

Ernæring er også medisin – og det må læres

Mye av sykkeligheten og dødeligheten i Norge kan relateres til mangelfull ernæring eller feilernæring. Sykdom må forebygges gjennom riktig kosthold, og moderne behandling må sørge for at pasientene ernæres riktig. Ved Universitetet i Oslo utdannes kliniske ernæringsfysiologer. Disse har spesialkompetanse i å ta seg av ernæringsrelaterte problemer. Det er et misforhold mellom utdanningskapasitet/antall stillinger og et voksende behov for ernæringsfysiologenes tjenester innen både institusjonshelsevesenet og i primærhelsetjenesten. Det må oppmuntres til økt integrering av kliniske ernæringsfysiologer i det tverrfaglige pasientrettede arbeid.

Sykdom kan prinsipielt takles på tre måter – unnlate å behandle, utføre kirurgi eller gi medisiner. Uansett hvilket alternativ man velger, omfatter moderne behandling råd om riktig ernæring.

Det er i dag godt dokumentert at riktig ernæring kan forebygge mange lidelser senere i livet. Og som kjent er det oftest bedre å forebygge enn å behandle. Særlig gjelder dette hjerte- og karsykdommer og kreft, to sykdomsgrupper som er årsak til mye av sykkeligheten og dødeligheten i Norge (1, 2). Overvekt og diabetes øker og utgjør en betydelig utfordring for morgendagens tverrfaglige behandling (3). Det samme gjelder spiseforstyrrelser (4). Mangeltilstander og feilernæring representerer to sykdomskategorier hvor kostholdsbehandling alene kan ha kurativ effekt. Dette gjelder ikke kun i de fattigste deler av vår verden. Ernæringsproblemer blant eldre i Norge fører ikke bare til økning i antall sykehusinnleggelseser, de forekommer også i sykehus (5, 6). Enkle ernæringsmessige endringer vil kunne gi betydelige forbedringer i mange eldres livs- og helsesituasjon. Spørsmålet blir da om potensialet ved forebygging og behandling gjennom riktig ernæring har fått tilstrekkelig oppmerksomhet.

Institutt for ernæringsforskning, Universitetet i Oslo, er alene i Norge om å utdanne kliniske ernæringsfysiologer. Studiet omfatter ca. fem års utdanning, med et avsluttende hovedfag som er obligatorisk. Først gis en grundig innføring i basal humanbiologi før studentene spesialiseres innen fag rettet mot sitt fremtidige yrke. I denne siste delen av

studiet oppholder de seg mye i kliniske avdelinger. Helt siden dette utdanningstilbudet ble opprettet, har kontakten med eksterne institusjoner vært avgjørende både for gjennomføringen av og for kvaliteten på utdanningen.

Reduserte budsjetter sammen med økt pasienttilstrømming til kliniske avdelinger har begynt å få konsekvenser for vår utdanning. I en hektisk hverdag med et fåtall kliniske ernæringsfysiologer per avdeling blir tiden til videre faglig fordypning ofte en salderingspost. Dette medfører redusert studentundervisning. Etter hvert vil det rasere fundamentet for den forskningsbaserte kunnskap omkring klinisk ernæring vi møysommelig bygger opp. Derfor er vi bekymret.

Vi har tillatelse til å uteksaminere ti kliniske ernæringsfysiologer per år. I 1990 angav Statens ernæringsråd at kliniske ernæringsfysiologer i somatiske sykehus opptok ca. 50 årsverk (7). Det tilsvarende antall i dag er 70, noe som tilsvarer kun 0,1 % av det totale antall årsverk (8). Behovet i sykehus er vanskelig å fastsette nøyaktig, men det er anslått å være henholdsvis én klinisk ernæringsfysiolog per 100 voksensenger og én per 30 barnesenger. Totalt skulle dette tilsi et minstebehov for 200 stillinger i sykehus (8). Både utdanningskapasiteten og antall stillingshjempler må økes, noe som medfører ekstra kostnader på kort sikt, men vi er overbevist om at det vil lønne seg over tid. Det er uansett neppe riktig å fjerne allerede etablerte stillinger (9).

I lys av disse tall kan man jo spørre seg i hvilken grad vår egen yrkesgruppe (legene) erkjenner behovet for tjenestene til kliniske ernæringsfysiologer. Vi spurte derfor alle legene ved en medisinsk avdeling i et lokalsykehus om de den foregående uken hadde hatt behov for klinisk ernæringsfysiolog i sitt pasientarbeid. 61 % svarte, og om lag halvparten av disse hadde hatt et slikt behov. Det samme spørsmålet ble rettet til alle legene ved den medisinske avdelingen i det tilhørende regionsykehus. Svarprosenten var 53, og kun en tredel hadde ønsket kontakt med klinisk ernæringsfysiolog. Vi ser utfordringen med å involvere legene sterkere både i utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer og i det tverrfaglige, pasientrettede samarbeidet.

Tradisjonelt har ikke kliniske ernæringsfysiologer vært særlig involvert i primærhelsetjenesten, der forebygging er det mest sentrale av alle helsefremmende tiltak. I kommunehelsetjenesten er antall kliniske

ernæringsfysiologer null, mens det antatte behovet er om lag én klinisk ernæringsfysiolog per 50 000 innbyggere (8).

Kunnskapsbasert ernæring (evidence based nutrition) i klinisk virksomhet har et stort potensial. Dette forutsetter at nye kliniske ernæringsfysiologer i økende grad settes og deltar i det tverrfaglige samarbeidet i sykehus og i primærhelsetjenesten. Mer aktiv bruk av ernæring vil ha positive effekter på pasientenes mulighet til å tåle store operative inngrep og vil dermed korte ned rekonvalesensperioden (10). Det utdannes nå kliniske ernæringsfysiologer som kan bidra med høy kompetanse innen et fag som vi mener bør spille en langt mer aktiv rolle i Helse-Norge. Medisinske fremskritt kommer – både teknisk og farmakologisk. De basale ernæringsbehov endres også, om enn ikke i samme takt. Vi må være der – sammen – for å takle utfordringene.

Per Ole Iversen

poiversen@hotmail.com

Svein Olav Kolset

Institutt for ernæringsforskning

Universitetet i Oslo

Postboks 1046 Blindern

0316 Oslo

Litteratur

1. Johnson LK, Hjermann I, Tonstad S. Kosthold og sekundærforebygging av koronar hjertesykdom – er våre anbefalinger gode nok? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1092–8.
2. Blomhoff R. Frukt og grønnsakers rolle i forebygging av kreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3462–5.
3. Midthjell K, Kruger O, Holmen J, Tverdal A, Claudi T, Bjørndal A et al. Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. *The Nord-Trøndelag Health Surveys: 1984–1986 and 1995–1997. Diabetes Care* 1999; 22: 1813–20.
4. Rosenvinge JH, Borgen JS. Spiseforstyrrelser – hvordan er behandlingen organisert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 21–3.
5. Mowé M, Böhmer T. Nutrition problems among home-living elderly people may lead to disase and hospitalization. *Nutr Rev* 1996; 54: 22–4.
6. Mowé M, Böhmer T. The prevalence of underdiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1089–92.
7. Ernæringskompetanse og helsetjenesten. Rapport. Oslo: Statens ernæringsråd, 1990.
8. Statistisk sentralbyrå: www.ssb.no.
9. French TC. Ernæringsfysiologi – bare gulrøtter, dill og dall? *Østlendingen* 11.2.2002.
10. von Meyenfeldt MF, Meijerink WJHJ, Rouflart MMJ, Builmaassen MTHJ, Soeters PB. Perioperative nutritional support: a randomised clinical trial. *Clin Nutr* 1992; 11: 180–6.

○