

# DIÆTISTEN

## DIÆTISTERS ARBEJDE OG STUDIER I UDLANDET

Ildsjæle i junglen.  
Diætister i Sierra Leone  
Læs mere på side 5

FaKD vinder principiel  
sag om titlen "diætist"  
Læs mere på side 9

At rejse er at leve.  
Ph.d.-studie i Australien  
Læs mere på side 21

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

Mandag - fredag kl. 10-16.00

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

#### UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister  
ISSN 1395-1169

#### REDAKTØR

Ulla Mortensen  
[mortensen.ulla@gmail.com](mailto:mortensen.ulla@gmail.com)  
Tlf. 20 67 72 31

#### ANSVARSHAVENDE

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

#### SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 109 15. december 2010  
(udkommer februar 2011)

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

Ildsjæle i junglen. Hospitalsprojekt i Sierra Leone	5
Fra Advokaten. FaKD vinder principiel sag om titlen "diætist"	9
Sælspæk og abrikossuppe. Diætist i grønlandernes land	11
Fra Bestyrelsen. Generalforsamling 2010	16
Fra Skotland til Egypten. Hospitalers ernæringspraksis i og omkring Europa	17
"At rejse er at leve". Ph.d.-studerende i Australien	21
Regionerne rundt og FEPS-møde	25
Næringarradgjafi i Nordatlanten. Erfaringer fra Grønland, Island og Norge	27
Ny bestyrelse i FaKD	30
MØDE- OG KONGRESKALENDER	31

#### BESTYRELSEN

Formand **Ginny Rhodes** . E-mail: [gr@diaetist.dk](mailto:gr@diaetist.dk) . Næstformand **Mette Pedersen** . E-mail: [petteme@hotmail.com](mailto:petteme@hotmail.com) . Kasserer **Helle Ronneby** . E-mail: [rosengade@gmail.com](mailto:rosengade@gmail.com) .  
Øvrige medlemmer **Maria Gamborg** . E-mail: [mg@diaetist.dk](mailto:mg@diaetist.dk) . **Dorthe Wiuf Nielsen** . E-mail: [dwn@diaetist.dk](mailto:dwn@diaetist.dk) / [wiuf@mail.dk](mailto:wiuf@mail.dk) .  
**Margit Oien Nielsen** . E-mail: [margit.oien@deltadata.dk](mailto:margit.oien@deltadata.dk) . **Karen Thomsen** . E-mail: [karent0403@gmail.com](mailto:karent0403@gmail.com) . **Stine Krum** . E-mail: [stinekrum@gmail.com](mailto:stinekrum@gmail.com) .  
**Sofie Wendelboe** . E-mail: [privat@sofiewendelboe.dk](mailto:privat@sofiewendelboe.dk) . **Suppleant Lonneke Hjermitsev** . E-mail: [lonneke.hjermitsev@hotmail.com](mailto:lonneke.hjermitsev@hotmail.com) .  
**Line Rosgaard Dongsgaard** E-mail: [lrk.30@hotmail.com](mailto:lrk.30@hotmail.com)

#### REGIONSFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN  
REGION SJÆLLAND

**Dorthe Lindschow Kaasgaard** . E-mail: [dorthelindschow@hotmail.com](mailto:dorthelindschow@hotmail.com)  
**Lene Sølvkær Nielsen** . E-mail: [lesol@mail.tele.dk](mailto:lesol@mail.tele.dk)  
**Johnna Bork Christensen** . E-mail: [jbc@regionsjaelland.dk](mailto:jbc@regionsjaelland.dk)

REGION SYDDANMARK  
REGION MIDTJYLLAND  
REGION NORDJYLLAND

**Helene Andresen** . E-mail: [handre@aabenaar.dk](mailto:handre@aabenaar.dk)  
**Line Rosgaard Dongsgaard** . E-mail: [lrk.30@hotmail.com](mailto:lrk.30@hotmail.com)  
**Lonneke Hjermitsev** . E-mail: [lonneke.hjermitsev@hotmail.com](mailto:lonneke.hjermitsev@hotmail.com)



# ”At rejse er at leve”

Gimny Rhodés  
Formand



H.C. Andersen udtrykte det for snart længe siden – livet ændrer sig, når man foretager en rejse. I første omgang møntet på den fysiske rejse og de oplevelser, der kan komme ud af det. I mødet med andre mennesker sker der uvægerlig noget. Man ser sig selv og sin egen situation i et nyt lys, man erfarer noget nyt, får nye vinkler på emner, lærer noget nyt,

man ikke vidste før.

I Berlingske Tidende 9.11 reflekteres der i lederen over ”at rejse for at leve i Danmark”, altså, at rejsen ud netop kan give fornyet lyst til det daglige liv i Danmark, når man vender hjem igen. Det er der flere, der beretter om i bladet her. Hvordan det er at komme ud, også til noget meget fremmed, og hvordan det er at udøve vores fag i andre lande. Og hvor berigende det er for en selv.

Men rejsen skal ikke nødvendigvis være lang og til fjerne egne for at give udbytte – jeg har selv netop været rundt i Danmark og holdt møder i de enkelte regioner, og dér mødt kollegaer og drøftet mangt og meget. Også på disse møder kommer der nyt frem, det være sig fagligt eller fagpolitisk, og jeg vender altid tilbage med en bedre indsigt i, hvad der rører sig, og hvad der har interesse for vores faggruppe. Og det giver mig langt bedre muligheder for at udføre mit arbejde og opnå resultater.

Rejsen kan også være en mental rejse – at læse videre, at søge arbejde inden for et nyt felt, dyrke en ny interesse – alt sammen noget, der kan give livet nyt indhold. Mange er i gang med nye udfordringer i disse år.

Hvordan end rejsen foregår, så sker der en udvikling i mødet med de mennesker, vi kommer i kontakt med på vores rejse. Vi bliver måske bedre til at sige ja til andre, forstå andres meninger og holdninger, vi får indsigt i andre faggruppers arbejde og kompetencer, og bliver bedre til at møde det enkelte menneske, hvor det er.

At være åben over for andre er vel i virkeligheden det, der kan rykke allermost: Når vi samarbejder i stedet for at modarbejde, når vi hjælper hinanden i stedet for at ignorere hinanden. Så kommer muligheden for at opnå resultater, der måske ikke kunne opnås alene, tættere på, og også følelsen af, at der kunne gøres en forskel, når det lykkes.

At være os selv nok, også med tanke på julemåneden vi er i, må ikke være det vi tyr til, når hverdagen er presset, når resultaterne udebliver, og det hele er lidt trist. Tværtimod, så snak med naboen, den hjemløse, overlægen, sygeplejerskekollegaen, den nye studerende – ja, rejs ud af boksen og bliv beriget, du får meget mere igen, end du tror. Glædelig Jul og Godt Nytår



# Overskud til at nyde

**Resource® Addera Plus** er en klar ernæringsdrik, som indeholder fyldig og naturlig frugtjuice. Indeholder masser af energi, som hurtigt giver nye kræfter. Den er lækende og letdrikkelige og passer derfor perfekt som måltidsdrik eller mellemmåltid. Velegnet ved behov for ekstra tilskud af energi og protein.



TO NYE FRISKE  
SMAGSVARIANTER



Resource® Addera Plus findes i seks gode smagsvarianter: Appelsin, Æble, Hindbær/Solbær, Pære/Kirsebær, Ananas/Appelsin og Vindrue/Æble



Enhancing the quality of life

Nestlé HealthCare Nutrition  
[www.nestlenutrition.dk](http://www.nestlenutrition.dk)  
Tlf. 35 46 01 23

# Ildsjæle i junglen. Hospitalsprojekt i Sierra Leone

**Da vi rejste til Sierra Leone efter endt studietid, var drømmen om at behandle fejl- og underernæring stor og ambitiøs. Forholdene skulle dog hurtigt vise sig at være betydeligt anderledes, end vi havde haft fantasi til at forestille os, hvorfor vores planer måtte justeres løbende. Alligevel - eller måske netop derfor - blev de seks måneder i Sierra Leones jungle fantastisk lærerige, både fagligt og personligt.**

Signe Mølgård Larsson



Sussi Friis Buhl



Interessen for at benytte vores ernæringsfaglige viden i udviklingslande blev vakt på et internationalt semester på Suhrs Seminarium. Mulighederne er dog begrænsede, da vi som faggruppe ikke almindeligvis udsendes af humanitære organisationer som Dansk Røde Kors og Læger uden Grænser. Ved et tilfælde fik vi kendskab til Masangas Venner. Denne lille danske organisation har i samarbejde med de sierra leonske sundhedsmyn-

digheder til formål at rehabilitere og drive Masanga Hospitalet i landsbyen Masanga i det vestafrikanske land Sierra Leone. Mere end 10 års borgerkrig har efterladt Sierra Leone som et af verdens fattigste lande med en ødelagt infrastruktur. Landet har ikke de fornødne ressourcer til at få sundhedssektoren på fode igen, og Masangas Venners vision er derfor at levere sundhedsydelser, at uddanne lokalbefolkningen til selv på sigt at drive hospitalet, samt at generere økonomiske midler til hospitalet via lokale forretninger.

Masangas Venner udsender løbende frivillige medarbejdere til at arbejde inden for forskellige projekter, som spænder fra medicinsk arbejde til forretningsudvikling. Vi blev tilknyttet et ernærings- og hygiejneprojekt, som var i sin spæde opstart. Projektet har overordnet til formål at forbedre den generelle ernæringstilstand blandt indlagte og ambulante patienter, samt at optimere hygiejnestandarderne på hospitalsafdelingerne og i køkkenerne med henblik på at minimere sygdomstilfælde, forårsaget af ringe hygiejne.

Der var forhold, som vi på forhånd vidste, at vi måtte tage højde for i projektplanlægningen, og som fik stor betydning for metodevalg og tidsplanlægning. Eksempelvis er der på Masanga Hospital ikke rindende vand, der er kun elektricitet tre timer dagligt, og hovedparten af de ansatte har ringe uddannelsesniveau og engelskkundskaber. Vi rejste af sted med en forventning og for-





### Sierra Leone

Med udgangspunkt i parametrene levealder, analfabetisme, børnedødelighed og fattigdom er Sierra Leone flere år i træk blevet placeret lavest på FN's rangliste over levevilkår i verdens lande (1-4).

Den forventede levealder er 41 år (5), 60-70 pct. af befolkningen er analfabeter (7,8), mødre- og børnedødeligheden er blandt verdens højeste (3,6), og i Verdensbankens opgørelser ligger Sierra Leone blandt verdens fattigste lande, målt på bruttonationalindkomsten per indbygger (1).

håbning om at kunne gøre en forskel for den enkelte patient med individuelt tilrettelagte indsatser, og at køkkenpersonalet, som vi havde fået til opgave at supervisere og hjælpe til videreudvikling af køkkenerne, var forholdsvis selvkværende.

Trods nøje forberedelse og planlægning viste forholdene sig alligevel at være væsentligt anderledes, end vi regnede med. Eksempelvis var sprogbarriererne større og vidensniveauet omkring ernæring, hygiejne og køkkendrift betydeligt lavere end forventet. Samtidig havde de markante forskelle i kultur og levestandarder større betydning end antaget hjemmefra. Metoder, delmål og tidshorisont måtte derfor justeres løbende.

Vi erfarede hurtigt, at det ikke er muligt at opnå de ønskede resultater med diætvejledning, hvis sprogbarrierer vanskeliggør kommunikationen, hvis patienten ikke har forståelse for sammenhængen mellem ernæring og sygdom, og/eller hvis patienten af økonomiske og kulturelle årsager kun spiser ét til to proteinfattige måltider dagligt. Det er heller ikke muligt at sikre ernæringsrigtige og hygiejnemæssigt forsvarlige måltider til patienter under indlæggelse eller ambulante besøg, når køkken- og plejepersonale ikke besidder de fornødne kompetencer, og når de fysiske rammer sætter store begrænsninger.

Vi måtte derfor gå midlertidigt på kompromis med vores ambitioner, og med projektets overordnede formål for øje blev trin ét at sikre patienterne tre daglige måltider, tilberedt under forhold med minimumskrav til hygiejnen.

### Tilbage til kødgryderne

Der er tre køkkener tilknyttet Masanga Hospital; en kantine, som sælger mad til ambulante patienter og hospitalsansatte, et hospitalskøkken, som serverer mad til indlagte patienter og pårørende, samt et køkken på det hostel, som huser de udsendte frivillige.

Da vi ankom, foregik madlavningen udendørs foran de førhen velfungerende indendørskøkkener. Køkkenområderne havde et rend af patienter, børn og dyr, køkkenpersonalet havde ringe personlig hygiejne, og håndteringen af fødevarer var under al kritik. Kanten opererede med salgspriser, der var lavere end produktionspriserne, og kørte derfor med stort underskud, og kun to ud af de i alt seks køkkenansatte var cateringuddannede.

Det stod hurtigt klart, at hygiejneforbedringer i forbindelse med opbevaring, tilberedning og servering af mad skulle have højeste prioritet i vores arbejde for at forhindre, at maden forårsagede forværring frem for forbedring af patienternes tilstande.

For at tage hul på arbejdsopgaverne lagde vi ud med deltagende observation af køkkenpersonalets daglige arbejdsgange. Formålet var at få kendskab til de ansattes kompetencer og sierra leonsk madkultur, at danne os et overblik over problemstillingerne, samt at blive accepteret og respekteret som kollegaer. Med udgangspunkt i observationerne strukturerede vi det videre arbejde.

Med henblik på at effektivisere køkkendriften og højne kvaliteten af arbejdet iværksatte vi nødvendige tiltag såsom simple egenkontrol-programmer, menu- og opskriftssystemer samt regnskabsføring. Vi forsøgte gennem supervision og undervisning at øge

personalets vidensniveau omkring hygiejne, ernæring og forretningsdrift for at give dem en grundlæggende forståelse for vigtigheden af tiltagene. Med bæredygtighed for øje var målet, at personalet gradvist skulle overtage ansvaret for udførelsen af opgaverne for på sigt selvstændigt at drive velfungerende køkkener.

Sideløbende med arbejdet i køkkenerne arbejdede vi med at højne de hospitalsansattes vidensniveau og styrke deres kompetencer indenfor ernæring og hygiejne via faglige indlæg på eksempelvis personalemøder. Endvidere fik vi implementeret egenkontrolprogrammer på et par af afdelingerne. I hospitalets børneambulatorium arbejdede vi med forbedring af de ansattes undervisnings- og vejledningsmetoder til forebyggelse af underernæring. Personalet manglede især konkrete arbejdsredskaber, hvorfor vi i samarbejde udarbejdede pjece og plancher.

### Faglige forudsætninger og udfordringer

Arbejdet i Sierra Leone har ikke været traditionelt diætistarbejde, men de faglige udfordringer har ikke desto mindre været mange. I løsningen af arbejdsopgaverne har vi i høj grad haft nytte af den brede faglighed fra uddannelsen som PB'er i Ernæring og Sundhed. Vi har foruden vores ernæringsfaglige viden især benyttet kompetencer indenfor cateringledelse og projektarbejde. Undervisning og formidling har været omdrejningspunktet, og det har været enormt udfordrende og lærerigt at formidle på modtagers præmisser, når disse ligger så fjernt fra vores egne. Dette har også været årsag til frustrationer, og vores tålmodighed og formidlingsevner er blevet udfordret til det yderste.

En af de absolut største udfordringer har været at tilpasse vores faglige viden og ambitioner til de praktiske, kulturelle og økonomiske forhold i Sierra Leone uden at ændre ved projektets overordnede formål. Det har været en nødvendighed kontinuerligt at justere metoder, delmål og tidshorizont, og det har været svært at skulle gå på kompromis med vores kriterier for acceptable ernærings- og hygiejnestandarder og samtidig bevare vores faglige stolthed og sikre kvalitet i arbejdet.

I denne proces har det været afgørende at indse, at den vestlige model ikke nødvendigvis er den optimale, og at arbejdet i udviklingslande kræver andre tilgange og metoder. Observationsfasen har været et vigtigt og nødvendigt redskab for at nå til den erkendelse.

### Aktuel status på projektet

Arbejdet med ernærings- og hygiejneprojektet er for vores vedkommende fortsat efter hjemkomsten fra Sierra Leone. Mange arbejdsopgaver kan klares fra Danmark, og vi har derfor startet en arbejdsgruppe med tidligere frivillige fra projektet.



## Masanga Hospital

På Masanga Hospital tilbydes gratis behandling.

Hospitalet har ialt 90 sengepladser, fordelt på en kirurgisk afdeling, en børneafdeling, en afdeling til svært underernærede børn samt en afdeling til gravide kvinder. Der tilbydes både medicinske og kirurgiske behandlinger, og der behandles årligt ca. 1.500 indlagte patienter.

Hospitalet har også et voksen- og børneambulatorium, hvor der hvert år behandles ca. 25.000 ambulante patienter.

Der er aktuelt 120 lokale ansat på Masanga Hospital. Heraf arbejder halvdelen med behandling og pleje af patienter, mens den anden halvdel er beskæftiget med hospitalsdrift såsom administration, rengøring, køkkendrift og vedligeholdelse.

For yderligere information omkring Masanga Hospital og organisationen Masangas Venner henvises til hjemmesiden [www.masanga.dk](http://www.masanga.dk) eller [www.masangacreatinglife.wordpress.com](http://www.masangacreatinglife.wordpress.com)

Arbejdsopgaverne omfatter blandt andet langtidspanlægning, evaluering og monitorering af projektet, fundraising, hvervning af nye frivillige, samt faglig sparring og supervision af de nuværende frivillige i Sierra Leone.

Der er fortsat stort behov for hjælp til optimering af ernærings- og hygiejnestandarderne samt drift af køkkenerne på Masanga Hospital. Der udsendes derfor fortsat frivillige til projektet i perioder på omkring fem måneder. Med henblik på at sikre kvaliteten i arbejdet lægges der stor vægt på at udvælge frivillige med de rette faglige og personlige kompetencer.

Den aktuelle situation på Masanga Hospital er, at de tre køkkener administrativt og ledelsesmæssigt er blevet sammenlagt til én cateringenhed. Der foregår løbende renoveringer og forbedringer af de fysiske rammer og sanitære forhold, og i takt hermed revurderes og udvides egenkontrolprogrammerne. Der lægges nu endvidere vægt på at arbejde med optimering af madens næringsindhold tilpasset forskellige patientgrupper.

Foruden arbejdet i køkkenerne er der startet et undervisningsforløb for de indlagte gravide kvinder med emner som amning, overgangskost og hygiejne. Det er i første omgang de frivillige, der fungerer som undervisere, men målet er at oplære afdelingens plejepersonale til at varetage undervisningen. Yderligere lig-

ger der nu en stor arbejdsopgave i at planlægge og udføre undervisning i klinisk ernæring på et nystartet uddannelsescenter på Masanga Hospital. Her tilbydes uddannelser, nogenlunde svarende til den danske social- og sundhedshjælper- og sygeplejerskeuddannelse.

Et af nøglebegreberne i projektarbejdet er fortsat bæredygtighed, da Masangas Venners vision som tidligere nævnt er at overdrage alt ansvar til lokal ledelse på sigt. Dette forudsætter, at vi uddanner personalet til løbende at overtage ansvarsområderne. Der er lang vej endnu, og der er med stor sandsynlighed behov for frivillige kræfter langt ud i fremtiden, men projektet er under konstant udvikling til stor gavn for Masanga Hospital.

Vores arbejde og ophold i Sierra Leone har foruden at være yderst udbytterigt rent fagligt endvidere været personligt udviklende, og mødet med landets kultur, befolkning og natur har gjort et stort indtryk. Projektet er blevet vores hjertebarn, hvorfor vi fortsat er meget engagerede i projektet herhjemme, og vi glæder os til en dag at arbejde på Masanga Hospital igen.

signe-larsson@hotmail.com  
sussiogbuhl@hotmail.com

## Referencer

1. [www.um.dk/da/menu/udenrigspolitik/landefakta/landefaktaafrika/sierraleone](http://www.um.dk/da/menu/udenrigspolitik/landefakta/landefaktaafrika/sierraleone)
2. [http://hdrstats.undp.org/en/countries/country\\_fact\\_sheets/cty\\_fs\\_SLE.html](http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_SLE.html)
3. [www.redbarnet.dk](http://www.redbarnet.dk)
4. [politiken.dk/udland/ECE631910/sierra-leone-er-verdens-roevhul/](http://politiken.dk/udland/ECE631910/sierra-leone-er-verdens-roevhul/)
5. [www.mdgmonitor.org](http://www.mdgmonitor.org)
6. [www.amnesty.dk](http://www.amnesty.dk)
7. [www.denstoredanske.dk](http://www.denstoredanske.dk)
8. [www.project-react.dk](http://www.project-react.dk)

## FaKD vinder principiell retssag om titlen "diætist"

**For år tilbage ville tanken om at skulle i retten for at forsvare diætisttitlen have været fjern. Spørgsmålet om titel og titelbeskyttelse kom først på banen i forbindelse med vores autorisation fra Sundhedsstyrelsen, da beskyttelsen af titlen er en uadskillelig del af ordningen med autorisation af kliniske diætister.**

Forud for vores autorisation var gået mange års ihærdigt arbejde i FaKD regi for at påvirke politikerne til at indføre en autorisationsordning for kliniske diætister.

Særligt lægerne var meget interesserede i dette, da de fandt det svært at gennemskue hvilke sundhedsfaglige personer, de kunne overlade deres patienter til, når det drejede sig om diætbehandling. Og ikke mindst arbejdet (eller manglen på samme) for at få en autorisation af kliniske diætister var en af de væsentligste begrundelser for, at de kliniske diætister fra den 1. januar 1993 besluttede at forlade Økonomaforeningen (Kost &

Ernæringsforbundet) og videreføre FaKD som selvstændig fagforening for kliniske diætister - i dag for alle Danmarks ernæringsprofessionelle.

Titlen blev beskyttet den 1. oktober 1996, hvor Lov om kliniske diætister trådte i kraft, for at sikre, at diætisterne var en genkendelig faggruppe. Og titelbeskyttelsen er videreført, efter at lovene om sundhedsfagligt personale blev samlet i Autorisationsloven den 1. januar 2007. Titelbeskyttelsen betyder ikke kun, at det er forbudt at kalde sig "klinisk diætist", hvis ikke man har autorisation. Personer uden autorisation må heller ikke betegne sig eller handle "på anden måde", der er egnet til at "vække forestilling" om, at man har autorisation, så patientsikkerheden ikke sættes over styr (Autorisationslovens § 78). Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har gentagne gange tolket det sådan, at personer uden autorisation som klinisk diætist heller ikke må benytte titlen "diætist". Fordi ordet "diætist" anvendes af patienter, forbrugere og offentlighed som ensbetydende med en klinisk diætist.

Vi har i foreningen årligt omkring 20-30

henvendelser fra medlemmer, der påtaler, at personer uden autorisation som klinisk diætist kalder sig "diætist". Typisk er det personer, der er beskæftiget i motionscentre eller hos andre privatpraktiserende sundhedspersoner (fysioterapeuter og kiropraktorer). Sædvanligvis løser næsten alle titelsager sig selv. Folk er simpelthen ikke opmærksomme på, at kun autoriserede kliniske diætister må bruge titlen "diætist". Og efter henvendelse fra FaKD bliver forholdet som oftest bragt i orden. Selv diætister skal også være opmærksomme - en af sagerne vedrørte en person ansat i en kommune. Hun var faktisk nyuddannet diætist (og endnu ikke medlem af FaKD). Hun vidste ikke, at hun selv skulle søge om autorisation efter endt uddannelse for at kunne benytte titlen "klinisk diætist". Det kunne vi så hjælpe med at informere om.

I 2010 har vi bl.a. påtalt, at Kost & Ernæringsforbundets blad "Køkkenliv" præsenterede et af deres medlemmer som "klinisk diætist", selvom vedkommende ikke havde autorisation. "Køkkenliv" bragte efterfølgende en rettelse. I enkelte tilfælde har vi set regionshospitalet og kommuner præsenterer personer uden autorisation som "diætist", men også her rettes dette, når FaKD høfligt henvender sig. Vi har intet ønske om at genere, vi ønsker blot, at lovgivningen overholdes.



Af advokat Henrik Karl Nielsen, NORSKER & CO ADVOKATER

En person, der drev virksomhed som "Cancerdiætisten", har dog selv ønsket en åben konfrontation, som nu er afgjort til FaKDs fordel af Retten i Nykøbing Falster. Når Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen har tolket autorisationsloven sådan, at titlen "diætist" er forbeholdt personer med autorisation som klinisk diætist, må vi naturligvis reagere, når en person uden autorisation kalder sig "cancerdiætist". Sagen var alvorlig, da "cancerdiætisten" netop ikke har autorisation som klinisk diætist og dermed ikke må benytte titlen diætist, heller ikke med "cancer" foran. Vore henvendelser til "cancerdiætisten" førte ikke til, at forholdet blev bragt i orden, og FaKD fik derfor først udvirket, at Fogedretten i Nykøbing Falster nedlagde et fogedforbud mod "cancerdiætistens" uretmæssige brug af den beskyttede titel. Nu har retten så stadfæstet, at forbuddet er nedlagt med rette. Vi har derfor domstolens ord for, at loven tolkes således, at titlen "diætist" kun kan bruges af personer med autorisation som klinisk diætist. I retten fremførte "cancerdiætistens" advokat, at FaKD slet ikke kunne forfølge sager om titelmisbrug i retten. Men da FaKD organiserer hovedparten af alle kliniske diætister i Danmark, gav retten os medhold i, at vi også kan stoppe sager om titelmisbrug. Den store medlemsopbakning til FaKD var derfor afgørende for udfaldet af denne vigtige sag. Hvorfor er denne sag så vigtig? Jo, for i kølvandet på disse titelsager er der desværre indledt et politisk lobbyarbejde i samarbejde med Danmarks

Lærerforening, da der er titelmisbrugere blandt de øvrige professionsbachelorere i ernæring og sundhed (PBES), som, ligesom Danmarks Lærerforening, ønsker at titlen gives fri. Indtil videre er dette lobbyarbejde stoppet, da Indenrigs- og Sundhedsministeriet (igen) har fastholdt titelbeskyttelsen, som dybest set er begrundet i hensynet til vore patienter. Man kunne ønske sig, at dette forhold blev taget mere alvorligt af de nævnte parter, for patienternes skyld, men formålet med dette lobbyarbejde virker mere til at dreje sig om at få vores titel for egen vindings skyld. Og ud over at det er ærgerligt, at vores kollegaer fra PBES uddannelsen agerer sådan, i stedet for at vi står sammen, så er det til stor skade for alle PBESere. Konsekvensen af dette lobbyarbejde er i første omgang forvirring – og dette i relation til alle PBESere, ikke kun diætisterne. Hverken arbejdsgivere eller politikere kan, takket være dette, finde rundt i, hvad en PBESer er og kan, og på nuværende tidspunkt resulterer det i, at INGEN PBESer kan være sikre på at få et relevant arbejde, om noget. Vi har brug for at hjælpe hinanden med at gøre klart, hvad vores kompetencer hver især er, så det bliver nemmere at få ansat rette person på rette sted - ikke at mistænkeliggøre hinanden eller forsøge at gøre os til noget, vi ikke er. FaKD vil derfor fortsat arbejde på, at alle PBESere har egen titel. Umiddelbart burde vi være hjulpet godt på vej, efter at vores uddannelse nu kun udbyder 3 specialelinjer, men også i den nye bekendtgørelse og i den nationale studieordning

kunne man have været mere klar i spytet, mht. at beskrive vores kompetencer og forskelligheder. At arbejde med sundhedsfremme i relation til fx skolebørn er ikke samme arbejde som at sammensætte en diætplan til en nyrepatient, men begge dele er lige vigtige i vores bestræbelser på at sikre god ernæring til alle – og bør udføres af ernæringsprofessionelle, ikke af hvem som helst.

Vi har tidligere i bladet skrevet om, hvordan ukendskab til vore faggrupper kan bevirke, at vi ansættes med irrelevante stillingsbetegnelser og derved ryger ind på irrelevante løntrin og overenskomster. Begreber som "kostkonsulent" og "ernærings- og husholdningsøkonom" har erfaringsmæssigt ført til ansættelser til ringe løn. Så titel, og rigtig titel, er en forudsætning for, at vi ikke bliver spist af med lave lønninger og irrelevant arbejde. FaKD ser den vundne retssag som startskuddet på en forstærket indsats for at sikre alle PBESere ordentlige løn- og arbejdsvilkår. Det bliver ikke nemt, men i FaKD er vi vant til at skulle kæmpe for vores medlemmer. Det tog sin tid at opnå autorisation, men det lykkedes. På samme måde vil vi arbejde for, at alle PBESere anerkendes som ernæringsprofessionelle, både med og uden autorisation, og med egen titel.

[hkn@norsker.eu](mailto:hkn@norsker.eu)

# Sælspæk og abrikossuppe. Diætist i grønlandernes land

**For godt 3½ år siden søgte jeg stillingen som klinisk diætist på Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Nuuk. Eventyrlysten drev mig, og det har jeg ikke fortrudt. Her får I et lille indblik i arbejdet som diætist i det grønlandske.**

Trine Vangsgaard



## Eneste diætist på Dronning Ingrid's Hospital

Min arbejdsplads, DIH, fungerer dels som landshospital for hele Grønland og dels som lokalskøle for Nuuk. Der er 191 sengepladser, fordelt på kirurgisk, medicinsk, psykiatrisk og intensivafdeling.

Som eneste diætist arbejder jeg inden for et meget bredt arbejdsfelt: Jeg ser patienter fra stort set alle specialer, og jeg rådgiver bl.a. sundhedspersonalet på DIH, i hjemmesygeplejen og på Alderdomshjemmet. Herudover udarbejder jeg også vejledningsmateriale.

Foreløbig har jeg ikke landsdækkende funktion og behandler derfor kun indlagte patienter, samt patienter, der henvises fra ambulatorier og Lægeklinikken (lægehuset i Nuuk). Indirekte har jeg en landsdækkende funktion, idet jeg står til rådighed for kystens hospitaler og sygeplejestationer.

Fra at have været ansat under Centralkøkkenet, med den ledende økonomi som leder, er jeg pr. 1. oktober i år overgået til Medicinsk område med den ledende overlæge og den ledende oversygeplejerske som nærmeste ledere.

## Logistik – en afgørende brik i diætistens arbejde

At bo i en grønlandsk by er som at bo på en ø. Infrastrukturen er baseret på flytrafik og sejlads, og logistikken er en udfordring. Udbuddet i butikkerne afhænger i høj grad af, hvor i Grønland, man befinder sig. I Nuuk kan man stort set få alt, hvorimod udbuddet er meget sporadisk flere steder på kysten. For få år siden kom første forsyningskøle til hhv. østkysten og den nordligste by på vestkysten, i august og det sidste allerede i september. Pga. mindre is er sejltiden nu ændret, så der kommer køle fra juni og frem til november.

Det er oftest manglen på mejeriprodukter, frisk frugt og grønsager, jeg hører om. Til gengæld er der et større udvalg af de frosne versioner og konserver. Jeg gør en del ud af at sige til patienterne, at det er fint at spise frosne frugt og grøntsager, som kan være sundere, forstået på den måde, at næringsværdien ligger højere end de friske varer, der har haft lang transporttid. Specielt i bygderne løber man hurtigt tør for særlige varer, det er bl.a. svært at få magert pålæg og ost. Dette skal jeg medtage i min vejledning af patienterne fra de mindre byer og bygder. Ofte synes jeg, det giver bedre mening at vejlede dem til at spise mere fisk og grønlandsk mad og mindre importeret mad.



### Grundelementer i grønlandsk kost

Ved traditionel grønlandsk kost forstås primært spæk fra sæl og hval, samt kød og indvolde fra sæl, hval, fisk, rensdyr, moskusokse og hare. Herudover spises havfugle, som edderfugle, alke og lomvie, samt ryper. Traditionelt set har kulhydratindtaget været begrænset til bær, planterødder og tang, pga. det kolde klima (1). Ved traditionel grønlandsk tilberedning spises maden enten kogt, råt, tørret eller frossen. Nationalretten "suasaat" er en suppe kogt på kød, løg, grødris og/eller kartofler og evt. spæk. Hver familie har deres tradition for, om den laves med sæl, hval, lam, rensdyr eller fisk.

En stor delikatesse er rå hvalhud med et tyndt lag spæk fra bl.a. hvid- og narhval, på grønlandsk kaldet "mattak". Både sælspæk og "mattak" er rigt på monoumættede og omega-3 fedtsyrer.

Der er stor variation i smag og fangstmuligheder i de forskellige landsegne. En sæl fra Nuuk smager ikke som en sæl fra fx Maniitsoq, der ligger blot 3 timers sejlads væk. Indlagte patienter får normalt grønlandsk mad 3-4 gange ugentligt, men flere fravælger det, fordi de synes, at den serverede fisk, sæl, rensdyr m.m. smager anderledes, end de er vant til fra deres hjemegn. I den sydligste by på østkysten har man ikke rensdyr og moskusokser, da de lever længere nordpå.

Isbjørne spises også i det omfang, de må skydes.

### Kosten i dagens Grønland

Ifølge den seneste befolkningsundersøgelse spiser folk mindre sæl, fuglevildt og fisk. Til gengæld spises der mere frugt, grønsager og rensdyr, og der drikkes mere sodavand (2). Det sker, at en patient siger, at det ikke ligger til den grønlandske kultur at spise frugt og grønt. Her kan jeg ikke dy mig for at sige, med et smil på læben, at det heller ikke ligger til kulturen at drikke sodavand og spise chips og slik.

Det er de færreste af mine patienter, der dagligt spiser grønlandsk fødevarer. Årsagerne hertil er mange: Det er dyrt at købe i butikkerne, og det er dyrere at spise grønlandsk mad end dansk, fordi der bruges mere kød i et traditionelt grønlandsk måltid. Nogle forældre siger, at børnene ikke vil spise det, og at de i en travl hverdag ikke har mulighed for at nå på det lokale kød- og fiskemarked, "Brættet", samt at det tager lang tid at koge grønlandsk kød. Hvis man er i familie med en fanger, får man oftere grønlandsk mad i familien.

I det følgende vil jeg beskrive nogle af de patienttyper og udfordringer, jeg møder i mit arbejde.

### Det skønnes at op mod 5 pct. af alle grønlandere er sakkroseintolerante

Intolerance for sakkrose er medfødt. De første symptomer optræder, når spædbarnet starter på overgangskost. Symptomerne kan vise sig som udspilet mave, rumlen og diarré. Jeg har vejledt en familie fra kysten, hvor deres 1-årige dreng led af sakkroseintolerance. Moderen var kun grønlandsktalende, kunne ikke læse, skrive eller forstå en dansk varedeklaration. Derfor måtte min kreativitet stå sin prøve. Jeg udarbejdede selv en lamineret billedcollage over fødevarer, der kunne spises dagligt, og hvad de burde undgå. Hjemmesygehuset fik også tilsendt materialet, så de kunne følge op og evt. tage hende med i den lokale butik. Når patienterne udskrives fra DIH, har jeg ikke mere kontakt med dem. Nogle gange får jeg, via den omreisende pædiater eller konsulentlæge, oplysninger om en tidligere patients compliance.

### Adipøse gravide

Overvægt er et tiltagende problem i Grønland. Man skønner, at ca. 27 pct. af kvinderne er svært overvægtige, ud fra BMI (2). Kystsygehusene er ikke gearet til at håndtere den øgede risiko for fødselskomplikationer som følge af overvægt. Derfor kommer en

stor andel af de adipøse gravide kvinder til Nuuk en måned før termin. Ved kvindens ankomst til Nuuk kontakter jeg hende og fortæller, at jeg har modtaget en henvisning fra hendes jordemoder.

Et eksempel er en 21-årig førstegangsfødende. Hun havde ikke selv ønsket at blive henvist til diætist, for hun var glad for sin krop, som den var. Jeg forklarede, at det var et tilbud, som stod hende frit for at modtage. Hun valgte alligevel at komme og havde tænkt mere over det: Hun havde netop fået en lejlighed sammen med kæresten, og deres økonomi tillod ikke, at han kunne flyve til Nuuk og være med til fødslen af deres barn. Kvinden satte selv som mål at få tabt sig til barn nr. 2, så hun kunne føde på hjemsygehuset, og hendes kæreste kunne være med. Så motivationen til væggtab skal nogen gange hentes andre steder, end vi er vant til.

### **Tuberkulose er fortsat meget udbredt**

I daglig tale kaldes DIH "Sana" pga., at det i 1950'erne oprindeligt var et sanatorium for tuberkulose (TB) patienter, da TB-forekomsten dengang var ekstrem høj. Vha. TB-vaccinens integration i børnevaccineprogrammet og et specialbygget røntgenskib, der sejlede fra by til by og undersøgte alle for TB, nedsatte man hyppigheden af TB til vesteuropæisk niveau. Hyppigheden af TB er de seneste 20 år igen steget, uden at årsagen er helt afklaret, og Grønland ligger nu igen på højde med mange udviklingslande.

Patienter, der bliver indlagt med åben TB, isoleres i 14 dage. Jeg møder dem, hvis de har haft væggtab forud for diagnosen eller under isolationen. Væggtab er et af symptomerne på sygdommen. Under isolationen kan der være flere årsager til væggtab: Patienter fra kysten kan give udtryk for hjemve, og giver dette skylden for manglende appetit. Andre patienter har god appetit, men får ikke serveret tilstrækkeligt mad. Min oplevelse er, at flere patienter fremstår meget beskedne og fx sjældent spørger om en ekstra portion. Flere patienter har udtrykt, at de ikke vil være til besvær, og begrundet det med, at plejepersonalet har travlt. Trods opfor-

dringer kan det være meget grænseoverskridende at ringe efter personalet. Plejepersonalet erkender også, at de kan blive bedre til at tage mundbind på og spørge, om patienten i isolation kan spise mere. Mit arbejde kan her bestå i at bestille ekstra måltider og mellemmåltider særligt til patienten, så det er lettere for plejepersonalet at huske den isolerede patient og hans måltider. En folder om køkkenets tilbud til patienter med særlige ernæringsbehov er en af de ting, der står højt på afdelingernes og min ønskeliste, men p.t. er der ikke ressourcer til dette i diætiststillingen.

### **Sygdom og økonomi**

I Grønland findes der ingen automatisk arbejdsløshedsunderstøttelse, her ydes individuel hjælp efter den enkeltes behov. Der gives ikke sygedagpenge, hvis patientens ægtefælle har en indkomst. Flere af fx de småtspisende patienter får derfor økonomiske problemer. Dette er jeg nødt til at have med i mine overvejelser, og jeg må spørge, om de overhovedet har råd til at købe de fødevarer, jeg anbefaler. De kan gennem deres sagsbehandler søge om at få et varmt måltid mad leveret fra alderdomshjemmet.

Alle sundhedsydelse er gratis, også sondekost og ernæringsdrikke, så længe de gives som en del af behandlingen. På kysten er det ofte muligt for patienter med behov for tilskudsrikke enten selv at hente den hjemmelavede drik på sygehuset eller få den leveret. I Aasiaat kører portørerne fx ud til patienter med sygehuskøkkenets hjemmelavede drikke i et ½ l bægre med låg og sugerør a la McDonald's. Denne leverance har vi ikke mulighed for i Nuuk, men som et nyt tiltag er vi startet med at have et mindre sortiment af industrielt fremstillede ernæringsdrikke.

### **Udfordringer i et to-sproget samfund**

Flere af mine patienter forstår dansk, men ønsker en tolk, da de lettere kan udtrykke sig på grønlandsk. Da jeg er gæst i deres land, og mit grønlandske kun rækker til nogle få fraser, spørger jeg typisk, om jeg har brug for en tolk. Jeg har kun oplevet smil,



hvis de har forstået ordvendingen. De er vant til, at der bliver spurgt: "har du brug for en tolk?".

Grønlændere bruger ofte mimik. Vil de svare ja, skal man ikke altid forvente et svar. I stedet trækker de deres øjenbryn op i panden.

For de vestgrønlandske tolke kan sproget også være en udfordring, hvis patienterne er fra Thule- distriktet eller østkysten. Det er sket, at en tolk har afbrudt vejledningssituationen, fordi han ikke kunne forstå patienten.

De tolke, jeg hyppigst bruger, har jeg talt lidt ernæring med for at sikre mig, at de forstår betydningen af det, jeg siger. Da jeg havde været her et års tid, fortalte vores ledende tolk, at han på et tolkemøde havde spurgt, om de forstod forskellen, når diætisten vejledte i mættet, enkelt og flerumættet fedt. En svarede: det mættede fedt mætter bedst!

Når hhv. frugt og grønt oversættes, forklares det med eksempler på, hvad der er hvad. I vejledningen af grønsager har jeg haft en tolk, der begyndte at nævne frugter. Så meget forstod jeg. Det undrede mig, så jeg blev nødt til at bryde ind for at sikre mig, at vi var enige om budskabet. Senere på dagen fortalte jeg min daværende leder om situationen. Hun fortalte, at de i Nordgrønland ikke skelner mellem frugt og grønt, muligvis fordi de ser så lidt til

det. Hun havde haft flere episoder i køkkenet, hvor der bl.a. skulle laves gulerodssuppe til den flydende kost. Der havde ikke været flere friske gulerødder, og tanken var ikke faldet på de frosne. I stedet blev der lavet abrikossuppe. Farven var jo den samme!

### En oplevelse for livet

For mig har det at arbejde som diætist i Grønland været en enestående chance for at opleve kulturen, landet og naturen på samme tid. Jeg har bl.a. lært at sy i sælskind, været på ski over indlandsisen fra vest til øst, været på diverse vandreture og ferier rundt i Grønland og er selvforsynende med rødfisk, torsk og ørreder.

Jeg har fået en fantastisk modtagelse, som bl.a. har været medvirkende til, at jeg trives godt heroppe.

Ud fra mit synspunkt er det en god ide at have klinisk erfaring, inden man rejser til Grønland, også fordi det kan være et ensomt og udfordrende arbejde. En vis portion redskaber i "rygsækken" er klart at foretrække, når man bevæger sig ud i vildniset, rent fagligt. Jeg priser mig lykkelig for mine faglige livlinier i Danmark og er dybt taknemmelig for, at I altid finder tid til faglig erfaringsudveksling.

tvangsgaard73@yahoo.com.au

### Referencer

1. Pars T. (2000): Forbruget af traditionelle grønlandske fødevarer i Vestgrønland. Ph.d. afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet Københavns Universitet.
2. Bjerregaard P, Aidt E.C.(2010): Levevilkår, livsstil og helbred, Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2009. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Nutramigen

LIPIL

Ikke kun et barn med allergi  
– også et barn i udvikling

NYHED



NU forbedret  
med LIPIL

Så meget mere end behandling af komælksproteinallergi, **Nutramigen LIPIL** giver også førsteklasses ernæring til spædbørn så de kan nå deres fulde potentiale.



**MeadJohnson**<sup>TM</sup>  
Nutrition

Mead Johnson Nutrition. Lyngby Hovedgade 98  
2800 Kgs Lyngby. Tel 45 93 05 06, Fax 45 93 32 50  
[www.meadjohnson.dk](http://www.meadjohnson.dk)

## Generalforsamling 2010

- Fra den ordinære generalforsamling på Hotel Nyborg Strand, 30.oktober 2010

**FaKD havde som væsentligste punkt at drøfte og vedtage vedtægtsændringer, baseret på beslutningen fra årets ekstraordinære generalforsamling om optag af nye medlemsgrupper.**

Derfor var det en glad formand og bestyrelse, der kunne se de nye vedtægter blive godkendt af medlemmerne. Nu kan vi endelig komme rigtig i gang med at udbrede kendskabet til muligheden for medlemskab af FaKD til alle ernæringsprofessionelle.

På generalforsamlingen fik vi også lejlighed til at drøfte de udfordringer, der er, både for diætister og for andre ernæringsfolk. Der er stadig ikke meget tegn på, at kommunalreformens ændring af ansvarsplacering af ernæringsarbejdet bærer frugt. Regionerne sparer og kommunerne gør ligeså – og midt i sidder både raske og syge, der ikke modtager relevante tilbud, heller ikke på ernæringsområdet.

### **Mere fokus på ernæring**

Med de udfordringer vi står over for, både mht. forebyggelse og behandling af kroniske syge, mener vi, det er nødvendigt at få samlet os, så vi sammen kan give kommuner og regioner mulighed for at ansætte velkvalificerede sundhedsfaglige til at varetage de mange behandlings- og forebyggelsesopgaver. Set fra vores synspunkt

bør alle kommuner uden undtagelse have ansat et antal PBESere til at varetage sundhedsopgaver, ligesom vi kan bruges som bindeled mellem kommuner og regioner, så det bliver muligt at tilbyde borgerne sammenhængende patientforløb. Og regionalt bør der også fokuseres meget mere på brug af diætister på hospitalerne – som det ser ud nu, går rigtig mange patienter rundt uden at blive tilbudt relevant og nødvendig diætbehandling.

Også kandidater bør inddrages – på nuværende tidspunkt er det desværre et andet billede, der ses rundt omkring. Fagligheden udvandes i stedet for det modsatte. I iveren efter at honorere nye besparelser bliver billigste arbejdskraft hyppigere valgt uden skelen til, om det nu også er helt forsvarligt, og om kvaliteten nu også kan holdes, når der arbejdes med ernæring.

I det hele taget må ernæring opprioriteres – vi kan ikke levere de ønskede ekstra leveår og de fine topplaceringer, som regeringen ønsker, hvis ikke vi accepterer,

at rigtig ernæring for den enkelte også er en vigtig faktor i at nå disse mål.

### **Det kommende år**

Mange af de bekymringer, der blev luftet på generalforsamlingen, er ikke nye – der er stadig ikke mulighed for tilskud til diætist, der er ikke fokus på at benytte ernæringsprofessionelle i tværfaglige samarbejder, selv hvor det virker oplagt – ja, mange af bekymringerne fordrer politisk opbakning, og med tanke på, at næste år bliver valgår, så er der ingen tvivl om, at vi, indtil valget er meldt ud, nok ikke kan regne med at se resultater.

Foreningen er godt rustet til de kommende udfordringer og med medlemmernes opbakning ser vi gode muligheder for stadig at sætte dagorden omkring ernæring. Generalforsamlingen har kun bekræftet dette.

Bestyrelsen

# Fra Skotland til Egypten.

## Hospitalers ernæringspraksis i og omkring Europa

**Tidligere undersøgelser har vist plads til forbedring i klinisk ernæringspraksis på et internationalt plan. Men hvordan ser praksis ud i forskellige lande i Europa, og kan vi lære af hinanden?**

### Plads til forbedring

Flere internationale undersøgelser har vist, at ca. en tredjedel af hospitalsindlagte patienter lider af underernæring eller er i risiko for at blive underernærede (1-5). Underernæring forværres ofte under indlæggelsen (6,7), hvilket er forbundet med en forlænget indlæggelsestid, forringet livskvalitet og øgede

hospitalsudgifter (8-10). Med en tilstrækkelig ernæringsindsats kan underernærede patienters rekonvalescens og livskvalitet forbedres (11,12), men på trods af den viden er underernæring ofte underdiagnosticeret og ikke behandlet tilstrækkeligt på mange hospitaler i flere lande (13,14).

I 2003 udgav Europarådet en resolution om mad og ernæringsmæssig pleje på hospitaler (15). Det blev fremhævet, at andelen af underernærede patienter på hospitaler i Europa er uacceptabelt høj, og at adgang til en varieret og sund kost er en fundamental menneskeret. Resolutionen blev udarbejdet af et netværk af eksperter på området og på baggrund af rådets tidligere undersøgelser, som viste mangelfuld ernæringspraksis rundt omkring i Europa (13,14). I strid mod anbefalinger bliver screening for ernæringsrisiko ofte ikke udført. Sonde- og parenteral ernæring bruges sjældent og inkonsistent. Endvidere får patienter kun serveret tre måltider om dagen, frem for de anbefalede seks (14).

Undersøgelserne identificerede følgende fem hovedbarrierer for en optimal madservice og ernæringsterapi: 1) manglende klar ansvarsfordeling, 2) manglende eller utilstrækkelig undervisning, 3) manglende indflydelse og viden hos patienter, 4) manglende samarbejde mellem personalegrupper og 5) manglende opbakning fra ledelse (13).

### EuroOOPS

I takt med Europarådets resolution blev EuroOOPS (5) iværksat i 2004 med det formål at implementere screening for ernæringsrisiko (NRS-2002)(16) og forbedre ernæringsterapi på internationalt niveau. Forsøget var baseret på den danske "Underernæring på Sygehuse" (UPS) og et prospektiv, kohorte design (17). Data blev indsamlet om patienternes NRS-2002 screening samt det kliniske forløb (dvs. diagnoser, komplikationer, indlæggelsestid, mortalitet og udskrivelsessted). Jeg havde rollen som forsøgs koordinator, hvor jeg havde daglig kontakt med de deltagende afdelinger for at sikre, at de overholdt forsøgsprotokollen og løbende indsendte deres fuldstændige data.

Der deltog 26 forskellige hospitalsafdelinger indenfor kirurgi, intern medicin, onkologi, intensiv terapi, gastroenterologi og geriatri fra 12 lande i Europa og Mellemøsten (Østrig, Tyskland, Spanien, Schweiz, Tjekkiet, Ungarn, Polen, Rumænien, Slovakiet, Egypten, Libanon og Libyen). I alt deltog 5051 patienter, hvoraf 92,8 pct. af patienterne blev screenet indenfor 36 timer efter indlæggelse, og 32,6 pct. blev vurderet til at være i ernæringsrisiko.

EuroOOPS havde også til formål at beskrive det kliniske forløb hos risikopatienter versus ikke-risikopatienter. Patienterne i ernæringsrisiko havde flere komplikationer og øget dødelighed, sammenlignet med ikke-risikopatienter ( $p < 0,001$ ). Den mediane (interkvar-





Fig. 1: Kort over de besøgte hospitaler i England, Skotland, Schweiz, Tyskland og Holland

til range) indlæggelsestid var længere hos ernæringsrisikopatienter versus ikke-rikopatienter på henholdsvis 9 (5 – 16) versus 6 (3 – 11) dage ( $p < 0,001$ ). Færre ernæringsrisikopatienter blev udskrevet til hjemmet, hvorimod flere blev udskrevet til plejehjem eller en anden hospitalsafdeling, sammenlignet med ikke-rikopatienter ( $p < 0,001$ ). Risiko for komplikationer, en længere indlæggelsestid og mortalitet viste sig at være relateret til komponenterne af ernæringsrisiko screening, også efter justering for forskellige confounding variabler (f.eks. ældre, speciale, diagnose, komorbiditet, kirurgi, cancer og region) ved hjælp af multivarians analyse.

Af hensyn til de deltagende hospitalsafdelingers forskellighed blev afdelingerne bedt om at udfylde et spørgeskema (13) om deres ernæringspraksis inden forsøgets opstart. Spørgeskemaet var adapteret fra Beck et al. (13) og blev besvaret af 25 af de 26 afdelinger. Det var primært læger, der udfyldte spørgeskemaet på vegne af afdelingen via deres rolle som lokal forsker og kontaktperson.

Et flertal af afdelingerne (80 pct.) havde et ernæringsudvalg, hvori 68 pct. inkluderede en diætist. Men kun 52 pct. af afdelingerne mente, at ansvarsfordelingen var klart defineret. Endnu færre (48 pct.) vurderede ernæringstilstand ved indlæggelse. Afdelingerne mente, at manglende eller utilstrækkelig undervisning var den vigtigste hindring for ernæringspraksis, efterfulgt af manglende klar ansvarsfordeling, manglende opbakning fra ledelse, manglende samarbejde mellem personalegrupper og endelig, manglende indflydelse og viden hos patienter. Diætisterne blev betragtet som personalegruppen med den bedste ernæringsviden, efterfulgt af farmaceuter, læger, sygeplejersker, køkkenpersonale og til sidst ledelse.

Nogle af afdelingerne mente, at manglende eller utilstrækkelig tilgængelighed til en klinisk diætist var en yderligere barriere for ernæringspraksis. For eksempel forklarede de spanske afdelinger, at det ikke var muligt for dem at ansætte diætister, fordi det ikke

var en anerkendt faggruppe på hospitalet, selvom uddannelsen til diætist havde eksisteret i flere år i Spanien.

### Ernæringspraksis i England, Skotland, Schweiz, Tyskland og Holland

Det var meget lærerigt at arbejde som forsøgskoordinator for EuroOOPS. Men jeg havde fortrinsvis kontakt med hospitalsafdelingerne gennem e-mailkorrespondance og nogle få telefonsamtaler. Jeg ønskede derfor at besøge nogle af hospitalerne fra EuroOOPS forsøget for at opleve deres praksis på tættest hold og få et dybere indblik i international klinisk ernæringspraksis. For at opfylde dette ønske, søgte jeg "Nutricias Uddannelseslegat i Enteral Klinisk Ernæring" i 2005. Jeg modtog heldigvis legatet, som blev anvendt til at besøge ni hospitaler. Tre af hospitalerne var deltagere i EuroOOPS studiet, og de andre var fra kontakter gennem The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Hospitalerne lå i de byer i England, Skotland, Schweiz, Tyskland og Holland, som vises på kortet (Fig. 1). Alle, undtagen et, var universitetshospitaler.

Da jeg besøgte hospitalerne, var jeg interesseret i at lære noget om organisation og ansvarsfordeling, mht. ernæring, udfordringer for ernæringspraksis samt undervisning og forskningsinitiativer. Jeg blev vist rundt på hospitalsafdelingerne, hospitalskøkkenet og madservice-faciliteterne af de ernæringsansvarlige indenfor adskillige faggrupper. Jeg havde muligheden for at gøre gengæld ved at dele resultaterne fra EuroOOPS studiet, samt mine erfaringer med ernæringspraksis i Danmark og Canada, hvor jeg oprindeligt er uddannet som diætist.

Jeg kom frem til nogle interessante forhold som resultat af mine hospitalsbesøg. Fx lagde jeg mærke til, at ernæringsafdelingerne hørte under meget forskellige områder på hospitalerne, såsom intern medicin, gastroenterologi, diabetes og endokrinologi, sygepleje, madservice, servicecentret osv. Placering af ernæringsafdelingen varierede ikke kun mellem landene, men også meget

indenfor de forskellige lande. Afdelingen, som ernæring hørte under, var ofte en god samarbejdspartner. Dette havde stor betydning for respekten for ernæringen på hospitalet, dvs. at ernæring fik mere respekt klinisk set, hvis den hørte under et medicinsk speciale, end når det hørte under hospitalskøkkenet.

Diætistens rolle var også meget forskellig fra land til land.

Diætisterne i Storbritannien og Holland havde størst tilknytning til hospitalsafdelinger og havde en stærkere ledelsesrolle indenfor klinisk ernæring. Hvorimod de fleste af diætisterne, som jeg mødte i Schweiz og Tyskland, arbejdede fra hospitalskøkkenet og havde en mere traditionel rolle, der ikke involverede planlægning af sondeernæring eller parenteral ernæring. Derfor var det ikke overraskende, at mine værter var diætister i Storbritannien og Holland, og læger i Schweiz og Tyskland.

Selvom nogle aspekter af ernæringspraksis var forskellige, var der også meget, der var fælles. Ernæring var generelt set et meget dynamisk og bredt område på hospitalet, hvorfor tværfagligt samarbejde var meget vigtigt. Desværre kæmpede de fleste ernæringsafdelinger med manglende viden om ernæring, samt manglende økonomisk støtte og respekt for ernæringsterapi. Det var væsentligt at kunne overbevise andre om, at ernæringsterapi gør en forskel, gennem fx forskningsinitiativer og udvikling af videregående uddannelser indenfor klinisk ernæring. Der var også mange andre udfordringer, som hospitalerne stod over for, fx fusion af

sundhedsregioner, privatisering af service og implementering af forbedret praksis eller teknologi, såsom elektroniske patientjournaler. Det var meget interessant at observere disse udfordringer i forskellige stadier, og hvordan de blev løst på forskellige måder.

Det var personligt meget lærerigt at opleve ernæringspraksis på tætteste hold på forskellige hospitalsafdelinger rundt om i Europa. Denne oplevelse gav mig mere perspektiv og forståelse for praksis i andre lande. Udover det fik jeg nogle fantastiske kontakter, som jeg regner med at holde mange år frem. Nogle af mine værter på hospitalerne sagde selv, at de lærte en del, da jeg stillede spørgsmål, der fik dem til at tænke på deres egen praksis fra et helt andet perspektiv. Alt i alt var det en meget positiv oplevelse for alle involverede, og jeg kan varmt anbefale at kigge forbi hospitaler i andre lande, hvis du får muligheden.

Sidst, men ikke mindst, vil jeg gerne sige tusind tak til Nutricia og Dansk Selskab for Klinisk Ernæring for legatet samt alle mine værter på hospitalerne: Prof. Claude Pichard; Prof. Remy Meier; Prof. Lukas Krähenbühl; Dr. Johann Ockenga; Pat Howard, RD; Prof. Jeremy Powell-Tuck; Rosemary Richardson, RD; Cora Jonkers, RD; og Marian van Bokhorst-de van der Schueren, RD PhD.

janice@life.ku.dk

## Referencer

1. Edington J, Boorman J, Durrant E R, Perkins A, Giffin C V, James R et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. *Clin Nutr* 2000; 19: 191-195.
2. Correia M I, Campos A C. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition* 2003; 19: 823-825.
3. Thomas D R, Zdrowski C D, Wilson M M, Conright K C, Lewis C, Tariq S et al. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 308-313.
4. Rasmussen H H, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr* 2004; 23: 1009-1015.
5. Sorensen J, Kondrup J, EuroOOPS study group. EuroOOPS: an international, multicenter study to implement nutrition screening and evaluate clinical outcome. *Clinical Nutrition* 2005; 24: 538-539.
6. McWhirter J P, Pennington C R. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308: 945-948.
7. Kyle U G, Schneider S M, Pirlich M, Lochs H, Hebuterne X, Pichard C. Does nutritional risk, as assessed by Nutritional Risk Index, increase during hospital stay? A multinational population-based study. *Clin Nutr* 2005; 24: 516-524.
8. Gallagher-Allred C R, Voss A C, Finn S C, McCamish M A. Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. *J Am Diet Assoc* 1996; 96: 361-6, 369.
9. Amaral T F, Matos L C, Tavares M M, Subtil A, Martins R, Nazare M et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr* 2007; 26: 778-784.
10. Norman K, Kirchner H, Lochs H, Pirlich M. Malnutrition affects quality of life in gastroenterology patients. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 3380-3385.
11. Stratton R J, Green C J, Elia M. Combined Analysis of the Effects of Oral Nutritional Supplements and Enteral Tube Feeding. In: *Disease-related Malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI Publishing, 2003: 276-287.
12. Norman K, Stubler D, Baier P, Schutz T, Ocraan K, Holm E et al. Effects of creatine supplementation on nutritional status, muscle function and quality of life in patients with colorectal cancer—a double blind randomised controlled trial. *Clin Nutr* 2006; 25: 596-605.
13. Beck A M, Balknas U N, Furst P, Hasunen K, Jones L, Keller U et al. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition—report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2001; 20: 455-460.
14. Beck A M, Balknas U N, Camilo M E, Furst P, Gentile M G, Hasunen K et al. Practices in relation to nutritional care and support—report from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2002; 21: 351-354.
15. Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals.
16. Kondrup J, Rasmussen H H, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003; 22: 321-336.
17. Kondrup J, Johansen N, Plum L M, Bak L, Larsen I H, Martinsen A et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21: 461-468.

Nyhed

Nyt psyllium-produkt fra  
HUSK PRODUCTS

Hjælper til en ubesværet  
tarmfunktion.

Nemt at drikke og god smag

Bestil gratis prøver på telefon  
32 51 96 00 eller [info@husk.dk](mailto:info@husk.dk)



## Husk®fibre - go' fordøjelse!

Det nye Husk®fibre kosttilskud er nemt at drikke og har en frisk smag af solbær eller lemon. Husk®fibre består af pulveriserede Psyllium frøskaller, der hurtigt opløses i et glas vand. En nem måde at få ekstra fibre i kosten.

Husk®fibre kan købes på apoteket, hos Matas, i helsekostforretninger og mange dagligvareforretninger.

**husk fibre**

HUSK PRODUCTS · [www.huskfibre.dk](http://www.huskfibre.dk)

# ”At rejse er at leve”

**Eva Pedersen fik muligheden for at forskes i Australien. Her følger hendes beretning samt et uddrag af oplægget til hendes forskningsprojekt.**

Eva Pedersen



Australien har i mange år stået for os som et land, der var værd at besøge, så da min mand fik tilbud om en fem års kontrakt med Grundfos i Adelaide, Australien, sagde vi ja tak.

Jeg havde på det tidspunkt et drømme-job ved Klinisk Ernæringsforskning, Århus Universitetshospital, ved Professor Kjeld Hermansen. Her fik jeg

stor erfaring i at planlægge og gennemføre forskningsprojekter, primært hos overvægtige og type 2 diabetes patienter (T2DM). Jeg fik også den fornødne frihed til at udvikle mig som forskningsdiætist og har deltaget i planlægning og gennemførelse af flere interventionsstudier og medicinal forskning. Så da jeg nu ”stod” med fem år, hvor jeg ikke havde arbejde og kunne gøre præcis, hvad jeg ville, var min første tanke: efter- / videreuddannelse af min diætistuddannelse fra 1990.

Efter flere forgæves forsøg på at finde det rette uddannelsessted, endte jeg med at bede Kjeld Hermansen om hjælp. Kjeld satte mig i forbindelse med Professor Peter Clifton, som på daværende tidspunkt var ”Streamleader for The Australian Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation (CSIRO) human nutrition”, der i 2005 publicerede ”The Total Wellbeing Diet”, en højprotein diæt designet til at give vægttab (er oversat til Dansk). Jeg blev med hjælp fra Peter Clifton optaget ved University of Adelaide som PhD studerende. Min primære vejleder er førnævnte Professor Peter Clifton. Jeg har været så privilegeret at blive sponsoreret af ”Centre for Clinical Research Excellence (CCRE)”, en organisation finansieret af ”the National Health and Medical Research Council (NHMRC)”.

Mit projekt tager udgangspunkt i en diæt med en højere protein til kulhydrat ratio, samtidig med, at der er lagt vægt på, at deltagerne taber sig. Målgruppen er type 2 diabetikere med let nedsat nyrefunktion. Der er tale om et 12 måneders interventionsstudie, hvor

den højere protein diæt sammenlignes med den anbefalede diabetes diæt.

Nedenfor kommer en forkortet udgave af mit oplæg til forskningsprojekt med titlen ”*Weight-loss, protein and renal health*”, som blev indgivet til University of Adelaide i efteråret 2007:

## Introduktion

Diabetes (begge typer) regnes nu som en af hovedårsagerne til sygdom og død på verdensplan. På nuværende tidspunkt estimeres det, at 220 mio. mennesker er diagnosticeret diabetikere. Indenfor de næste to årtier forventes antallet af diabetikere at fordobles. Diabetes er den hyppigste årsag til nyresvigt på verdensplan (1).

Der er ikke evidens for, at nedsættelse af proteinindholdet i kosten hos T2DM med let nedsat nyrefunktion har nogen effekt.

## Baggrund

### Incidens og økonomisk byrde ved diabetes nefropati

Ubehandlet, ukontrolleret diabetes kan føre til alvorlige komplikationer såsom hjerte- karsygdom, neuropati, retinopati og nefropati. Diabetes er i dag den hyppigste årsag til nyresvigt, og det forventes, at ca 70 pct. af alle tilfælde af nyresvigt vil være forårsaget af diabetes i 2015. Udgifterne til behandling af diabetes i Australien blev i 2000-01 estimeret til \$784 mio.

### Forebyggelse og behandling af diabetesrelaterede komplikationer

Intensiv blodglukosekontrol og fortsat diabetesvejledning har i store prospektive interventionsstudier vist fordelagtig effekt på diabetesrelaterede senkomplikationer. I ”The Diabetes Control and Complication Trial (DCCT)” blev 1441 type 1 diabetes patienter (T1DM) randomiseret til enten intensiv insulinbehandling med livsstilsrådgivning eller til kontrolgruppe, som fortsatte med den konventionelle diabetesbehandling. Efter gennemsnitligt 6,5 års opfølgning var risikoen for diabetesrelaterede komplikationer i behandlingsgruppen nedsat med mellem 35 og 70 pct., og risikoen for mikroalbuminuri og makroalbuminuri, associeret med nedsat nyrefunktion, var nedsat med henholdsvis 54 og 39 pct.(2). Senere viste ”The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)”, hvor samme koncept blev afprøvet hos 3867 T2DM, en tilsvarende reduktion i risikofaktorerne for senkomplikationer.

Således var den almene risiko for senkomplikationer nedsat med 12 pct. og en væsentlig nedsættelse med 25 pct. af albuminudskillelsen i den intensivt behandlede gruppe (3).

Senere studier har vist, at kontrol af fastebloodsukker (FBG) og HbA1c ikke i sig selv er nok til at forudsige risikoen for diabetiske senkomplikationer (4). HbA1c og FBG bruges i øjeblikket i diagnostiseringen af og monitorering af T2DM.

I 11 års opfølgningen på "The Diabetes Intervention Study (DIS)" rapporterede Hanefeld et al (5) en 5-7 gange øget risiko for tidlig død hos T2DM i moderat til dårlig glykæmisk kontrol. Det mest interessante i dette studie var effekten af postprandiel blodglukose (PPG). Det blev vist, at den højere risiko for myocardi infarkt var associeret til PPG uden association til FBG (6).

### Diagnostisering af diabetisk nefropati

Forhøjet udskillelse af albumin i urinen (mikroalbuminuri) er det første tegn på diabetisk nyresygdom. Mikroalbuminuri karakteriseres ved en albuminudskillelse mellem 30-300 mg/dl i en 24 timers urinopsamling. Når albuminudskillelsen overskrider 300 mg/dl, er der tale om proteinuri og dermed nedsat nyrefunktion. Albuminudskillelsen påvirkes af kraftig fysisk aktivitet, hyperglykæmi, febertilstande, ukontrolleret hypertension og hjerte-karsygdom (7). Glomerular filtrationsrate (GFR) bruges derfor også i diagnostiseringen af diabetisk nefropati. Ydermere kan nogle patienter have nedsat GFR, selv med normal albuminudskillelse. GFR beregnes via en formel ud fra serum kreatinin, hvor man kontrollerer for køn, alder og race (8). De mest brugte formler er Cochrout og Gault (9) og "Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)" formelen (10)

### BMI og nyrefunktion

Fedme er en selvstændig risikofaktor for nyresvigt, uafhængigt af andre faktorer som alder, køn, etnisk herkomst, rygning, alkohol, diabetes, dyslipidæmi og hypertension. I en metaanalyse af Wang et al blev en sammenhæng mellem BMI og nyresvigt fundet (12). Det blev ydermere vist, at risikoen for nyresvigt stiger eksplosivt

med stigende BMI, således at et BMI på 25 svarer til en øget risiko på 40 pct., hvorimod et BMI på 30 svarer til en øget risiko på 80 pct.

### Energirestriktion

Vægttab forbedrer nyrefunktionen hos overvægtige diabetespatienter ved at nedsætte proteinudskillelsen med mellem 30-80 pct. (13,14). Samtidig nedsættes andre risikofaktorer såsom systolisk og diastolisk blodtryk, triglycerid, total kolesterol og HbA1c signifikant ved vægttab på kort sigt, uanset om dette vægttab er vedvarende på længere sigt (15).

### Protein og nyrefunktionen hos T2DM

Proteinrestriktion anbefales til T2DM med nedsat nyrefunktion. I en "position statement" fra "The American Diabetes Association (ADA)" 2008 anbefales T2DM et proteinindtag på mellem 15-20 E%, da dette ikke er forbundet med øget risiko for udviklingen af diabetisk nyresygdom. Det vides ikke, hvordan et proteinindtag >20 E% vil påvirke nyrefunktionen hos vægtstabile T2DM (16). Der er en rigdom af studier, der undersøger effekten af lavprotein-diæter (LPD) på nyrefunktionen hos patienter med nedsat nyrefunktion hos T1DM og ikke diabetiske patienter. I de fleste studier har man brugt en diæt med mellem 0,6-0,8 g protein/kg/dag. Varigheden af studierne strækker sig fra 1 til 44 måneder. Disse studier er meget forskellige i design og i rapportering af effektmål. Konklusionerne er meget forskellige, rangerende fra positiv effekt af LPD til negativ effekt med risiko for malnutrition. Det største studie til dato, MDRD, havde en interventionsperiode på op til 44 måneder. Der blev inkluderet 525 patienter (ikke diabetikere) med gennemsnitligt GFR på 25-55 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (A). Denne gruppe blev randomiseret til en diæt med enten 0,6 g protein/kg/dag eller en "normal" diæt (NPD) med 1,3 g protein/kg/dag. Yderligere 255 patienter med gennemsnitligt GFR på 13-24 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (B) blev randomiseret til en diæt med enten 0,3 g protein/kg/dag (+ tilskud af 0,3 g essentielle aminosyrer) eller en LPD med 0,6 g protein/kg/dag. I hovedstudiet var konklusionen

#### Nyresvigt opdeles i stadier med GFR som markør. Tabel 2 beskriver de forskellige stadier:

Stadier	Beskrivelse	GFR (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )
1	Nyresvigt med normal eller øget GFR	≥ 90
2	Nyresvigt med let nedsat GFR	60-89
3	Moderat nyresvigt med nedsat GFR	30-59
4	Svær nyresvigt med nedsat GFR	12-29
5	Slut-stadium nyresvigt (ESRD)	<15 (eller dialyse)

Kronisk nyresygdom defineres som nyresvigt eller GFR < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> i mere end tre måneder (11).

efter tre år, at der ikke fandtes en øget fordel af LPD, sammenlignet med NPD (17). I en efterfølgende sekundær analyse konkluderede man, at hos patienter med svær nyresygdom var der en fordel ved LPD, således at en opnået proteinrestriktion på 0,2 g/kg/dag svarede til en nedsat reduktion i GFR på 1,15 ml/min/år (29 pct.). Dette svarer teoretisk til en 41 pct. forlængelse af den tid, der går indtil nyresvigt og dialyse (10). Til dato er kun seks randomiserede, kontrollerede studier med over 12 måneders varighed udført med T2DM patienter som målgruppe. Som studierne ovenfor, er disse også meget forskelligartede i design og outcomes. Konklusionen på disse studier er, at der ikke er overbevisende evidens for fordelene ved en LPD i T2DM med let nedsat nyrefunktion. Ens for alle studier er, at der er manglede compliance til diæten, således er det opnåede proteinindtag mellem 0,6-1,0 g/kg/dag.

### Højprotein væggtabsdiæter

Da der ikke er overbevisende evidens for proteinrestriktion i behandling af let nyresygdom, er det nærliggende at se sig om efter andre metoder til forbedring af nyrefunktionen hos T2DM. Som tidligere nævnt, har væggtab en gunstig indvirkning på nyrefunktionen. I de senere år er væggtabsdiæter med et højere indhold af protein blevet populære, og studier har vist, at disse diæter giver øget mæthed, øget væggtab og øget tab af fedtmasse, samtidig med at muskelmassen bevares (18-21). Det er vigtigt at fremhæve, at disse diæter har en højere protein til kulhydrat ratio; men da der er tale om en energireduceret diæt, er det absolutte proteinindhold ikke højere end diæter i energibalance. En kombination af væggtab, bevarelse af muskelmassen, fald i

serum lipider og forbedret insulinsensitivitet indikerer nedsat risiko for kardiovaskulær sygdom samt forbedring af blodglukosekontrollen hos T2DM med nedsat nyrefunktion.

Der er imidlertid ingen studier, der rapporterer om langtidseffekten af en høj-protein væggtabsdiæt hos T2DM patienter med nedsat nyrefunktion.

### Afsluttende bemærkninger

Det har været utroligt lærerigt at have med patienterne at gøre, Australsk kultur ligner på mange måder den danske, dog er deres kostvaner væsentligt forskellige. Deres kost er præget af halvfabrikata, friture og store mængder sukker. Mine erfaringer med interventionen har været meget positive. Faktisk har de fleste fulgt diæten (kun 5 har øget vægten). Det gennemsnitlige væggtab er 8,9 kg i HPD og 8,3 kg i SPD, vi sigtede på ens væggtab. Rekruttering til studiet startede i januar 2008 med annoncering i de to hovedaviser i Adelaide. Ud over annoncering blev der sendt brev til alle Diabetes SA's (diabetesforeningen i Sydafrika) medlemmer i Adelaide. Vi sendte i løbet af 2008 og 2009 ca. 10.500 informationspakker ud, og 350 patienter blev screenet til studiet. Desværre viste kun 56 patienter sig at være egnede til studiet ifølge inklusionskriterierne. Efter frafald af forskellige årsager har 36 frivillige gennemført de 12 måneders intervention. I øjeblikket er jeg i gang med analyse af de mange resultater.

eva.peder@hotmail.com

Se referenceliste side 30.

## Protokol:

### Formål:

At undersøge, om en væggtabsdiæt højere i protein til kulhydrat ratio har en gunstig effekt på nyrefunktionen hos T2DM patienter med mikroalbuminuri og/eller let nedsat nyrefunktion.

Hypotese:

En høj-protein diæt vil, forudsat der opnås et væggtab, have en gunstig effekt på nyrefunktionen hos T2DM patienter med mikroalbuminuri og/eller let nedsat nyrefunktion.

### Primær effektmål:

- Nyrefunktion målt på estimeret GFR (MDRD), Isotope GFR, albumin udskillelsen (24h urin albumin)

### Sekundær effektmål:

- HbA1c, fastebloodsukker, postprandial bloodsukker, lipider, væggtab, kropssammensætning, compliance

### Diætdesign:

To diæter sammenlignes: en HPD vs en standard proteindiæt (SPD). Begge diæter er energireducerede med et energiindhold på 6 MJ. HPD er designet til at give 30-35 E% eller 90-120 g protein pr dag. SPD giver 15-20 E% eller 55-70 g pr dag. De to diæter er kun forskellige i protein til kulhydrat ratio, fedtindholdet er det samme. Compliance bliver målt gennem daglig kostregistrering ved hjælp af fortyrkt checkliste. Et Food Frequency Questionnaire (FFQ) bliver udfyldt ved baseline, 4, 8 og 12 måneder. Samtidig med FFQ vil opnået proteinindtag blive testet i en 24h urin urea opsamling. Patienterne ses hver 14. dag i klinikken til monitorering af vægt og for støtte til at opretholde compliance. Efter 4 måneder bliver besøgene månedlige. Biokemiske parametre måles ved baseline, 4, 8 og 12 måneder.

# 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 samt betalingservice
- 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®**

## FEPS-møde

**Innovationsdag om ældre og ernæring, 17.november 2010 i Nyborg**

Foreningen af Kliniske Diætister afholdt det årlige møde i Selskab for Ernæringsprofessionelle, FEPS, d. 17. november.

Årets emne var ældre og ernæring, og tanken med mødet var at undersøge, om der kunne skabes interesse for netværk eller partnerskab, der kunne arbejde videre med problemstillinger i forhold til emnet.

Både deltagere og udstillere fik en meget aktiv dag med god dialog på kryds og

tværs. Som basis for det videre arbejde fik vi gode informationer om, hvordan det vil se ud i fremtiden, og hvor udfordringerne ligger. Vi fik også nogle gode eksempler på løsninger, der har hjulpet særligt svage ældre til at opnå en bedre ernæringstilstand.

Faldgruberne er mange, må vi konstatere, og løsninger kan findes på mange måder. Det være sig særlige produkter i portionsanretning, metoder til at servere mellemmåltider, eller selve organiseringen af, hvordan man kan hjælpe ældre til at mod-

tage den nødvendige ernæring, hjemmeproduceret eller bragt.

I løbet af dagen var der mange muligheder for diskussioner og de blev flittigt benyttet.

Der vil nu blive samlet op på de mange gode idéer og meninger, og forhåbentlig vil det være muligt at fortsætte de gode tanker i fællesskab – herom vender vi tilbage på et senere tidspunkt.

REGIONERUNDT OM

## Udbyg dit netværk

### Region Syddanmark

Er du diætist eller PB i ernæring og sundhed og ansat i en kommune i Region Syddanmark, inviterer vi dig til at deltage i vores erfa-gruppe. Vi har hver gang spændende emner på programmet.

Vi mødes 2 gange årligt. Mødedatoer i 2011 er: 11.3.2011 og 7.10.2011. Så sæt allerede nu kryds i kalenderen og kontakt Helene Andresen [handre@aaabenraa.dk](mailto:handre@aaabenraa.dk) for yderligere oplysninger.

Diætisten opfordrer fortsat til at indsende indlæg om, hvad der foregår i din region. Gerne arrangementer, men også spændende projekter, udvikling inden for faget, interessant fagpolitik mm. Send en mail til redaktøren på [mortensen.ulla@gmail.com](mailto:mortensen.ulla@gmail.com)



# Sender du din patient trygt hjem?



Fax den grønne ordination til Mediq Danmark og vores diætister fortsætter dit arbejde

## Vi har alt inden for sondeernæring og ernæringsdrikke

- Vi løser ernæringsproblemer, samt giver råd og vejledning til din patient i eget hjem og på plejecentre. Vi hjælper f.eks. ved problemer med vægttab, diarré, forstoppelse mm.
- Husk du altid kan få tilsendt vareprøver på berigelsesprodukter samt ernæringsdrikke til dine patienter.

### Brug Mediq Danmarks diætister

Tlf. 3637 9130 - Fax 3672 8322 - E-mail: [ernaering@mediqdanmark.dk](mailto:ernaering@mediqdanmark.dk)

Få mere viden om produkter på vores hjemmeside  
[www.mediqdanmark.dk](http://www.mediqdanmark.dk).

Her kan du også tilmelde dig vores nyhedsmail.

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

... når viden er vigtig

# Næringarradgjafi i Nordatlanten. Erfaringer fra Grønland, Island og Norge

Ulla Uhrskov har haft Grønland, Island og Norge som arbejdsplads i over 20 år og fået mange erfaringer om livet som diætist i de tre lande. Det fortæller hun om i artiklen, men kommer også ind på de mange ekstraopgaver, hun har haft; fx opbygningen af en levnedsmiddeluddannelse og etableringen af et ernæringsråd i Grønland, kombinationsstillingen som diætist og hotelreceptionist på Island, og ikke mindst værdien af et tæt og velfungerende fagligt netværk i det nordlige Norge – med 850 km til nærmeste kollega! Artiklen giver et billede af, at man som "udsendt" diætist ikke blot beskæftiger sig med den videnskabeligt dokumenterede, rette ernæring, men også må tage stilling til spørgsmål omkring tradition, kultur, sprog, uddannelse, forbrug, kommercialisering og geografiske afstande.

Ulla Uhrskov



## Grønland

Efter at have arbejdet et par år som økonoma i Danmark i 1980'erne, tænkte jeg, at der måtte ske noget nyt. Samtidig blev der i de grønlandske aviser annonceret efter en faglærer til den nye lokale erhversuddannelse "STI" i Grønland. Jeg blev inspireret og søgte til Narsaq, hvor den nye levnedsmiddelbrancheskole var i gang med at blive bygget. Jeg fik stillingen og flyttede til Sydgrønland i april 1988.

Vi skulle i gang med at opbygge et helt nyt decentralt uddannelsessystem, hvor læreplanerne allerede var på plads, men undervisningsmaterialer var derimod få og på ingen måde tilpasset grønlandske forhold. Udover at undervise for fem forskellige brancher (levnedsmiddel, handel og kontor, jern og metal, bygge og anlæg og fiskeindustri) skulle faglærerne også etablere kontakt til arbejdspladser og være praktikvejledere.

Det var en spændende og udfordrende tid, der også gav os mulighed for at se store dele af Grønland. Grønlands Hjemmestyre arrangerede i den forbindelse en del kurser, hvor vi havde mulighed for at mødes med kolleger fra hele landet.



Uddannelsesniveaueet i Grønland er lavt, sammenlignet med Danmark. Der er folkeskoler i alle byer, mens bygderne kun har folkeskole til de mindste klasser. Grønland har desuden fire gymnasier, men det eneste universitet (sprog, teologi og administration) findes i Nuuk. Der er stor boligmangel som betyder, at de unge ofte må vente, til de er over 30 år, før de kan leje deres egen bolig. At bo hos sine forældre eller bedsteforældre med kæreste og børn er ikke de bedste forudsætninger for at kunne gennemføre en uddannelse.

Jeg rejste til Grønland for en periode på 2 år, men de mange spændende faglige udfordringer, de utroligt venlige, positive og åbne grønlandske kolleger/elever og venner og det smukke land gjorde, at det blev til 15 år. Midt i perioden rejste jeg til Danmark for at blive klinisk diætist, og efter endt studie rejste jeg "hjem" til Nuuk.

Nuuk har mange ernæringsfaglige fordele med Dronnings Ingrid's Hospital, Sygeplejeskolen og Sundhedsdirektoratets placering i byen. Jeg underviste på sygeplejeskolen som timelærer ved siden af mit sædvanlige faglærerjob, og det var super inspirerende at undervise på et højere fagligt niveau. Jeg underviste også på en



del efteruddannelseskurser på sygeplejeskolen, bl.a. et kursus for sundhedsplejersker. Dette kursus afslørede et stort behov for ernæringsvejledning til gravide og små børn, så det næste halve år af min fritid gik derfor med at udarbejde en flot, dobbeltsproget bog, der fik titlen "Mad til små børn 0-3 år samt gravide og ammende". Bogen anvendes stadig, og den udleveres gratis fra Grønlands Ernæringsråd, som jeg var med til at etablere i 1996 sammen med 5 andre ernæringsinteresserede (Tine Pars, cand. scient. og PhD, Gert Mulvad, læge, Britta Lohmann, cand. brom. , Mariane Petersen, Grønlands Nationalmuseum og en super motiverende Forskningskoordinator, Mogens Holm fra Sundhedsdirektoratet Grønlands Hjemmestyre).

Jeg blev formand for Ernæringsrådet i 1999 og frem til år 2002, hvor jeg flyttede til Island. Ernæringsrådet arbejdede i starten med den meget vanskelige sag om kontaminering af grønlandske fødevarer med pesticider og tungmetaller. Her rejstes problemerne: Hvad er eksakt viden, hvilke kostråd må der gives, og hvordan gives disse kostråd på en fornuftig måde? Det må ikke glemmes, at grønlandsk mad er en stor identitetsmarkør og har stærk kulturel og symbolsk betydning. Af andre initiativer kan nævnes, at der blev arbejdet med opdatering af en fødevarerlabel for grønlandske madvarer. Med tiden er Ernæringsrådet blevet en del af Paarisa-Forebyggelsesrådet under Sundhedsdirektoratet.

Grønland er et utrolig stort land med en beskednen infrastruktur, som betyder, at man må flyve eller sejle fra by til by. Man skal kunne underholde sig selv på det sted, man bor, for at kunne trives. I vintertiden er der mulighed for langrend, slalom, hundeslæde og snescooter, og om sommeren er det nødvendigt med en båd for at komme lidt væk fra byen og ud i naturen på fjeldture, fiskeri og jagt.

Ved ansættelse i Grønland er man oftest sikret lejebolig til rimelige priser, ligesom tilflytnings- og fraflytningsomkostninger dækkes

ved min. 3 års ansættelseskontrakt. Sommerferiebillet for hele familien hvert andet år. Der er et lavere lønniveau end i Danmark, mens mad og drikke er væsentlig dyrere end i Danmark, og udbuddet kan være noget begrænset, især indenfor frugt, grønt og helseprodukter. Næsten alt bliver importeret fra Danmark, Island eller Canada, men Grønland har dog en hjemmeproduktion af fisk, lam, rensdyr, sæl, hval, havfugle og rejer.

