

Diabeteskost – balance på en knivsæg eller en brik i puslespillet

I diskussionen om mad som ernæring eller genstand for nydelse, er diabetesbehandling et tydeligt eksempel på forskellige opfattelser hos patient og behandler.

Diabetesbehandling inkluderer, udover insulin- og/eller anden medicinsk terapi, et krav til patienten om væsentlig opmærksomhed på kost. Mad og måltider har samtidig en yderst central placering, både psykisk og i sociale sammenhænge. Kosten er således både omdrejningspunkt klinisk i behandlingen af diabetes, samt psykologisk og socialt, som en del af patientens identitet og sociale liv.

Ann Sophie Hansen



Nutidens diabetespatient har fået mere ansvar for sin sygdom, men har også, i kraft af den øgede medicinteknologiske udvikling, fået større behandlingsmæssig fleksibilitet i forhold til livsstilen.

Denne udvikling var baggrunden for projektet: "Diabeteskost - forskellen på at være en knivsæg eller en brik i puslespillet". Projektets udgangspunkt var,

at hvis patienten skal have mulighed for at udnytte fleksibiliteten, kræves der dels en evne, viden og vilje hos patienten, samt redskaber til at gøre brug af fleksibiliteten, men omvendt også behandlerens respekt for og accept af patientens værdier og holdninger.

Projektet

Formålet med projektet var at afdække parametre af betydning for valg af kost i diabetikerens selvregulering, for at forstå diskrepansen mellem diabetikerens og behandlerens opfattelse af selvregulering. Dette er i projektet afgrænset til at omhandle diabetikerens kostvaner. Kort sagt:

"Diabetikerens knivskarpe æg og grundlæggende paradoks: Du kan leve af at spise, og du kan dø – du bestemmer selv"

Derudover havde projektet til formål at udforske, hvorvidt det glykæmiske index (GI) kan bruges i vejledningen, for at give patienten mere frihed i forhold til valget af fødevarer.

Baggrund for projektet

Projektet om opfattelsen af diabetesmad skyldtes dels en personlig og dels en faglig interesse. Som diabetiker gennem 12 år på daværende tidspunkt, og som madelsker, livsnyder og studerende klinisk diætist var det oplagt for mig at udforske og afdække de forskellige opfattelser af kosten for patient hhv. behandler. At koble nydelsen ved lækker mad med diætetiske principper og samtidig vise, at glykæmisk indeks kan bruges konstruktivt i sammenhæng med gældende anbefalinger, faldt i så god tråd med det Meyerske maddogme, at det lå lige for at finde ud af et samarbejde.

Et bachelorprojekt var født, og resultaterne kan forhåbentlig være til inspiration for andre diætisters arbejde med diabetespatienter eller andre patienter med kroniske sygdomme.

Metode

I efteråret 2009 rekrutteredes 5 patienter på Steno Diabetes Center (SDC). Inklusionskriterierne var:

- Diabetiker – DMT1
- Taler og forstår dagligdags dansk
- Villig til at gennemføre både interviewsession og madlavning

Ved samtidig kontrol på SDC blev patienter, som opfyldte inklusionskriterierne, opfordret til at indgå i projektet.

Patienterne blev interviewet om emnerne: "At leve med kronisk sygdom", "diabetes diætprincipper i teori og praksis" og "kulhydrattælling & glykæmisk Indeks".

Anden del af projektet foregik i Meyers Madhus. Her blev en menu beregnet og sammensat ud fra de gældende diabetesdiætprincipper og med hensyntagen til GI. Gennem projektet udvikledes idéen om et reelt madlavningskursus for diabetes type 1 diabetikere i Meyers regi, som blev afprøvet på de interviewede.

GI og anvendelse

GI er en måde at indeksere kulhydratholdige fødevarer ud fra hastigheden af kulhydratets påvirkning på blodsukker. GI udregnes som stigningen i blodglukosekoncentrationen efter et måltid



indeholdende typisk 50 g kulhydrat, i forhold til stigning i blodglukosekoncentration efter indtag af 50 g ren glukose, eller hvidt brød, ganget med 100 pct. Det er dog forskellige resultater, der fremkommer ved brug af hhv. glukose og hvidt brød, og anvendes hvidt brød, vil GI for den undersøgte fødevarer være 1,4 gange højere end ved ren glukose.

Resultater

Af behandlere opfattes kosten som et af de grundlæggende tre "ben" – medicin, motion og kost – i behandlingen af diabetes. Som det ses af fig. 1, er kosten også central for patienten, men den fungerer i højere grad som en "brik i puslespillet". Således er key-points; "kontrol", "frihed", "netværk" og "viden". Disse fire aspekter er indbyrdes påvirkelige og har derudover forskellig betydning for patientens livskvalitet, alt efter patientens alder og sygdomslængde. Har patienten haft debut efter indførsel af den fleksible flergangs insulin-terapi, opleves ansvaret for at selvregulere positivt, og følelsen af kontrol og frihed, samt behovet for viden og støtte fra netværket, er centrale i selvreguleringen. Har patienten derimod haft debut under anvendelse af den mere strikse insulin-terapi, opleves dette ansvar i højere grad som en byrde. Følelsen af kontrol og frihed kolliderer med skyldfølelsen over at træde "udenfor rammen" i forhold til kostanbefalingerne, og patienterne bruger i mindre grad netværket som støtte og ressource.

Fig. 1. Parametre for kostens betydning i patientens selvregulering. Analytisk model.



Fig. 2 er et eksempel på en menu, hvor enkelte ingredienser i almindelige opskrifter er udskiftet med Low GI ingredienser. Her er anvendelse af GI, fokus på mængden af kulhydrat og hensyn til diætprincipperne taget i betragtning. Denne menu blev anvendt i praksis under madlavningskurset hos Meyers, til stor forundring og inspiration for patienterne.

Fig. 2. Lav Glykæmisk indeks, menu (LGI)



Livskvalitet for den kroniske patient - at øge patientens livskvalitet

Indenfor den medicinske verden taler man om livskvalitet som effektmål (1,2), og undersøgelserne anvender generelle eller sygdomsspecifikke målemetoder (3), der som oftest udgøres af spørgeskemaer, enten enkeltstående eller suppleret med standardiserede interviews. De er således kvantificerbare. Af dette formodes, at evidensen hermed er valid – i fald de undersøgte individers værdier stemmer overens med forskerens.

Det stærkt subjektive livskvalitetsbegreb har det iboende problem, at det kan være svært at kvantificere og hermed undersøge validt som noget generelt hos en given gruppe. Samtidig implicerer det dynamiske bio-psyko-sociale perspektiv på sygdom med dets respekt for individualiteten jo netop, at man ikke kan generalisere

begrebet (4). Begge aspekter – den objektive og subjektive side af livskvalitet – er relevante, da vi som behandlere har en patologisk og diætetisk viden om sygdommens progression, kliniske mål for behandlingen osv., som udgør den helbredsorienterede del af livskvalitet. Samtidig er ovenstående et argument for at patientcentrere vejledningen, så graden af livskvalitet udelukkende bliver et spørgsmål om patientens egen opfattelse heraf. For at lægge patienten "fri" for åget af foruddefineret livskvalitet, må denne følgelig overtage ansvaret for at definere sit eget mål og udforske, hvordan dette bedst opnås. Det er hermed klart, at det ikke kun er øget viden og uddannelse om den pågældende sygdom, der giver øget livskvalitet.

Når man lægger ansvaret over på patienten, medfører det en risiko for at moralisere, i fald patienten ikke lever op til anbefalingerne. Det handler derfor om at integrere behandlerens viden, patientens mål og patientens ressourcer til at opnå disse mål. Undersøgelser viser, at især viden om diabetes og følelsen af kontrol over sygdommen har en positiv indflydelse på sundhedsadfærd og livskvalitet (5,6). Til gengæld viser samme undersøgelser også, at lige præcis kostaspektet har en negativ indflydelse, på trods af den umiddelbare resonans, at glykæmisk kontrol, overholdelse af behandlingen og mindre risiko for senkomplikationer medfører bedre livskvalitet (5). Denne diskrepans falder i tråd med, at det for de interviewede respondenter netop ikke er selve det at overholde en bestemt kostanbefaling, men i højere grad at sætte sine egne rammer for kostanbefaling, der medfører følelsen af kontrol, frihed og altså livskvalitet. Dette på trods af respondenternes egen viden om, at de selvbestemte rammer i nogle tilfælde er diætetisk uhensigtsmæssige.

Her kan det være på sin plads at sætte spørgsmål ved, hvor langt grænsen for tilladelig selvregulering går for behandlerens system. Kan vi tillade os at gå så meget på kompromis med den patologiske og diætetiske viden, at det i enkelte tilfælde er direkte uhensigtsmæssigt for de kliniske mål, for at tage hensyn til det psykosociale mål – livskvalitet? Spørgsmålet besvares vel mest oplagt med et nej. Hensyntagen til begge mål kræver i givet fald en individuelt tilpasset og accepterende vejledning, så der rent faktisk kan skabes nogle muligheder for, at patienten sætter sine egne rammer ud fra diætoprincipperne.

GI som redskab

Som det beskrives i teorien om GI, er det, på trods af adskillige forsøg på at beregne GI for diverse fødevarer og sammensatte måltider, mere eller mindre afhængigt af individuelle forskelle, både for fødevarer og konsumenten. Det er desuden bemærkelsesværdigt, at der forekommer en del udregning ved brug af GI.

På den anden side viser adskillige studier og metastudier, at en kost med LGI-fødevarer medvirker til at sænke HbA1c, postprandielt blodsukker, samt kolesterol og FFA og til gengæld øge HDL (7, 8, 9, o.a.).

Udover den rent kliniske gevinst viser studier, at vejledning i brug af GI kan medvirke til en følelse af større valgfrihed hos patienten mht. fødevarer (6,10). Dette kunne være medvirkende til at undgå de psykiske "senkomplikationer" og fremme patientens livskvalitet (11, 12, 13). Vigtigst er måske det faktum, at ingen undersøgelser viser signifikant negative resultater ved at følge en LGI kost, men at brug af GI sammen med fokus på mængden af kulhydrat kumulerer den positive effekt på især blodsukker og HbA1c (14). Anvendelse af GI i praksis for diabetespatienter implicerer således, at hensynet til kulhydratmængden fastholdes ifølge de vejledende diætoprincipper, men at der fokuseres på kvaliteten. Det betyder, at der ikke findes "rigtige og forkerte" fødevarer, men derimod, at patienten formår at vælge fødevarer, afhængigt af situationen de indtages i, og i forhold til det interpersonelle GI. De to metoder skal derfor ikke opfattes modstridende, men supplementære, og hjælpe patienten til bedre at kunne navigere i udbuddet af fødevarer.

Konklusion

Kost vægtes højere af behandleren end af patienterne, der dog vægter det højt i selvreguleringen. Der ses generelt en fornuftig viden om diætoprincipperne, men alligevel ses de fire centrale parametre: netværkets tillid, viden, kontrol og behovet for frihed som betydningsfulde for diabetikerens kostvalg. Følelsen af livskvalitet ligger netop i spændingsfeltet mellem patientens "ramme" og diætoprincippernes "ramme" for kostvalg. GI kan anvendes til at undervise den motiverede patient i at øge evnen til at sætte sin egen "ramme", som er så diætetisk hensigtsmæssig som mulig. I vejledningen er der dog behov for anerkendt vejledningsmateriale om teorien, samt inkorporering af denne i eksisterende vejledningsforløb som fx kulhydrattælling, som kan skabe en referenceramme for patienten uden at blive for kompleks.

Madlavningskurset hos Meyers er på nuværende tidspunkt i venterposition til at blive iværksat som et reelt tilbud til type 1 diabetikere, der er interesserede i en anderledes måde at få undervisning i diabetesmad, ikke –diæt.

annsophie@kostconsult.dk

Abstract

Title: "Diabetes Diet - the difference to be a knives edge or a piece of the puzzle"

Problem area and objective: "The postmodern diabetes patient" has partly been deliberate more responsibility for his illness, but has also got a better chance to make treatment flexibility. The purpose of this project is to identify the parameters affecting the choice of diet in diabetics' self-regulation to understand the discrepancy between the diabetics and the therapist's perception of diabetes diet. In addition, to explore the possibilities of implementing the theory of glycemic index in the existing recommendations, to achieve or improve the ability to achieve a good glycemic control, with regard to patient quality of life based on the parameters:

Which parameter determines the patient's dietary choices in self-regulation of type 1 diabetes, and how does it have an impact on patient quality of life?

How is it possible with regard to the above, to implement the theory of glycemic index diet in these choices, in the guidance of the patient?

Method: The project's results are based on analysis of 5 semi-structured qualitative interviews of type 1 diabetes patients. In addition the literature in the field range between clinical and psychosocial aspects and endpoints are studied. An analytical model is finally developed, as is an example of guidance material.

Analysis and Conclusion: Nutrition is weighted less in the treatment of the patient than the therapist, but is largely used in self-regulation. Generally, all respondents have a reasonable knowledge of dietary principles, but in spite of this knowledge determines the implementation of the high degree of trust network, the need for freedom, knowledge and control, which is therefore 4 key determinant parameters for diabetics diet choices of self-regulation. The parameters are interdependent and dynamic in a time perspective which is reflected in the different impact on patient quality of life. The feeling of life lies precisely in the differential field between patient "framework" and official recommendations' "framework" for dietary choices. Glycemic index can be used to teach the motivated patient to increase the ability to put its own "frame" that is as dietetic appropriate as possible. The instructions are needed, however, recognized guidance material on the theory and the incorporation of theory into existing courses as the guidance in carbohydrate counting, which can create a frame of reference for the patient, without being too complex. Annex 20 is a proposal for use of GI as a basis for showing the carbohydrate quality.

Referencer

1. Pedersen AF, Zachariae R og Mainz J. Livskvalitet som sundhedsfagligt effektmål, Ugeskr Læger 2005, 167/48:4545-4549.
2. Forchhammer BH. Livskvalitet på recept, I: Ploug Hansen H og Ramhøj P. Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom, 1997, Akademisk Forlag, København
3. Speight J, Reaney MD, Barnard KD. Not all roads lead to Rome – a review of quality of life measurement in adults with diabetes, I: Diabetic Medicine, Journal compilation 2009, Diabetes UK, 26:315–327.
4. Zachariae B. Evnen til selvregulering: Sundhed I bio-psyko-socialt perspektiv, I: Ploug Hansen H og Ramhøj P. Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom, 1997 Akademisk Forlag, København
5. Watkins KW, Connel CM, Fitzgerald JT, Klem L, Hickey T, Ingersoll-Dayton B. Effect of Adults' Self-Regulation of Diabetes on Quality of Life Outcomes, I: Diab Care, 2000, 23/10:1511-1515.
6. Thorne SE, Thernulf Nyhlin K, Paterson BL. Attitudes toward patient expertise in chronic illness I: International Journal of Nursing Studies 2000, 37/4:303-311.
7. Thomas D, og Elliott EJ. Low glycaemic index, or low glycaemic load, diets for diabetes mellitus (Review), 2009:3, The Cochrane Library
8. Buyken AE, Toeller M, Heitkamp G, Karamanos B, Rottiers R, Muggeo M. et al., Glycemic index in the diet of European outpatients with type 1 diabetes: relations to glycated hemoglobin and serum lipids, I: Am J Clin Nutr 2001 71:574-581.
9. Brand-Miller J, Hayne S, Petocz P, Colagiuri S, Low-Glycemic Index Diets in the Management of Diabetes, I: Diab Care, 2003 26:2261–2267.
10. Vuksan V. Glycemic Index in the Treatment of Diabetes: The Debate Continues, I: J Am College of Nutrition, 2004 23/1:1–4, American College of Nutrition
11. Gilbertson HR, Brand-Miller JC, Thorburn AW, Evans S, Chondros P, Werther GA. The effect of Flexible Low Glycemic Index Dietary Advice Versus Measured Carbohydrate Exchange Diet on Glycemic Control in Children With Type 1 Diabetes, I: Diab Care 2001 24/7:1137-1143.
12. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes, I: Diab Care 2001 24:1069-1078, ADA
13. Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life, I: Diabetes Spectrum 2001 14/1:33-41.
14. Sheard NF, Clark NG, Brand-Miller JC, Franz MJ, Pi-Sunyer FX, Mayer-Davis E. et al., Dietary Carbohydrate (Amount and Type) in the Prevention and Management of Diabetes, I: Diab Care 2004 27/9:2266-2271, ADA