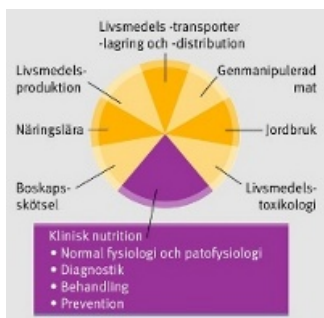


Klinisk nutrition – stora uppgifter kräver kraftsamling

■ Klinisk nutrition är ett delområde av det betydligt större kunskapsområdet nutrition (Figur 1). De kliniska problem som handläggs inom klinisk nutrition kan översiktligt delas in i tre grupper baserat på patientens nutritionstillstånd:

1. **Övernutationstillstånd**
 - Övervikt och fetma.
2. **Undernutationstillstånd**
 - Specifika bristtillstånd, t ex vitamin B₁₂ eller vitamin D
 - Generella bristtillstånd, t ex vid anorexia nervosa eller hos patienter med kombinationer av sjukdomar och/eller skador.
3. **Risksituation för att utveckla patologiskt nutritionstillstånd**
 - Speciella matvanor
 - Svårigheter att äta, tugga eller svälja
 - Mag-tarmsjukdomar med problem att spjälka eller absorbera näringsämnen
 - Överkänslighet mot enskilda livsmedel/näringsämnen, t ex gluten och nötter
 - Diabetes mellitus
 - Hyperlipidemi.

Etablerade över- och undernutationstillstånd kan försämra t ex den fysiska, mentala eller sociala funktionsförmågan. Samtidigt innebär dessa tillstånd även en ökad risk för uppkomst av andra riskfaktorer, annan samtida sjuklighet samt förtida död.



Figur 1. Klinisk nutrition, ett delområde inom kunskapsområdet nutrition.

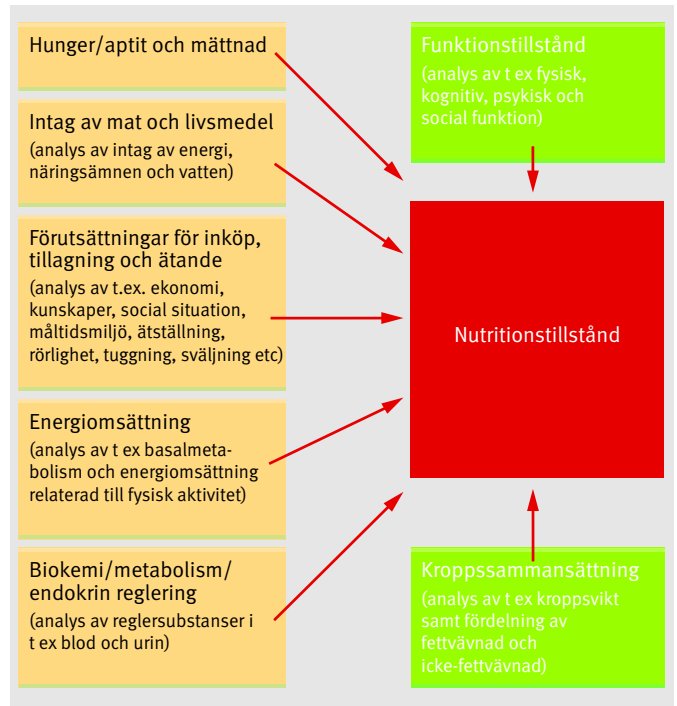
Risksituationer för att utveckla patologiskt nutritionstillstånd föreligger vid ett stort antal olika hälsoproblem och även i samband med speciella matvanor.

Patienter med patologiskt nutritionstillstånd (eller som riskerar att utveckla sådana tillstånd) finns inom de flesta medicinska specialiteter, i första hand breda, generalistorienterade som t ex allmänmedicin, internmedicin (inklusive alla grenspecialiteter), geriatrik, pediatrik och kirurgi. Dessutom förekommer nutritionrelaterade problem ofta inom onkologi, neurologi, psykiatri, anestesi och intensivvård, infektionssjukdomar och rehabiliteringsmedicin m fl samt inom laboratoriespecialiteterna klinisk fysiologi och klinisk kemi.

Denna bredd kan illustreras av hur klinisk nutrition förekommer under riksstämman. Enligt programmet från riksstämman 2006 [1] arrangerade 18 av de 43 deltagande sektionerna (42 procent) symposier, gästföreläsningar eller föredrag/poster inom området klinisk nutrition. Totalt arrangerades 61 inslag inom klinisk nutrition, varav tio symposier. Drygt 40 procent av inslagen anordnades av två sektioner: obesitasforskning och klinisk nutrition.

Arbetet med diagnostik, behandling och uppföljning av patienternas nutritionstillstånd inom olika specialiteter förenas av att man använder likartade metoder för analys av de olika komponenter som i olika grad måste bedömas för att kunna ta ställning till nutritionstillståndet (Figur 2) och hur det utvecklas över tid.

Specialiteten klinisk nutrition bildades 1992, och Sverige har därmed varit ett av några få länder i Europa med en sådan medicinsk specialitet. Dessvärre beslöt regeringen att ta bort specialiteten från halv-



Figur 2. Mekanismer som påverkar nutritionstillståndet. Människans nutritionstillstånd påverkas av flera olika fysiologiska och patofysiologiska mekanismer som kan undersökas med olika metoder. I figuren har »Funktionstillstånd« och »Kroppssammansättning« grönmärkats för att betona att de utgör basen för bedömningen, medan övriga komponenter utgör växelverkande mekanismer för hur ett visst nutritionstillstånd kan etableras och vidmakthållas.

årsskiftet 2006. Planer finns att klinisk nutrition istället kommer att bli ett sk profilmråde, eventuellt med särskild certifiering. Avdelningar för klinisk nutrition (eller motsvarande namn) finns vid alla sex fakultetsorterna, där man framför allt arbetar med forskning och undervisning.

Svensk förening för klinisk nutrition (SFKN) bildades 1971 som Svenska Läkaresällskapets sektion för näringslära. Föreningen sammanslogs 1998 med en nybildad specialitetsförening för klinisk nutrition till SFKN (se föreningens webbplats, www.sfkn.se).

SFKN arbetar för att stimulera ett vetenskapligt förankrat, kritiskt förhållningssätt vad gäller olika nutritionrelaterade förhållanden som påverkar människans hälsa. Arbetet fokuseras på följande

- fyra delar:
- Basal fysiologi och patofysiologi
 - Diagnostik
 - Behandling
 - Prevention (riskfaktorhanläggning).

Föreningens målbeskrivningar för läkarnas grundutbildning [2] och specialistutbildning [3] i klinisk nutrition är båda baserade på denna struktur. SFKN strävar efter att bli en respekterad part i samhällsdebatten och att medverka till en seriös, vetenskaplig och kritiskt analyserande diskussion inom alla delar av klinisk nutrition. Tre aktuella exempel på stora folkhälsoproblem inom klinisk nutrition som kräver betydande kraftsamling är:

- **Övernutationstillstånd:** Uppgifter från Statistiska

Annons

centralbyrån 2005 visar att 51 procent av alla män och 36 procent av kvinnorna har ett kroppsmasseindex (body mass index, BMI) över 25 och att 10 procent av alla män och kvinnor har ett BMI över 30, dvs uppfyller kriterierna för fetma [4].

• **Undernutritionstillstånd:** Undernutritionstillstånd som är associerade med sjukdomar och/eller skador är vanliga, särskilt hos äldre personer. Förekomsten anges ofta till ca 30 procent av alla patienter som vårdas inlagda på sjukhus [5]. Denna uppgift är dock osäker, eftersom det saknas erkända kriterier för defi-

niton av undernutritionstillstånd.

• **Diabetes mellitus:** Förekomsten av diabetes mellitus typ 2 kan befaras öka betydligt i framtiden beroende på den pågående överviktsepidemin [6]. Kostbehandling anses vara en grundbult vid sjukdomen, men det finns olika uppfattningar om vilken kostbehandling som är optimal. Vid riksstämman 2007 arrangerar SFKN i samarbete med Svensk förening för diabetologi ett symposium om kostbehandling vid diabetes mellitus typ 2.

Alla läkare och övriga vårdgruppsgrupper med vetenskap-

lig utbildning och intresse för klinisk nutrition är välkomna att bli medlemmar i föreningen och stödja arbetet med att stärka en vetenskapligt baserad klinisk nutrition inom hälso- och sjukvården.

Gunnar Akner

docent, överläkare; styrelseordförande i Svensk förening för klinisk nutrition (www.skfn.se) gunnar.akner@comhem.se

REFERENSER

1. Svenska Läkaresällskapet. Riksstämman Göteborg 2006. Program. (www.sls.se)
2. Akner G, Andersson H, Forsum E, Hallmans G, Thesleff P, Vessby B. Nationellt dokument i klinisk nu-

trition. Utvecklingsarbete för förbättring av läkarnas grundutbildning. Läkartidningen 1997;94:1731-3.

