

## Retningslinjer for henvisning til klinisk ernæringsfysiolog (kef)

**I Helse Finnmark er det ansatt en klinisk ernæringsfysiolog, hun heter Åsa Wikman og er ansatt ved Kirkenes sykehus. For tiden har hun 50 % stilling ved Kirkenes sykehus, i tillegg jobber hun i 30% prosjektstilling.**

### **Prioritering av diagnosegrupper**

På grunn av at henvisninger av pasienter til ernæringsbehandling ofte overstiger kapasiteten til kef, har fagnettverket for kliniske ernæringsfysiologer i Helse Nord funnet det tjenlig å gi veiledning i forhold til prioritering av diagnosegrupper. Kriteriene for anbefalingene bygger på erfaringsbasert vurdering av grad av forringet livskvalitet diagnosen gir og forventet nytteeffekt av behandlingstilbudet.

### **Prioritet 1**

Barn, individuell ernæringsbehandling, alle diagnoser unntatt overvekt/fedme:  
Alle har prioritet 1 unntatt barn med overvekt/fedme forårsaket av ugunstig livsstil.  
Barn er i rask vekst og utvikling og ernæringsbehov i likhet med andre behov er i rask endring. Det er viktig å legge grunnlaget for god ernæringstilstand så tidlig i livet som mulig.  
Barn med overvekt bør behandles i tverrfaglige team, fortrinnsvis i kommunehelsetjenesten med 2. og 3. linjetjeneste som ressurspersoner og veiledere for 1. linjetjenesten.

Voksne, individuell ernæringsbehandling, med følgende diagnoser

#### *Underernæring:*

Alle inneliggende pasienter bør gjennomgå screening av ernæringsstatus og risiko for underernæring. Screening må følges av tiltak. Kef bør inngå i rutinemessige, jevnlig tverrfaglige behandlermøter. Kef har også en viktig rolle med hensyn til undervisning av pleiepersonale og leger.

#### *Cøliaki:*

Ved cøliaki er livslang konsekvent glutenfri kost den eneste behandling. Omlegging til glutenfri diett innebærer store endringer både praktisk, sosialt men også ernæringsmessig. Det er nødvendig med grundig veiledning av klinisk ernæringsfysiolog. Erfaringsmessig er det mest nyttig med veiledning i gruppe sammen med andre med nyoppdaget cøliaki. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig med individuelle oppfølgingsamtaler.

#### *Matvareallergi:*

Omlegging til ulike dietter på grunn av matvareallergi innebære ofte store endringer både praktisk, sosialt og ernæringsmessig. Individuell ernæringsbehandling er nødvendig og bør skje innen kort tid etter stilt diagnose.

#### *Fedmekirurgi:*

Pasienter som skal gjennomgå fedmekirurgi, deltar i gruppebehandling både før og etter operasjon. Her er kef en nødvendig del av behandlingen. Det er i tillegg nødvendig med individuell ernæringsbehandling i de pasienttilfeller der det oppstår postoperative komplikasjoner.

### *Diabetes type 1:*

Voksne med nyopplaget diabetes type 1 har behov for snarlig individuell ernæringsbehandling med fokus på karbohydrater og tilpasning av insulin, samt betydningen av et sunt, hjertevennlig kosthold. I tillegg bør denne pasientgruppen få tilbud om å delta i lærings- og mestringstilbud innen rimelig tid.

### *Nyre, dialyse:*

Ved noen helseforetak kobles kef ofte inn for veiledning av og samarbeid med helsepersonell. Pasienter med nyresykdom har ved enkelte LMS tilbud der kef inngår. Det kan i en del pasienttilfeller være aktuelt med individuell ernæringsbehandling i forbindelse med underernæring og elektrolyttforstyrrelse.

### *Familær hyperkolesterolemi:*

Individuell ernæringsbehandling er nødvendig og har høy prioritet.

## **Prioritet 2:**

### *Fruktosemalabsorpsjon:*

Omlægging til fruktoseredusert kost kan innebære store endringer både praktisk, sosialt og ernæringsmessig. Vi anser veiledning i gruppe for å være den beste og mest effektive måten å behandle denne pasientgruppen på. I noen tilfeller vil det være nødvendig med individuelle oppfølgingssamtaler.

