

Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) arbeider for at fagområdet klinisk ernæring integreres i norsk helsearbeid, og for å sikre befolkningen nødvendig, likeverdig og god klinisk ernæringsfaglig tjeneste og behandling. Foreningen jobber for at utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer samsvarer med samfunnets og pasientenes behov for trygge, sikre og effektfulle ernæringstjenester av høy kvalitet.

Landets kommuner og helseforetak ble i september 2021 invitert til å komme med innspill til Nasjonal helse – og sykehusplan. KEFF er fra slike oppfordret til å også gi innspill til denne. Vi er gjort kjent med at departementet har bedt om svar på spørsmål som skal danne grunnlag for diskusjon og innspill. KEFF tillater oss med dette å komme med innspill i form av svar på spørsmålene som er relevante i forhold til fagfeltet klinisk ernæring.

Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?

Både samhandlingsreformen, Nasjonal helse- og sykehusplan og utviklingen av primærhelsetjenesten fokuserer på samarbeid om de mest sårbare gruppene i samfunnet. Barn og unge, psykisk syke, mennesker med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre skal prioriteres. Dette er grupper med høy forekomst av ernæringsrelaterte helseutfordringer.

Med reformene følger blant annet at spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter tidligere, og mange pasientforløp er gått over til dagbehandling og poliklinisk behandling. Det har også ført til at kommunene har fått helt nye pasientgrupper og oppgaver å ta seg av. Og de har dessverre ikke i samme grad blitt rustet for de økte og endrede oppgavene. Dette er tilfellet hva gjelder arbeid med klinisk ernæring

Kliniske ernæringsfysiologer blir i stadig større grad sysselsatt i kommunene, hvor de arbeider innen helsestasjon- og skolehelsetjeneste, sammen med fastlege, i frisklivssentraler, innen psykisk helse og rus eller i omsorgstjenestene. Utviklingen går imidlertid for langsomt, og det er fremdeles for mange kommuner som mangler tilgang på et slikt tverrfaglig samarbeid.

KS-rapporten “Fastlegens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid” fra 2020 beskriver at norske allmennlegekontorer har en smal tverrfaglig bredde. Norske fastleger samarbeider i langt mindre grad med annet høyt utdannet helsepersonell enn i andre land (blant annet Sverige, Tyskland, Nederland og USA). Norske fastleger oppgir at de i for liten grad har klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet i sin praksis. Evaluering av primærhelseteam viser at en høy andel av pasientene som møter slike team trenger ernæringsbehandling. På spørsmål om fastlegene opplevde at det var noen kompetanse som manglet i primærhelseteamet, ble nettopp tilgang på ernæringsfysiolog påpekt.

Konsekvensene er både unødvendig belastning på fastlegen og dårligere helsehjelp til pasientene. Pasientene opplever unødvendig ventetid, unødvendige reinnleggelser på sykehus og dårligere overganger og samhandlinger innad i helsetjenesten. Å styrke tjenestene med kliniske ernæringsfysiologer bidrar raskt til mer systematisk, målrettet og effektivt ernæringsarbeid. Dette er dokumentert gjennom en lang rekke prosjekter og undersøkelser.

For å nå målene som er satt må en nasjonal helse- og samhandlingsplan inneholde konkrete tiltak for å styrke systematisk ernæringsarbeid i kommunehelsetjenesten og sikre ernæringsfaglig kompetanse i kommuner

Hva opplever helsefelleskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?

KEFF mener at NHSP 2020-2023 ikke er forpliktende nok når det gjelder å øke kapasiteten på det klinisk ernæringsfaglige tilbudet, spesielt i kommunehelsetjenesten.

I sykehus er klinisk ernæringsfysiolog en selvsagt del av behandlingsteamet og en etterspurt samarbeidspart for leger, sykepleiere og spesialsykepleiere innenfor alle spesialiteter. Som følge av innføring av behandlingsforløp, prehabilitering samt også økt kunnskap øker etterspørselen etter denne kompetansen i sykehusene.

At klinisk ernæringsfysiolog inngår i behandlingsteam bidrar til mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver og bruk av ressurser, samtidig som pasientene får bedre og mer effektiv behandling og samfunnet utnytter de helsefaglige ressursene sine på best mulig måte.

Etter utskrivelse fra sykehus er det i dag få som møter kliniske ernæringsfysiologer i kommunene. Dette gjør at det gode ernæringsarbeidet som startes opp på sykehuset sjeldent følges opp, og pasientens ernæringsstatus forverres gjerne frem til neste innleggelse. For mange pasienter legges også inn ved sykehus grunnet ernæringssvikt, som i større grad burde vært håndtert i kommunene.

Ernæring er et område der pasientsikkerheten svikter. Ernæringsarbeidet i tjenestene holder ikke god nok kvalitet. Kommunene beskriver selv at de ikke følger retningslinjer eller evner å tilby en forsvarlig tjeneste uten tilgang på klinisk ernæringsfysiolog. Dette kommer klart frem når helsetilsynet stadig avdekker lovbrudd fordi kommunene ikke sikrer god nok vurdering og oppfølging av pasienter i ernæringsmessig risiko. Pasient- og brukerombudet peker også på at flere tar kontakt om kritikkverdige forhold knyttet til ernæringsarbeid i tjenestene. Mangelen på kliniske ernæringsfysiologer i kommunehelsetjenesten gjør at pasienter og brukere dessverre ikke har tilgang til likeverdige og trygge helsetjenester, forutsigbarhet og kontinuitet. På toppen av dette ser vi store geografiske forskjeller i hvilke ernæringsfaglige helsetjenester befolkningen har tilgang til.