3. Akner G, Bosaeus I, Thesleff P. Specialistutbildningsbok för läkares specialistutbildning i klinisk nutrition. (www.sls.se)
4. Persson L. Var tionde svensk är fet. Statistiska centralbyrån. Välfärd. 2007;(1):8-9. http://www.scb.se/Grupp/allmant/BE0801_2007K01_TL_05_A05ST0701.pdf
5. Mossberg T, redaktör. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Socialstyrelsen Rapport 2000:11.
6. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National health and nutrition examination survey 1999-2002. Diabetes Care. 2006;29:1263-8.

Hembesök önskas

■ Två nyckelbegrepp i sjukvården är tillgänglighet och kompetens; båda är lika viktiga.

Det var ett mycket välkommet och löftesrikt initiativ av Bengt Westerberg när han en gång lanserade husläkarsystemet. Redan benämningen »husläkare« väckte stora förhoppningar om att få tillgång till en alldeles egen läkare.

Behovet av sjukvård kan uppstå när som helst på dygnet, året runt. Hur är det med tillgången på en egen läkare, när behovet uppstår under icke kontorstid? När man ringer till sin husläkarmottagning får man höra en telefonsvarare som upplyser om »våra öppettider och patienten blir vänligen erbjuden en möjlighet att lämna meddelandet efter tonen ...«

Skall detta betraktas som en acceptabel tillgänglighet på primärsjukvård? Rådande tidsbegränsad tillgång på primärsjukvård kan inte kompenseras genom alternativa vägar såsom »Hälsovårdsupplysningen« eller besök på ett sjukhus akutmottagning med allt vad ett sådant innebär. En kontakt med egen husläkare skulle lösa många akuta hälso- och sjukvårdspå problem och sortera upp

vilka som bör sändas vidare till sjukhus.

Många av oss minns säkert den tid när man fick tag i sin egen provinsialläkare eller jourläkare dygnet och året runt. Det var helt naturligt för ca 50-60 år sedan. Men i Sverige har detta förändrats. Andra näraliggande länder är lyckligare lottade och försknade av en sådan utveckling. I t ex ett annat EU-land (Österrike) har man, i t ex det lilla samhälle där vi tillbringar våra semestrar, tillgång på två allmänläkare dygnet och året runt.

Vad som är anledning till vår nuvarande automatiserade, rationaliserade och de-

personifierade primärvård kan man spekulera om. Ett skäl är säkert ekonomiskt. Skulle man inte kunna tänka sig att inkorporera »obekväma« jour-/arbetstid i själva definitionen av arbetsuppgifterna inom tjänsten som läkare i primärvården?

Hörde för ett tag sedan talas om ett projekt där ett privat sjukvårdsföretag upprätthåller jourverksamhet på lasaretten i Karlstad för patienter med hjärtproblem med mycket positivt resultat. Varför kan det inte också gå i primärvården att läkarna är jour? Många liv kunde räddas och många onödiga besök på akutmottagningar etc undvikas

om man får en »förstahjälpen«-insats av primärvården. Jag är övertygad om att det ekonomiskt inte blir dyrare än dagens tungrodda system. Det privata företaget, som arbetar med jourverksamhet i Karlstad, driver säkert inte sin verksamhet av ideella skäl.

Tillgänglighet kan inte bytas mot kompetens, eller vice versa, men mot bakgrund av nuvarande bristande tillgänglighet inom primärvården, får man hoppas att åtminstone kompetensen håller måttet.

Premysl Slezak,
docent, f d överläkare,
Vallentuna
premysl.slezak@telia.com

REPLIK:

Lösningen är ett utbyggt familjeläkarsystem

■ Docent Slezak lyfter fram ett av svensk hälso- och sjukvårds kärnproblem, den dåligt utbyggda primärvården och bristen på distriktsläkare. Detta skapar tillgänglighetsproblem och ett ökat tryck på akutmottagningarna.

Läkarförbundet och Distriktsläkarförbundet arbetar för att även Sverige skall få ett utbyggt familjeläkarsystem

där invånarna får välja sin egen personliga familjeläkare.

Vi menar att det skall vara en specialist i allmänmedicin för att garantera kvalitetskravet. I familjeläkarens uppdrag ingår då ett dygnetrunntåtgående som löses genom jour-samverkan. Med den dimensionering som vi har föreslagit, med en distriktsläkare på 1 500 invånare, skapas förut-

sättningar för god tillgänglighet, och då avlastas också akutmottagningarna. Större delen av patienterna kan då tas emot dagtid av sin familjeläkare.

Benny Ståhlberg
2:e vice ordförande
i Läkarförbundet; ordförande i
Distriktsläkarförbundet
benny.stahlberg@svidf.se