### *Morbus Crohn:*

Pasienter med denne diagnosen trenger å få ernæringsbehandling via lærings- og mestringstilbud i første omgang. Komplikasjoner og behandling er svært variabel og derfor vil mange etter hvert ha behov for mer individuelt tilpasset behandling.

### *Spiseforstyrrelse:*

Kef bør inngå i et tverrfaglig behandlingstilbud som ledes fra psykiatrien. Pasientene får veiledning både individuelt, og noen steder i gruppe.

## **Prioritet 3:**

### *Hyperlipidemier:*

Egner seg godt for LMS-kurs. Ved de større sykehusene er det også aktuelt med undervisning i minigruppe i forbindelse med innleggelse. Pasienter med FH får individuell ernæringsbehandling ved lipidklinikken (Nordlandssykehuset) og bør ha prioritet 1.

### *Ulcerøs Colitt:*

Pasienter med denne diagnosen bør få ernæringsbehandling via lærings- og mestringstilbud i første omgang. En del pasienter vil etter hvert ha behov for mer individuelt tilpasset behandling.

### *Laktoseintoleranse:*

Ernæringsbehandling i gruppe bør prioriteres fremfor individuell behandling dersom mulig.

#### *Colon irritable:*

Ofte henvist for colon irritable, men viser seg ofte å være en ikke diagnostisert annen mage-tarmlidelse, f.eks. fruktosemalabsorpsjon. En grundig samtale hos kef kan hjelpe lege med å sette riktig diagnose. Disse pasientene bør ha individuell konsultasjon.

#### *Obstipasjon:*

Gruppebehandling er vanskelig fordi årsak til problemet varierer.

#### *Revmatiske sykdommer:*

Ernæringsbehandling i gruppe bør prioriteres fremfor individuell behandling dersom mulig.

#### *Multippel sklerose og myalgisk encefalopati:*

Kef behandler få pasienter med disse diagnosene, men vi ser en økning i antall henvisninger. Inntil videre anses individuell behandling som mest aktuelt.

#### **Prioritet 4:**

##### *Overvekt/fedme:*

Overvektsbehandling bør ha en tverrfaglig tilnærming. Behandlingen bør foregå i gruppe, over lang tid og med kognitiv terapeutisk perspektiv. Individuell ernæringsbehandling gir erfaringsmessig mye bruk av ressurser og liten effekt.

#### Dagens henvisningspraksis:

I dag er de hyppigste årsakene til henvisning overvekt og type II diabetes, gjerne i kombinasjon.

For diabetikerne har vi startkurs i regi av LMS, og vi kommer derfor ikke å gi et individuelt tilbud til andre enn de som har spesielle behov. Unntak er hvis det foreligger omfattende komorbiditet, eller pasienten har psykiatriske diagnoser eller andre forhold som gjør det vanskelig å delta i gruppebehandling.

Pasienter med overvekt bør primært henvises til LMS-kurs da kosten ikke alltid utgjør hovedproblemet, men bør inngå som del av et tverrfaglig gruppetilbud som går over lang tid. I behandlingen av disse ser jeg et stort behov for tett samarbeid med kommunehelsetjenesten.

#### Ønsker for framtida:

Jeg har en ønske om å få komme ut i kommunene og undervise mer. Jeg får ofte forespørslers innenfor mitt fagfelt fra helsesøstre og fra pleiere innenfor eldreomsorg og psykisk helse. Men på den måten når jeg et fåtall. Derfor ser jeg behov for en samarbeidsavtale med hver kommune i Øst-Finnmark om undervisning av helse-, men kanskje også skole/ barnehagepersonell. I en verden med der man kan lese om fantastiske mirakel dietter både på internett og i magasiner, kan det være godt å ha noen stadig forankret i kunnskapsbasert medisin og ernæringspraksis, som med jevne mellomrom rydder opp i informasjonssmylderet. Det kan handle om diabetes, overvekt, underernæring, eller kost for spesielle grupper.

#### **Henvisninger:**

Henvisninger kan sendes elektronisk til Klinisk ernæringsfysiolog, Kirkenes sykehus.