

Arendal, 3. mai 2006

Innspill til ”Handlingsplan for bedre kosthold 2007-2011” vedrørende klinisk ernæring i helsetjenesten

Regjeringens ”Handlingsplan for bedre kosthold 2007-2011” har hele befolkningen som målgruppe. I alle aldersgrupper finnes mennesker med sykdommer eller tilstander som på ulike måter er relatert til kostholdet. Mange av disse har behov for mer målrettet og individuell veiledning enn de generelle kostrådene som gis til hele befolkningen. Faglig forankret kostveiledning- og ernæringsbehandling er viktig til pasienter der kostholdet er eneste behandling (cøliaki, matallergi og matintoleranser), ved underernæring (visse typer kreft, spiseforstyrrelser, mage/tarmsykdommer, habilitering/rehabilitering) samt ved livsstilsrelaterte sykdommer som hjertekarsykdom, diabetes type II og overvekt. Disse utgjør store pasientgrupper innenfor helsetjenesten.

Kliniske ernæringsfysiologer (kef) har fem års utdanning (cand.scient./mastergrad) i klinisk ernæring fra Universitetet i Oslo og er den eneste helsepersonellgruppen i Norge som er *autorisert* til å utføre kostrådgivning og ernæringsbehandling. Utdanningen er solid fundert på basisfagene biokjemi, fysiologi, ernæringsfysiologi og klinisk ernæring og gir kunnskap og kompetanse til å vurdere ernæringsbehov og ut fra dette ”skreddersy” ernæringsbehandlingen.

UTREDNINGER OM EFFEKTER AV KOSTVEILEDNING

Det er godt dokumentert at satsing på ernæring er lønnsomt, både medisinsk og samfunnsøkonomisk. En rekke utredninger konkluderer med at manglende fagkunnskap blant helsepersonell er en av grunnene til at sykdomsrelatert underernæring forekommer hyppig både innen voksen- og barnemedisin (1). Underernæring i behandlingssituasjonen medfører økt risiko for komplikasjoner, lengre liggetid og økte kostnader. En studie ved Aker universitetssykehus har vist at foreskrevet parenteral og enteral ernæringsbehandling i mange tilfeller ikke er tilpasset pasientens faktiske behov. Manglende individuell tilpasning kan påvirke behandlingens effektivitet og i verste fall føre til alvorlige komplikasjoner. Dette ble nylig dokumentert da en gravid kvinne med svangerskapskvalme døde av tiaminmangel på et norsk sykehus fordi behandlende avdeling ikke visste at den intravenøse ernæringen skulle tilsettes vitaminer.

Oslo-undersøkelsen viste at kostrådgivning og røykeavvenning er effektivt på menn med høy risiko for hjertekarsykdom. En oppfølging etter 23 år har vist at det fremdeles finnes forskjeller mellom intervensjonsguppen og kontrollgruppen mht dødelighet. Det konkluderes med at forskjeller i kosthold sannsynligvis har vært utslagsgivende. I Osloundersøkelsen ble kostveiledning gitt individuelt av klinisk ernæringsfysiolog¹. To store studier fra Finland² og i USA³ har vist at type II diabetes kan forebygges ved endringer i livsstil. Her ble det også kostveiledning gitt individuelt av klinisk ernæringsfysiolog.

¹ Ellingsen et al 2003

² Tuomiletho et al 2001

³ Knowler WC et al 2002

I Danmark er det utført en medisinskteknologisk vurdering av "kostveiledning gitt av klinisk diætist" (tilsvarer klinisk ernæringsfysiolog) ved forhøyet kolesterol på pasienter innen primærhelsetjenesten.⁴ Konklusjonen er at behandlingen er effektiv, billig, bivirkningsfri og godt akseptert av leger og pasienter. Økonomiske beregninger, som sammenligner kostbehandling og medikamentell behandling, viser at den medikamentelle behandlingen koster dobbelt så mye som kostbehandling det første året og ni ganger så mye de påfølgende årene for samme reduksjon i kolesterolnivå. Studien har medført at det nå er opprettet stillinger for kliniske diætister i primærhelsetjenesten i Danmark.

BEMANNINGSSITUASJONEN I NORGE

Det er et stort og udekket behov for ernæringskompetanse i helsetjenesten. Av dagens ca. 190 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer utgjør *offentlig* ansatte ca. 80 årsverk på landsbasis, hvorav nesten alle er i spesialisthelsetjenesten. Dette er langt færre enn i land det er naturlig å sammenligne seg med, som for eksempel Sverige, Danmark og England. For få stillinger i helsetjenesten medfører at mange pasienter ikke får optimal behandling, må vente lenge på et behandlingstilbud eller ikke får tilbud om kostbehandling i det hele tatt.

VIRKEMIDLER FOR Å STYRKE FAGOMRÅDET KLINISK ERNÆRING I HELSETJENESTEN

I St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, er det allerede skissert ulike tiltak for å øke antallet kliniske ernæringsfysiologer i helsetjenesten:

- "Regjeringen vil gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å vurdere behovet for økt kapasitet i utdanningen av ernæringsfysiologer".
- "Regjeringen vil gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utrede **organisering og finansiering** av klinisk ernæring i helsetjenesten, og utarbeide faglige retningslinjer for ernæring og kostbehandling".
- Regjeringen vil gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge omfang og innhold av undervisning om ernæring i grunn- og videreutdanninger for helsepersonell, som grunnlag for å utvikle krav til utdanningene.
- Regjeringen vil øke støtten til forskning om kosthold og helse.

Det uteksamineres bare ti kliniske ernæringsfysiologer i året. Institutt for ernæringsforskning melder at interessen for fagområdet er stor. Fra 2004 til 2005 økte antall søkere til ernæringsstudiet ved Universitetet i Oslo fra 145 til 389. Ingen andre studier hadde stor økning. Det er behov for en snarlig utbygging av utdanningskapasiteten for å kunne imøtekomme det økende behovet for ernæringskompetanse i helsetjenesten.

Organisering av klinisk ernæring i kommune- og primærhelsetjenesten

Kliniske ernæringsfysiologer er den eneste helsefaglige yrkesgruppen i sykehus som ikke har kolleger som kan følge opp i primærhelsetjenesten. Det er foreløpig bare to kommunale kef-stillinger i Norge, begge i Oslo kommune. Det kan ligge muligheter for å opprette kef-stillinger i kommunene i tilknytning til regjeringens satsning på "10.000 nye hender" i helse- og sosialsektoren.

⁴ Træden og Gunnarsdottir 2000.

Kommunene mangler fagpersoner som kan veilede ansatte innenfor pleie/omsorg, skole, SFO, barnehager, boliger for psykisk utviklingshemmede, barnevernsinstitusjoner og sosialtjenesten i ernæringsspørsmål. Kommunene mangler også overordnede planer for ernæringsoppfølging av innbyggere med spesielle behov i forhold til ernæring, for eksempel matforsyning til hjemmeboende eldre, mattilbud i bokollektiv og for oppfølging av ernæring som en del av folkehelsearbeidet. Alders- og sykehjemmene er i ferd med å bli "minisykehus" der ernæringsproblemene er de samme som i sykehus. En mulig modell er å la sykehusene administrere interkommunale kef-stillinger med fagansvar for oppfølging av pasienter og ernæringsrelaterte rutiner i sykehjemmene, oppfølging av underernærte pasienter som reiser hjem etter et sykehusopphold, samt hjemmeboende psykisk syke.

Refusjonsordninger

Per i dag finnes det ikke takster for kost- og ernæringsbehandling/-veiledning utført av klinisk ernæringsfysiolog. I en tid med snevre økonomiske rammer og manglende finansieringsordninger prioriterer verken primær- eller spesialisthelsetjenesten å styrke forebyggende veiledning og kostbehandling utført av kliniske ernæringsfysiologer, til tross for de veldokumenterte behandlingsmessige fordelene og den samfunnsøkonomiske gevinsten som ligger i dette.

Økt fokus på forebygging og pasientopplæring har de siste årene ført til polikliniske takster for pasientskoler og egen takst for *leger* ved veiledning om kost og fysisk aktivitet ("grønn resept"). Det virker urimelig at tilsvarende arbeid utført av kliniske ernæringsfysiologer ikke utløser takster, ikke minst med tanke på hvor tidkrevende denne type veiledning er. I rapporten "Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten" (mars 2004) fra Sosial- og helsedirektoratet anbefales det blant annet at man kartlegger behovet og styrker innsatsen fra *relevante yrkesgrupper*, samt at det etableres refusjonsordninger for behandling av pasienter med overvekt og fedme.

Driftstilskudd for privatpraktiserende kliniske ernæringsfysiologer

Privatpraktiserende kefer mottar ingen typer offentlig støtte og er derfor avhengige av å ta høye timepriser for at driften skal være økonomisk forsvarlig. Tilbudet når derfor ikke alltid de som trenger det mest. Pasienter bør ha tilbud om oppfølging på det helsetjenestenivået han eller hun befinner seg. Det bør derfor sørges for at også privatpraktiserende kliniske ernæringsfysiologer faller inn under refusjons- og takstordninger som gjør det mulig å etablere seg i tilknytning til primærhelsetjenesten på samme måte som for eksempel fysioterapeuter. Etablering av driftstilskuddsordninger kan føre til økt antall kliniske ernæringsfysiologer i primærhelsetjenesten og overkommelige kostnader for pasienten. Dette vil være et viktig bidrag i utjevning av helseforskjeller som er påpekt i rapporten "Sosiale ulikheter i helse i Norge".

Med bakgrunn i dette ber vi om at Helse- og omsorgsdepartementet arbeider videre med å legge til rette for økt antall stillinger på alle nivåer i helsetjenesten gjennom refusjonsordninger som reflekterer tidsbruk, driftstilskudd til privatpraktiserende kefer og flere kefer inn i kommunehelsetjenesten.

På vegne av Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (Keff)

Elisabet Rudjord Hillesund (leder)

Anja Borch (styremedlem)