er i FaKD en stigende tendens til, at medlemmer videreuddanner sig, eller allerede har videreuddannet sig til cand. scient. i klinisk ernæring. På det seneste er vi i fagforeningen derfor oftere blevet spurgt om, hvad videreuddannelsen betyder for lønnen og medlemskabet af FaKD. Hvis vi begynder med det sidste, kan vi straks oplyse, at man naturligvis kan forblive medlem af FaKD, også når man er blevet cand. scient. i klinisk ernæring. Det fremgår udtrykkeligt af vore vedtægter (§ 4, stk. 1, litra b).



Henrik Karl Nielsen

Ser vi på lønspørgsmålet, kan det siges generelt, at kliniske diætister, der arbejder på en arbejdsplads under en af de 5 Regioner, er omfattet af Regionernes overenskomst med Sundhedskartellet. Her indplaceres de kliniske diætister på løntrin 6. Det svarer til ca. 26.000 kr. om måneden, afhængigt af hvor i landet, man arbej-

der. Sundhedskartellet overenskomster opererer nemlig med såkaldte "områdetillæg", der indebærer, at grundlønnen er forskellig, alt efter arbejdspladsens beliggenhed.

Er man ansat i en stilling, der forudsætter, at man er cand. scient., vil man derimod være omfattet af Regionernes overenskomst med AC-organisationerne (organisationerne, der er tilsluttet Akademikernes Centralorganisation som hovedorganisation). AC-overenskomsten opererer med et helt andet lønsystem end Sundhedskartellet overenskomst. Efter AC-overenskomsten indplaceres man på et AC-løntrin (trin 3 til 8), svarende til en månedsløn på mellem 20.812 kr. og 30.090 kr. Herudover er der efter AC-overenskomsten mulighed for at supplere med både funktionstillæg, kvalifikationstillæg og resultatløn. Den "fleksibilitet", som AC-overenskomsten indeholder, betyder naturligvis, at man som ansøger til en cand.scient.-stilling skal være særligt på dupperne ved ansættelsessamtalen, så man ikke risikerer at ende med en løn på et lavere niveau end det, man ville kunne få som klinisk diætist på et regionshospital.

Pensionsbidraget efter AC-overenskomsten er væsentligt bedre end det pensionsbidrag, der gælder efter Sundhedskartellet overenskomst for kliniske diætister. Kliniske diætister får efter Sundhedskartellet overenskomst kun pensionsbidrag med 12,8 pct. af lønnen. Efter AC-overenskomsten er pensionsbidraget derimod 17,5 pct. af lønnen fra den 1.april 2010.

Hvis man arbejder i en stilling som klinisk diætist i en Region, vil det efter Sundhedskartellet overenskomst ikke automatisk føre til lønstigning, selvom man gennemfører uddannelsen til cand. scient. i klinisk ernæring. Hvis man er ansat som klinisk diætist, er det nemlig stadig Sundhedskartellet overenskomst og Sundhedskartellet løntrin 6, der er gældende som grundløn. Derfor skal man overveje, om arbejdsgiver vil give ansættelse som cand. scient., hvilket skal medføre en ny ansættelseskontrakt og forhandling af AC-løntrin - gerne inden man starter på videreuddannelsen. I hvert fald bør det overvejes, om man så vil blive i sin stilling under de her skitserede vilkår. Det er under alle omstændigheder klart, at videreuddannelsen er et forhold, der skal fremføres over for ledelsen, når der skal tildeles løntillæg ved de årlige lokallønforhandlinger.

Husk at kontakte FaKD inden ansættelsessamtalen. Hvis der er behov for det, hjælper vi fortsat gerne til med at forhandle løn efter ansættelsessamtalen, men inden man starter på et nyt job. Og vi kan naturligvis også kontaktes i forbindelse med forhandling af individuelle løntillæg.

FaKDs vedtægter kan findes på foreningens hjemmeside www.fakd.dk. Overenskomsterne, der omfatter kliniske diætister og cand. scient. i klinisk ernæring, kan findes på Danske Regioners overenskomstportal www.okportalen.dk. Klik i søgfeltet 32.17.1 for at finde Sundhedskartellet overenskomst. Klik 33.01.1 for AC-overenskomsten.

For at kunne servicere vores medlemmer med en videreuddannelse, vil FaKD fra 1. Januar 2010 blive optaget under AC - mere om det senere.

Møde- og kongreskalender 2009

5. - 8. december:

5th Cachexia Conference, Barcelona, Spain :

On-line registration booking for the 5th Cachexia Conference on the conference website at <http://www.cachexia.org>.

2010

8. januar:

Årsmøde for kliniske diætister hos FUHU, København

19. – 20. marts:

First International Congress of Translational Research in Human Nutrition: Protein-energy metabolism in aging and chronic diseases: role of nutrition and physical activity, Clermont-Ferrand, Frankrig, (www.ictrhn2010.com)

6. - 8. maj:

International Conference on Developmental Origins of Health and Disease, München, Tyskland, (www.metabolic-programming.org)

HUSK

Årsmøde for Foreningen af Kliniske Diætister

Dato: Fredag den 8. januar 2010

Kl. 10.00-16.00

Sted: FUHU Conferencecenter, Fiolstræde 44, 1171 København K

Program for årsmødet kan findes på foreningens hjemmeside, hvor tilmeldings information også fremgår. Tilmeldingsfrist fredag d. 18. december.

*Redaktionsudvalget
ønsker alle læsere og
kollegaer en glædelig jul
og et godt nytår*



BESTYRELSESUDVALG

Redaktionsudvalg: Anne Marie Beck

Forretningsudvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

Hjemmesideudvalg: Formand Ginny Rhodes, Anne Sofie Wendelboe og Maria Gamborg

Medlemsudvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, Karen Thomsen, Maria Gamborg

Fagligt udvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, næstformand Mette Pedersen og Anne Sofie Wendelboe

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association: Sekretær Helle Skandorff

Vestergård

Diætisten i februar
sætter bl.a. fokus på etik

Overskud til mere

NYHED Resource® addera plus er en klar og energirig ernæringsdrik, baseret på naturlig frugtjuice. Resource addera plus er lækende og meget letdrikkelige og derfor perfekt som måltidsdrik eller som mellemmåltid. Med sit høje proteinindhold (højere end mælk) bidrager Resource addera plus til en effektiv genopbygning af kroppen, samtidig med at den giver ekstra energi og næring. Lyst og overskud til mere – ganske enkelt.



Enhancing the quality of life

www.nestlenutrition.dk