På samme måte som fysioterapeuter og ergoterapeuter i spesialist- helsetjenesten kan henvise sine pasienter videre til kollegaer i kommunen bør pasienter som har behov for videre oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog ha tilgang til dette.

KEFF mener at behovet for klinisk ernæringsfysiolog bør omtales i planen og knyttes opp mot den tverrfaglige kompetansen som er nødvendig i arbeidet med de mest sårbare pasientene.

Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?

Flere kommuner har de siste årene ansatt kliniske ernæringsfysiologer. Slik kompetanse finnes nå i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, på fastlegekontorer, i frisklivssentraler, i omsorgstjenestene i utviklingsenheter mv. Erfaringen fra kommunene er at kvaliteten i ernæringsarbeidet styrkes og pasientbehandling bedres. Dersom det er ønskelig kan KEFF i dialog med fagmiljøet ettersende gode eksempler på hvordan tjenester rettet mot de fire prioriterte pasientgruppene er i utvikling med tanke på bedre oppfølging og behandling av ernæringsrelaterte problemstillinger.

Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør legge føringer for en finansieringsordning som sikrer bedre tilgang på kliniske ernæringsfysiologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Endring i finansieringssystemet knyttet til polikliniske behandlinger i spesialisthelsetjenesten har ført til at langt flere pasienter møter riktig kompetanse når de trenger veiledning eller behandling knyttet til ernæringsproblematikk. Tilsvarende løsninger som stimulerer til riktig bruk av kompetanse på riktig sted bør også etableres i kommunehelsetjenesten. Etablering av finansieringsordninger for kliniske ernæringsfysiologer i kommunene vil spare samfunnet for stadige reinnleggelsler og være kostnadsbesparende.

I statsbudsjett 2022 ble det bevilget 5 millioner til videreføring av modellutviklingsprogram klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. KEFF er kjent med at Helsedirektoratet i forbindelse med modellutviklingsprogrammet klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten mottok søknader fra over 20 kommuner, svarende til over 25 millioner kroner. Kommunene beskriver et uttalt behov for å ansette kliniske ernæringsfysiologer - ikke bare i tjenestene rettet mot eldre, men i de ulike kommunale helsetjenestene.

Modellutviklingsprogrammet for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten bør styrkes og utvides til å inkludere også øvrige deler av den kommunal helse- og omsorgstjenesten og på den måten møte behovet også til de øvrige sårbare gruppene.

Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?

Underernæring er underdiagnostisert og underbehandlet i norsk helsetjeneste. Samtidig er kosthold blant faktorene som bidrar til høy sykdomsbyrde relatert til levevanesykdom. Både underernæring og annen feilernæring bidrar til sykkelighet og for tidlig død. Kostveiledning og ernæringsbehandling av klinisk ernæringsfysiolog er vist å ha effekt og å være kostnadseffektivt.

Flere studier viser at ernæringsintervensjon utført av kliniske ernæringsfysiologer bidrar til økt livskvalitet, flere kvalitetsjusterte leveår, redusert bruk av helsetjenester og at det er

kostnadseffektivt. Dette gjelder både intervensjon ved overvekt, (pre-)diabetes, høyt blodtrykk og hyperlipidemi, og målrettet forebygging og behandling av underernæring.

Underernærte pasienter har økt sykdomsbyrde og forkortet levetid. Underernæring fører blant annet til økt risiko for komplikasjoner, forverret fysisk og kognitivt funksjon og redusert helse-relatert livskvalitet. Pasienter som er underernærte ligger lengre på sykehus og har flere reinnleggelser. I Storbritannia viser den britiske foreningen for parenteral og enteral ernæring (BAPEN) til at utgiftene for en underernæret pasient er omkring 3 ganger så høye som for en pasient som ikke er underernært. I Storbritannia er kostnadene til underernæring estimert å være rundt 15 % av de totale utgiftene i innen helse- og sosial omsorg. BAPEN har estimert at å behandle underernæring er et av de mest kostnadseffektive tiltakene i dagens helsevesen.

Behovet for å styrke tilgang på klinisk ernæringsfysiologer, særlig i kommunehelsetjenesten er behørig beskrevet og dokumentert i en rekke overordnede styringsdokumenter.

Arbeid med, og implementering av anbefalingene knyttet til ernæringsarbeid i disse styringsdokumentene, herunder etablering av stillinger for kliniske ernæringsfysiologer, bør prioriteres i helsefelleskapenes for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av ernæringstilbudet i helse og omsorgssektoren.

Om vi ser til land det er naturlig å sammenligne seg med er klinisk ernæringsfaglig kompetanse i kommunen etablert. I Sverige har antall stillinger nærmest eksplodert som følge av kommunehelsetjenestereformen "God och nära vård" med påfølgende endringer i helse- og sosiallovgivningen som trådte i kraft 1. januar 2019. Reformen og lovendringene skal blant annet bidra til at pasienten møter riktig kompetanse raskere. I Nederland er det nå like mange kliniske ernæringsfysiologer i kommunene som i sykehusene. I England annonserte NHS våren 2020 endring i finansieringsordninger, som vil sikre og styrke tilgang på blant annet kliniske ernæringsfysiologer i allmennelegetjenesten.

Sittende regjering har i en årrekke vært pådrivere i stortinget for konkrete tiltak for å styrke ernæringsarbeidet i den kommunale helse – og omsorgstjenesten, blant annet ved å øke antall kliniske ernæringsfysiologer i kommunen. Når nå regjeringen går i gang med arbeidet om å fullføre samhandlingsreformen med å lage en nasjonal helse- og samhandlingsplan håper vi tiden er inne også for å få brikkene- det vil si de kliniske ernæringsfysiologene - på plass for å sikre et nødvendig og godt ernæringsarbeid i hele helsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Aslaug Drotningvik

Leder, Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet