

Lillestrøm, 18.1.2011

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Høring – forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) takker for invitasjon til å avgi høringssvar.

Ernæringsarbeid/kostveiledning har ikke vært omtalt i gjeldende lovgiving. Det er vår erfaring at ansvar/oppgaver som ikke spesifikt nevnes i lov og forskrift eller som det ikke finnes offentlige finansieringsordninger for, er utfordrende å få på plass. En generell og profesjonsnøytral angivelse av kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjeneste er i utgangspunktet en god ting. All erfaring hittil har imidlertid vist at kommunehelsetjenesten ikke på egen hånd forstår behovet for spesialkompetanse innen ernæring og klinisk ernæring.

KEFF mener derfor det er nødvendig, på samme måte som det på 80-tallet var nødvendig for fysioterapitjenesten, å konkretisere behovet for kliniske ernæringsfysiologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Å sikre klinisk ernæringsfaglig kompetanse i kommunehelsetjenesten er nødvendig for å etablere og kvalitetssikre rutiner og prosedyrer relatert til ernæring/klinisk ernæring. Det betyr samtidig å anerkjenne det viktige ernæringsarbeidet andre yrkesgrupper utøver, fordi disse da vil få mulighet til å samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog i kommunale institusjoner og tjenester, samt få jevnlig veiledning og opplæring som gjør dem bedre i stand til å utføre sin del av det ernæringsfaglige arbeidet på en forsvarlig måte. Sykehusenes veiledningsplikt er ikke tilfredsstillende innen klinisk ernæring, både fordi kapasiteten er for liten, og fordi mange problemstillinger kan være for kompliserte til at yrkesgrupper med minimal opplæring innen ernæring kan klare å utføre ernæringsarbeidet uten nær kontakt med klinisk ernæringsfysiolog.

Klinisk ernæringsfaglig kompetanse i kommunehelsetjenesten er nødvendig for å kunne innfri gjestående mål i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Slik kompetanse er f.eks. nødvendig i arbeidet med å implementere nye faglige retningslinjer og for å ivareta intensjonen med samhandlingsreformen.

KEFF ber om at kommunene (enkeltvis eller i samarbeid) gjennom lov, alternativt gjennom forskrift til lov, pålegges å sikre klinisk ernæringsfaglig kompetanse i helsetjenesten. Dette for å styrke og kvalitetssikre ernæringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, bidra til kompetanseheving av helsepersonell, drive ernæringsfaglig strategi- og utviklingsarbeid og for å sikre befolkningen tilgang på tjeneste fra autorisert klinisk ernæringsfysiolog uavhengig av diagnose, bosted og personlig økonomi.

Vedlagt utfyllende kommentarer til lovens ulike kapitler.

Brita Haugum
Leder

Ad. Kapittel 1, formål, virkeområde og definisjoner

Ad § 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, og dermed aktuelt for ernæringsarbeid. Tilgang til (individuell) kostveiledning/ernæringsbehandling er for mange nødvendig for å mestre egen sykdom og styrke funksjonsevnen (pkt1). Nok og næringsrik mat kan sette vanskeligstilte i stand til å takle krevende levevilkår og bidra til å fremme sosial trygghet og likeverd (pkt 2). Mulighet for å leve og bo selvstendig og å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse kan fremmes gjennom hjelp til å dekke daglige behov for eksempel gjennom innkjøp eller matlagning (pkt 3). Det offentlige har gjennom ulike institusjoner som sykehjem, barnehager og fengsel ansvar for hele eller deler av kostholdet til mange personer. Det må stilles krav til kvalitet på kostholdet som tilbys og om grunnleggende kompetanse om ernæring og kosthold hos personell nær brukerne (pkt 4). Samhandling fordrer tilgang på kompetanse på alle helsetjenestenivåer. Ernæringskompetanse bør inngå i tjenestetilbudet uansett helsetjenestenivå for å sikre et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon (pkt 5). utfordringer i forhold til eget kosthold eller særlige ernæringsmessige behov kan i møte med mangelfull kompetanse og mangelfullt tilbud svekke den enkeltes integritet og verdighet (pkt 6). Å supplere kommunehelsetjenesten med autorisert klinisk ernæringsfaglig kompetanse i sitt ansvar for forebygging og behandling av kroniske sykdommer vil innebære god utnyttelse av ressursene i helse-Norge (pkt 7).

Ad. Kapittel 3, kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Ad. § 3-1 Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Behovet for spesialisert ernæringskompetanse beskrives i høringsnotatets kapittel 11.6.9. Kroniske ikke-smittsomme sykdommer (hjerte- og karsykdom, kreft, psykiske lidelser, diabetes, kols og muskel- og skjelettsykdommer) er i dag det store folkehelseproblemet. Ernæringsintervensjon er vesentlig i forebygging av slike sykdommer, i forebygging av komplikasjoner til sykdommene eller av at sykdommen utvikler seg. Ernæringsintervensjon er av betydning for at mennesker med en rekke ulike kroniske sykdommer eller med sammensatte lidelser kan leve og mestre sin situasjon best mulig.

Behovet for økt klinisk ernæringsfaglig kompetanse og for kliniske ernæringsfysiologer i helsetjenesten, og særlig i kommunehelsetjenesten, er uttrykt i en rekke sentrale, offentlige dokumenter helt siden 1970-tallet. Utredning av behov for kliniske ernæringsfysiologer ble forelagt HOD våren 2010 og gir et foreløpig forslag om å etablere minst ett årsverk for klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbygger i kommunene (cirka 500 årsverk totalt). Dette i tillegg til å styrke klinisk ernæringsfaglig kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Ernæringsbehandling er vist å være medisinsk og samfunnsøkonomisk lønnsomt. Nyere beregninger viser mulige kostnadsbesparelser på 800 millioner kr per år ved å forebygge og behandle underernæring i norske sykehus. Det er i Sverige estimert en samfunnsøkonomisk besparelse på ½- 1 mrd kroner av å ansette klinisk ernæringsfaglig personell i kommunene.

Kliniske ernæringsfysiologer er sysselsatt i helsesektoren, i forskning, undervisning og i lege- og næringsmiddelindustri. Det er cirka 300 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge, og cirka 170 av disse er ansatt i helsetjenesten.

Til sammenligning er cirka 1200 dietister ansatt i Sverige. Tilgang på klinisk ernæringsfaglig kompetanse er langt lavere i Norge enn i land det er naturlig å sammenligne med. Det er store geografiske ulikheter i tilgang på slik kompetanse. Med noen få unntak er det ikke ansatt klinisk ernæringsfysiolog i kommunene.

Ad. § 3-2. Kommunenes ansvar for individ og grupperettet helse- og omsorgstjenester

Kartlegging i *allmennlegetjenesten* viser at legene ønsker mulighet for å henvise pasienter som trenger mer omfattende kostholdsveiledning eller ernæringsbehandling, videre til spesialisert ernæringsfaglig personell. *Helsestasjon og skolehelsetjenesten* uttrykker behov for faglig støtte fra klinisk ernæringsfysiolog og etterlyser mulighet til å henvise særlige tilfeller videre. Nyere undersøkelser i *pleie- og omsorgstjenesten* avdekker behov for økt ernæringsfaglig kompetanse. Ved *sykehjem og sykehus* der man har begynt arbeidet med å implementere ernæringsscreening i henhold til nye faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, avdekkes et uttalt behov for tjenester fra klinisk ernæringsfysiolog.

Klinisk ernæringsfaglig kompetanse er nødvendig i utredning og diagnostisering av sykdommer som f.eks. matvareallergi- eller intoleranse, magetarmlidelser, mangelsykdommer og spiseforstyrrelser. Klinisk ernæringsintervensjon inngår i behandling i en rekke sykdommer og tilstander. Spesialisert ernæringskompetanse er vesentlig i medisinsk habilitering f.eks. hos barn (og voksne) med multihandikap som har spisevansker og/eller redusert evne til å nyttiggjøre seg næringen. Et tilstrekkelig og tilpasset næringsinntak er vesentlig innen rehabilitering av f.eks. kirurgiske, ortopediske og en god del kreftpasienter. Palliativ behandling av kreftpasienter gir andre ernæringsmessige utfordringer. Felles for nevnte pasientgrupper er at de er ekstra utsatte for å bli underernærte.

Overvekt og fedme er mer utbredt blant pasienter med psykiatriske lidelser enn blant normalbefolkningen og henger sammen med både medikamenter, uheldig kosthold og lav fysisk aktivitet. Ulike psykofarmaka har bivirkninger som i betydelig grad påvirker ernæringsstatus. Pasienter med tunge psykiatriske diagnoser har større mortalitetsrisiko og kortere forventet levealder enn normalbefolkningen. Risikoen er delvis knyttet til økt risiko for hjerte- og karsykdom. Underernæring/ernæringssvikt er vanlig ved depresjon, forvirring, ved tvangslidelser, rusmisbruk og ved spiseforstyrrelser.

Ad. § 3-3 Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

I evaluering av frisklivsmodeller i fem fylker pekes det på mangelfull tilgang av ernæringsfaglig kompetanse som årsak til at tilbudene i liten grad omfatter oppfølging av kosthold. I evaluering av kurslederkurset "Bra Mat for bedre helse" uttrykte deltakerne på samme måte som fastleger og helsesøstre (se kommentar til § 3-2) at de savnet å kunne rådføre seg med spesialkompetanse i møte med mer kompliserte ernæringsfaglige spørsmålsstillinger. De fleste store helseutfordringene er knyttet til kosthold og ernæring. Kommunene behøver kvalifisert ernæringsfaglig personale for å sikre at det ernæringsfaglige opplysnings- og veiledningsarbeidet er enhetlig, kunnskapsbasert og kvalitetssikret.

Ad § 3-6. Kommunens ansvar for pasient, bruker og pårørendeopplæring

Kurs i regi av lærings- og mestringssentra i spesialisthelsetjenesten retter seg i dag mot ulike pasientgrupper i behov av spesialisert ernæringsveiledning, slik som pasienter med diabetes, nyresvikt, tarmkreft, nevrologiske lidelser, lungesykdom m.fl. Klinisk ernæringsfysiolog er dermed en vesentlig ressurs i Lærings- og mestringstilbud i sykehusene. En tilsvarende ressurs bør bygges opp i kommunehelsetjenesten

Ad kapittel 4. krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Ad. § 4-1 Forsvarlighet

Mangelfull tilgang på et offentlig klinisk ernæringsfaglig tilbud står i sterk kontrast til befolkningens tilgang på råd fra lekfolk og oppslag i dagspresse. Knappt noe annet fagfelt er så til de grader gjenstand for synsing, personlige preferanser og påstander uten forankring i evidensbasert vitenskap. Som følge av mangelfull ernæringsfaglig kompetanse gis det også i helsetjenesten kost råd uten tilstrekkelig vitenskapelig forankring.

En rekke yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten har og skal ha, en rolle i det ernæringsfaglige arbeidet. Gjennom utdanning og autorisasjon sikres at de som arbeider i tjenesten er kvalifisert for oppgavene. Klinisk ernæringsfysiolog er autorisert for å gi medisinsk ernæringsbehandling og kostholdsveiledning. Mulighet for samarbeid med, veiledning av eller å kunne henvise videre til autorisert klinisk ernæringsfysiolog er nødvendig for å sikre en faglig forsvarlig tjeneste.

Dersom tilbud fra klinisk ernæringsfysiolog blir en reellmulighet, vil det innebære et kvalitativt bedre og mer effektivt tilbud til personer med behov for slik tjeneste. I tillegg kunne kapasitet hos fastleger og annet personell frigjøres til andre formål.

Ad. § 4-2. Pasientsikkerhet og kvalitet

Underernæring er et underdiagnostisert og underbehandlet problem i helseinstitusjoner som både kan forebygges og behandles kostnadseffektivt. Underernæring forårsaker unødvendig lidelse og økt risiko for komplikasjoner til øvrig behandling. Å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring bør inngå i systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Ad. § 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Det må være et overordnet mål at brukerne/pasientene ikke har en ernæringssituasjon som forringer allmenntilstanden og fører til komplikasjoner ved skader/sykdom/behandling. KEFF foreslår at det tas i bruk kvalitetsindikatorer for å måle oppfølging av nasjonale faglige retningslinjer. Eksempelvis kan prosentandel pasienter/beboere som ernæringsscreenes, og prosentandel underernærte, inngå som en nasjonal kvalitetsindikator knyttet til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Ad. Kapittel 6. samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Bestemmelsene i kapittel 6 er nye i forhold til gjeldende helse- og omsorgslovgivning. Mange pasienter opplever brudd i behandlingsskjeden når det kommer til ernæringsbehandling, da det ikke er etablert klinisk ernæringsfaglig kompetanse i kommunene og kapasiteten i spesialisthelsetjenesten ikke er tilstrekkelig. Veiledning mellom helsetjenestenivåene foregår vanligvis innen samme profesjon. Sykepleiere som har erfaring fra spesialiserte avdelinger, veileder for eksempel andre sykepleiere og de ulike legespesialistene veileder andre leger.

Det er ikke ansatt klinisk ernæringsfysiolog i kommunene. Personellet som tenkes veiledet har ikke faglige forutsetninger for å nyttiggjøre seg slik veiledning for på egen hånd og for å faktisk utøve faget. Spesialisthelsetjenesten kan ikke forventes å innfri veiledningsplikten ovenfor kommunene i forhold til ernæringsfaget på en tilfredsstillende måte da ikke finnes tilstrekkelig ernæringsfaglig kunnskap i kommunene til å nyttiggjøre seg slik veiledning. KEFF mener at bestemmelser vedrørende ernæringsarbeid og klinisk ernæringsfaglig kompetanse bør inkluderes i kravene til samarbeidsavtaler.

Ad. Kapittel 8. undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Ernæringsfaget er omfattende, komplekst og i rivende utvikling. Kliniske ernæringsfysiologer er som eneste ernæringsfaglige yrkesgruppe autorisert for å utføre medisinsk ernæringsbehandling og veiledning i klinisk ernæring. Til grunn for autorisasjon ligger den 5-årige masterutdanningen med klinisk og vitenskapelig forankring. Den gir spesialisert kunnskap om forebygging, utredning, behandling og rehabilitering av ulike ernæringsrelaterte lidelser eller tilstander i tillegg til grunnleggende kunnskap om metode for ernærings- og kostholdsforskning.

Flere høyskoler tilbyr 3-årig bachelorutdanning i ernæring. Kandidatene kan etter endt utdanning bidra i primærforebyggende og helsefremmende arbeid (til friske), men kvalifiserer verken for klinisk arbeid eller autorisasjon som klinisk ernæringsfysiolog.

Ernæring og klinisk ernæring inngår i liten grad i utdanningen av annet helsepersonell i Norge. Flere utredninger og undersøkelser har de siste årene pekt på mangelfull ernæringsfaglig kompetanse blant helsepersonell. En spørreundersøkelse blant flere tusen leger og sykepleiere i Skandinavia viste at Norge er dårligst i rutiner for ernæringsbehandling i sykehus og at mangel på kompetanse er den viktigste forklaringen til dette. Kartlegging av medisinstudenters kunnskapsnivå i 2006 konkluderer med at kunnskapen om ernæring ikke er tilfredsstillende og det slås fast at minst halvparten av de nyutdannede legene ikke føler seg kompetente til å gi råd om kosthold.

Helsepersonellet som samarbeider regelmessig med klinisk ernæringsfysiolog skårer høyere på interesse, fokus og kunnskap om ernæring. Det er behov for å implementere ernæringsfaget i større grad i utdanningene til helsepersonell og det er nødvendig å sikre spesialisert ernæringsfaglig kompetanse i kollegiet også i kommunehelsetjenesten.

Ad kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Finansieringssystemer kan slik det også beskrives i høringsnotatet føre til vridning bort fra pasienter og oppgaver (tjenestetilbud) som ikke omfattes av ordningen, noe som kan ramme pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. At det enda ikke er etablert finansieringsordninger for kliniske ernæringsfysiologer, bidrar til et uheldig mangelfullt ernæringsfaglig tilbud og dessuten til sosiale forskjeller i tilgang på slik tjeneste.