### Island

På Grønland mødte jeg min islandske mand, og efter 15 år flyttede vi til Island. Jeg var blevet forsikret om, at det ikke var noget problem for mig som dansker at lære islandsk og få et godt arbejde. Jeg ønskede at lære sproget, da det ud fra min grønlandske erfaring er et handicap ikke at kunne sproget i det land, som man bor i. Derfor deltog jeg i et sommerkursus i Islandsk sprog og kultur, arrangeret af Nordens hus i Reykjavik, og det var en super introduktion til landet. Herefter startede jeg på Háskola Island (Universitet) på Bachelorstudiet "Islandsk sprog og litteratur". Og det var ikke "en dans på roser"! Jeg er ellers meget "skolemindet", men det var et kæmpe arbejde og meget svært. Islandsk sprog har meget grammatik, og det kan måske sammenlignes lidt med tysk grammatik. Litteraturdelen var meget spændende, så jeg har læst sagaer og bøger af Halldor Laxness, Gunnar Gunnarson og rigtig mange nutidige forfattere. Der læses meget i Island og udgives rigtig mange titler om året.

Island er 2 ½ gange større end Danmark, har ca. 375.000 indbyggere, hvor omkring 75 pct. bor i Reykjavik-området. Alle lærer dansk i skolen, men ingen bruger det i praksis, og de fleste har vældig svært ved at tale dansk. De fleste taler engelsk. Min erfaring er, at det ikke er muligt at arbejde fagligt i Island uden at kunne islandsk. Mens jeg læste islandsk på universitet, arbejdede jeg på deltid i køkkenet på Landshospitalet i Reykjavik. Her fik jeg øvet mig lidt i islandsk, selvom de fleste i køkkenet var fra mange forskellige lande og derfor ofte talte engelsk med hinan-

den. Generelt kan det siges, at køkkenet er en stor fabrik, som leverer mad til mange andre institutioner i byen. Det faglige uddannelsesniveau i køkkenet er lavt, der er ansat kokke i fuld-kostafdelingen, og økonomaer arbejder kun administrativt. Det islandske helsedirektorat godkendte heldigvis min danske uddannelse, som i Island har betegnelsen "Næringarradgjafi" – ernæringsrådgiver. En mastergrad i ernæring betegnes "Næringarfrædingur" - ernæringsakademiker/forsker. På landshospitalets ernæringsenhed arbejder der flere næringarfrædingur, og de fleste har en bacheloruddannelse i ernæring fra Islands Universitet og har derefter været i udlandet, fx Sverige, Norge, USA eller Tyskland for at tage en mastergrad. I køkkenet er der ansat én næringarfrædingur, som udarbejder diætplaner, opskrifter m.m.

Efter jeg blev uddannet som bachelor i Islandsk sprog og litteratur, fik jeg arbejde i den Blå Lagunes Klinik, hvor der behandles patienter med hudproblemer, specielt psoriasis. Her arbejdede jeg som klinisk diætist, men primært som leder af klinikens personale, indkvartering af patienter og hotelgæster i øvrigt. Den Blå Lagunes Klinik er en perle, som fik den islandske arkitekturpris 2007. Klinikken er placeret ca. 500 meter fra "turist"-lagunen og har sin egen private lagune og meget smukke omgivelser. Det er muligt at bo på klinikken som almindelig hotelgæst.

Island har meget at byde på, og det er nemt at komme omkring i landet med bil. Den islandske natur er helt forskellig fra alt andet, jeg har set; barsk, smuk og frodig, og så er der endendørs svømmebassiner i hver en lille by. I Island er der få lejeboliger, så man må købe sig en bolig, og man må have bil, da det offentlige transportsystem er meget begrænset.

Islændinge er et stolt folk med hårdtarbejdende, højtuddannede og progressive igangsættere, men de er også meget materialistiske, så statussymboler er vigtige. Man klæder sig flot, går tit til frisør, og rejser ofte til udlandet. Arbejdsgiverne har stort råderum, og fagforeningerne er ikke særligt stærke. Mange islændinge har videreuddannet sig i Danmark og har et stort hjerte for Danmark.

## Norge

I efteråret 2008, da den økonomiske krise rullede afsted, blev min mand headhuntet til Norge. Derfor bor vi nu i verdens nordligste by, Hammerfest. Det er som at komme tilbage til Grønland, rent naturmæssigt. Her er samerne, som er det oprindelige folk. Det er muligt at tale dansk, og alle forstår, hvad man siger. Det norske skriftsprog er meget lig det danske, og folk i Finnmark er meget jordnære, venlige og nemme at arbejde sammen med, så man føler sig velkommen.

Jeg arbejder i en nyoprettet stilling som klinisk diætist på sygehuset i Hammerfest, som er en del af Helse Finnmark (73.000 indbyggere). Min nærmeste kollega er fra Sverige, og hun arbejder på sygehuset i Kirkenes, 850 km væk.

Den norske ernæringsuddannelse består af en bachelor i ernæring (rettet mod folkehelse) og herefter en mastergrad i klinisk ernæring, som er forskningsrettet og kvalificerer til titlen som autoriseret Klinisk ernæringsfysiolog. Det er ikke muligt for danske eller svenske kliniske diætister at få norsk autorisation, da vores uddannelse ikke er på mastergradsniveau. Den norske forening for kliniske ernæringsfysiologer, KEFF, arbejder hårdt imod at udenlandsk uddannede kliniske diætister ansættes i klinisk ernæringsfysiologstillinger. Foreningen mener, at vi skal ansættes i vikariater. Jeg har dog været heldig med, at ledelsen på Hammerfest sygehus har ansat mig i en fast stilling.

Her i Helse Nord har kliniske ernæringsfysiologer og vi kliniske diætister et fagligt netværk, hvor vi mødes på telemedisin (videomøder) en gang om måneden. Her er der foredrag, debatter og erfaringsudveksling. To gange om året mødes vi så rent fysisk. Netværket er utroligt vigtigt, rent fagligt, og særligt her nordpå, hvor vi arbejder alene eller med få kollegaer. Jeg er utrolig glad for at være kommet tilbage til mit fag 100 procent igen, og min arbejdsdag har jeg selv stor indflydelse på at tilrettelægge. Jeg underviser på patientskole, deltager i diabetesteam, adipositas-team, holder kurser om ernæring for de øvrige personalegrupper på sygehuset, plejehjem, rehabiliteringshjem, sygeplejeskolen m.m., og deltager på et forskningsprojekt, "aktivitetsskolen", for overvægtige børn og deres forældre. Desuden har jeg individuel patientvejledning på sygehuset, og en gang om måneden arbejder jeg på Helse Finnmarks klinik i Alta, 150 km herfra.

Jeg sætter pris på, at man som udlandsdanser har mulighed for at være medlem i Foreningen af Kliniske Diætister, for det giver mulighed for faglig opdatering. Det er nemlig ikke muligt for mig at være medlem af og få faglige opdatering via Foreningen af Kliniske Ernæringsfysiologer, KEFF, her i Norge.

ulla.uhrskov@helse-finnmark.no

## 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 2010-2011 er:**

Formand: Ginny Rhodes (Region Hovedstaden)  
Næstformand: Mette Pedersen (Region Hovedstaden)  
Kasserer: Helle Ronneby (Region Hovedstaden)

### **Den øvrige bestyrelse:**

Dorthe Wiuf Nielsen (Region Hovedstaden)  
Stine Krum (Region Syddanmark)  
Sofie Wendelboe (Region Sjælland)  
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 Anne Marie Beck for arbejdsindsats i bestyrelsen gennem de seneste fire år.

Vi glæder os til at tage fat på et nyt bestyrelsesår for FaKD, hvor det kommende folketingsvalg ikke kan undgå at præge dagsorden. Samtidig ønsker vi at sætte øget fokus på optag af nye medlemmer, nu hvor vedtægterne åbner op for muligheden.

Bestyrelsen

### **Referencer fra artikel "At rejse er at leve" - side 21**

1. Rossing, P. Diabetic nephropathy: worldwide epidemic and effects of current treatment on natural history. *Curr Diab Rep*, 2006. 6(6): p. 479-83.
2. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 1993. 329(14): p. 977-86.
3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 1998. 352(9131): p. 837-53.
4. DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med*, 2001. 161(3): p. 397-405.
5. Hanefeld, M. et al. Risk factors for myocardial infarction and death in newly detected NIDDM: the Diabetes Intervention Study, 11-year follow-up. *Diabetologia*, 1996. 39(12): p. 1577-83.
6. Monnier, L. and Colette, C. Contributions of fasting and postprandial glucose to hemoglobin A1c. *Endocr Pract*, 2006. 12 Suppl 1: p. 42-6.
7. Gross, M.L., Dikow, R and E, Ritz. Diabetic nephropathy: recent insights into the pathophysiology and the progression of diabetic nephropathy. *Kidney Int Suppl*, 2005(94): p. S50-3.
8. KDOQI, KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification National kidney foundation, 2002.
9. Cockcroft, D.W. and Gault, M.H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron Clin Pract*, 1976. 16(1): p. 31-41.
10. Levey, A.S., et al. Effects of dietary protein restriction on the progression of advanced renal disease in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Am J Kidney Dis*, 1996. 27(5): p. 652-63.
11. Initiative, N.K.-T.N.K.F.K.D.O.Q., KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification [http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/p4\\_class\\_g1.htm](http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p4_class_g1.htm), 2000.
12. Wang, Y., et al. Association between obesity and kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Int*, 2008. 73(1): p. 19-33.
13. Praga, M., et al. Effects of body-weight loss and captopril treatment on proteinuria associated with obesity. *Nephron Clin Pract*, 1995. 70(1): p. 35-41.
14. Morales, E., et al. Beneficial effects of weight loss in overweight patients with chronic proteinuric nephropathies. *Am J Kidney Dis*, 2003. 41(2): p. 319-27.
15. Saiki, A., et al. Effect of weight loss using formula diet on renal function in obese patients with diabetic nephropathy. *Int J Obes*, 2005. 29(9): p. 1115-20.
16. Bantle, J.P., et al. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 2008. 31 Suppl 1: p. S61-78.
17. Klahr, S., et al. The effects of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. *Modification of Diet in Renal Disease Study Group. N Engl J Med*, 1994. 330(13): p. 877-84.
18. Westerterp-Plantenga, MS, et al. Dietary protein, metabolism, and body-weight regulation: Dose--response effects. *Int J Obes*, 2006. 30: p. S16-23.
19. AV, A. Carbohydrates as macronutrients in relation to protein and fat for body weight control. *Int J Obes*, 2006. 30: p. S4-9.
20. Astrup, A. Carbohydrates as macronutrients in relation to protein and fat for body weight control. *Int J Obes*, 2006. 30: p. S4-9.
21. Blaak, EE. Prevention and treatment of obesity and related complications: a role for protein? *Int J Obes*, 2006. 30: p. S24-27.

# Møde- og kongreskalender 2011

## 14. januar 2011:

Årsmøde for kliniske diætister. Program følger.

## 18. januar 2011:

Møde for kliniske diætister som bekræfter sig med diætbehandling af gravide diabetikere. Kl. 10-15. Odense Universitetshospital. Fremsendelse af dagsorden/ tilmelding ved henvendelse på e-mail  
carina.ljungberg@ouh.regionsyddanmark.dk



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

**Nordisk Dietistförening**

## 11. Nordiske Diætistdage 15.-17. juni 2011 i Helsingfors, Finland

De Nordiske Diætistdage afholdes normalt hvert andet år. De næste Nordiske Diætistdage afholdes i Helsingfors. Dette er en fantastisk mulighed for at møde dine nordiske kollegaer for at dele og diskutere forskning, viden og professionelle erfaringer omkring ernæring.

Uddrag fra programmet:

- Ernæring og fedmekirurgi
- FAD diæter
- Nutrigenomics
- Probiotika
- Klinisk pædiatrisk ernæring
- Orale præsentationer omkring forsknings- og udviklingsprojekter samt case reports
- Studiebesøg

Mere information kan findes på [www.dietisterinorden.org](http://www.dietisterinorden.org)

Vi ses i Helsingfors d. 15. -17. juni 2011!

Helsingfors er den smukke hovedstad i Finland og verdens designhovedstad, år 2012!

På vegne af den Nordiske Diætistforening  
Berit Haglund og Anneli Ollus  
Finland

### BESTYRELSESUDVALG

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

**Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic Association:** Sekretær Helle Skandorff Vestergård

I februarbladet sættes der fokus på hjerterehabilitering

# Pepticate – unik og velsmagende vallebaseret eHF

– et **nyt** sikkert værktøj til behandling af komælksallergi

Nyhed!



For yderligere information om Pepticate kan du kontakte vores kundeservice på 7021 0709 eller se [www.nutricia.dk](http://www.nutricia.dk)

 **NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition