

**Høringssvar fra Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet til
Høring - NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i bærekraftig helse- og omsorgstjeneste**

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) arbeider for at klinisk ernæring integreres i norsk helsearbeid. Vårt mål er at alle innbyggere har tilgang til nødvendig og likeverdig ernæringsbehandling i helse- og omsorgstjenesten.

KEFF støtter kommisjonen i at det er *tid for handling*, og i at vi må jobbe annerledes enn før for å møte befolkningens fremtidige behov. Flere i befolkningen får levevanesykdommer som kan forebygges, og KEFF støtter derfor at folkehelse og forebygging settes høyt på agendaen. Samtidig blir vi flere eldre, og eldre med multisykdom som har behov for tverrfaglig hjelp.

Overordnet kan KEFFs innspill deles inn i følgende punkter:

1. Prioritering av folkehelse og forebygging krever endret personellsammensetning
2. Andre personellgruppers bidrag til en mer effektiv organisering av helsetjenestene bør vektlegges i større grad
3. Rett kompetanse til rett tid på rett sted, samsvarer ikke nødvendigvis med å «bygge kompetanse nedenfra»
4. Breddekompetanse må anerkjennes hos flere personellgrupper
5. Ansvar for lærings- og mestringsevne bør ligge til helse- og omsorgstjenesten
6. Helseutdanning som ikke fører til autorisasjon eller fagbrev bør vurderes strengere regulert

1. Prioritering av folkehelse og forebygging krever endret personellsammensetning

KEFF støtter at folkehelse og forebygging settes høyt på agendaen. Vi kan imidlertid ikke se at dette vektlegges i form av konkrete anbefalinger og forslag til tiltak fra kommisjonen. En friskere befolkning er sentralt for å redusere det fremtidige behovet for tjenester. Det er tatt høyde for at voksne over 55 år blir friskere i referansescenariet for framskrivning, men det står ikke noe om *hvordan* befolkningen skal bli friskere. I tillegg er det vektlagt en reduksjon av behov for sykehus- og omsorgstjenester, mens forebyggende helsetjenester og fastlegetjenester ikke synes tatt med i beregningene. Forebygging skjer ikke av seg selv, og en friskere befolkning over 55 år vil nødvendigvis kreve økt innsats i primærhelsetjenesten før de når 55-års alder. Vi kan ikke se at det er tatt høyde for å styrke helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen, verken til barn og unge eller for voksne under 55 år. Allerede i dag har om lag én av fire i den voksne befolkningen en eller flere levevanesykdommer, og i tillegg har tre av fire overvekt eller fedme. Om befolkningen både på kort og lang sikt skal få bedre helse, må forebygging og tidlig innsats i helsetjenesten styrkes. Dette innebærer slik KEFF ser det, at tilgangen på grupper som har solid kompetanse på primær- og sekundærforebygging av ikke-smittsomme sykdommer, som fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, helsesykepleiere og kliniske ernæringsfysiologer, styrkes. Det kreves inngående

fagkunnskap for enkelt og tydelig å kunne veilede og motivere enkeltindivider og grupper til endring av levevaner. På ernæringsområdet har kliniske ernæringsfysiologer en nøkkelrolle, og riktig bruk av denne fagkompetansen kan gi bedre helsehjelp, lavere sykdomsbyrde for den enkelte og redusert bruk av andre helsetjenester. Tidlig og riktig helsehjelp vil redusere presset på personellgrupper det allerede er og i fremtiden forventes stor mangel på.

KEFF stiller spørsmålsteget ved i hvilken grad behovet for endret personellsammensetning som resultat av økt satsning på folkehelse og forebygging er tilstrekkelig hensyntatt i framskrivningene, eller om dette er underestimert. Det er eksempelvis et problem at enkelte grupper, som kliniske ernæringsfysiologer, ikke er synliggjort i Helsemod. Ut ifra det vi kan se er gruppen heller ikke i "andre helseyrker" i NAVs estimerte mangler på ulike helsepersonellgrupper for 2022. Det nærmer seg 1000 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge. Det er godt dokumentert at klinisk ernæringsfysiolog er nødvendig for å oppnå riktig og effektiv helsehjelp i møte med kosthold og ernæringsrelatert uhelse. Som en avgjørende ressurs i arbeid med å forebygge, behandle og mestre sykdom, er det vesentlig at gruppen inngår i og synliggjøres i framskrivninger.

2. Andre personellgruppers bidrag til en mer effektiv organisering av helsetjenestene bør vektlegges i større grad

Helsefagarbeidere, sykepleiere og leger er sentrale grupper i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er det også disse gruppene det vil bli størst mangel på. I den sammenheng blir oppgavedeling sentralt, slik også kommisjonen skriver. KEFF mener imidlertid at det er lagt for stor vekt på oppgavedeling mellom "de store" gruppene, og at potensialet som ligger i at andre personellgrupper bidrar med sin kompetanse ikke er nok vektlagt. KEFF imøteser at det gjøres en grundig vurdering av hvilke helsetjenester pasientene har behov for, hva som skal prioriteres i fremtidens helse- og omsorgstjeneste og ikke minst hvilke helsepersonellgrupper som mest effektivt og best gjør de ulike oppgavene. I dag er det store mangler i ernæringsarbeidet i helsetjenesten, særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I mangel på klinisk ernæringsfysiolog må annet helsepersonell bruke tid på oppgaver en ernæringsfysiolog ville håndtere bedre og mer effektivt. Gjennom å styrke tjenestene med klinisk ernæringsfysiolog vil man sikre både kompetanse, kvalitet og effektivitet i arbeidet, samtidig som personellet det er mest mangel på avlastes.

3. Rett kompetanse til rett tid og på rett sted, samsvarer ikke alltid med å "bygge kompetanse nedenfra"

Kommisjonen skriver at det må være et grunnleggende prinsipp at riktig oppgavedeling skal gjøres med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse, men med fordeling av personell slik at forsvarlighetskravet ivaretas. KEFF støtter at forsvarlighetskravet bør ligge til grunn i alt arbeid i tjenestene. Videre støtter KEFF kommisjonens synspunkt om at det ligger et stort potensial for oppgavedeling i å få til en mer effektiv organisering av utførelse av arbeidsoppgaver. Samtidig er vi kritiske til å tillegge eksempelvis fagarbeidere enda flere oppgaver som "generalister" i en allerede presset arbeidshverdag, spesielt når det i dag eksisterer grupper som bedre, raskere og mer effektivt kan utføre disse. KEFF anser at dette spesielt gjelder grupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter og

kliniske ernæringsfysiologer. Vi imøteser at kommisjonen i større grad inkluderer disse gruppens verdifulle kompetanse i sin omtale av bruk av riktig kompetanse. Å bygge kompetanse nedenfra eksempelvis i form av avgrenset tematisk opplæring eller fagskoler vil ikke kunne erstatte slik kompetanse uten å utfordre både effektivitet og pasientsikkerhet.

4. Breddekompetanse må anerkjennes hos flere personellgrupper

Kommisjonen vektlegger i stor grad helsefagarbeidere, sykepleiere og leger når det er snakk om “generalister”, blant annet i kapittel 8.5. KEFF savner at kommisjonen i større grad også anerkjenner og beskriver breddekompetansen hos andre personellgrupper. Kliniske ernæringsfysiologer har breddekompetanse innen fagfeltet ernæring og er utdannet til å forvalte dette omfattende fagfeltet i og utenfor helsetjenesten, i forebygging, utredning, behandling og rehabilitering, innen alle medisinske spesialiteter og i ulike deler av helsetjenesten. Ernæring er i liten grad vektlagt i andre helsepersonellutdanninger, blant annet fordi kliniske ernæringsfysiologer som del av tverrfaglige team er spesialisert generalist på hele bredden av dette fagområdet.

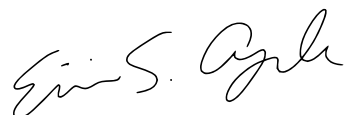
5. Ansvar for lærings- og mestringsevne bør ligge til helse- og omsorgstjenesten

KEFF støtter ikke kommisjonens forslag om å utrede om dagens lærings- og mestringstilbud kan overføres til brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene er viktige bidragsyttere og samarbeidspartnere, men besitter ikke nødvendig fagkompetanse og har ikke samme krav om faglighet, kvalitet og dokumentasjon. KEFF mener også at en slik overføring vil kunne bidra til økt ulikhet i helse og et ulikt geografisk tilbud til befolkningen. Det vil spesielt kunne være risiko for at de små diagnosene og sykdommene ikke vil få et godt nok tilbud. Dersom brukerorganisasjonene skulle overtatt ansvaret for lærings- og mestringstilbud ville sannsynligvis en konsekvens vært at de måtte ansatt helsepersonell til å ivareta tilbudet – som ellers ville kunne ha jobbet i tjenestene.

6. Helseutdanninger som ikke fører til autorisasjon eller fagbrev bør vurderes strengere regulert

Det tilbys en rekke helseutdanninger som fører til autorisasjon eller fagbrev etter endt studieløp. Eksempler på dette er ulike bachelorgrader i ernæring, medisin og psykologi. Etter endt utdanning har disse kandidatene ikke en definert rolle i norsk helsevesen, og det vil være mer formålstjenlig om de med interesse for helsefag søker seg til de etablerte utdanningsløpene knyttet til de ulike helseprofesjonene.

Med vennlig hilsen



Eirin S. Gjerde

Leder, Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet