

VEDLEGG TIL HØRINGSINNSPILL FRA KEFF

Oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

GEOGRAFISKE SKJEVHET

Det er lavere tilgang på klinisk ernæringsfysiologer i Norge enn land det er naturlig å sammenligne norsk helsetjeneste med. Dette til tross for at behovet for økt tilgang på kliniske ernæringsfysiologer er utførlig beskrevet i en rekke offentlige dokumenter de siste 30 årene. Det er naturlig å peke på *St.meld. 37 (2008-09) Samhandlingsreformen*, nye helselover, nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), en rekke nasjonale strategier, handlingsplaner, faglige retningslinjer, Helsedirektoratets rapport *IS-2032 (oppdrag fra Helse- og omsorgs-departementet 2009-2012) Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten* og de siste par årene også i *St.meld. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter*, og *St.meld. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*.

Videre er det store geografiske forskjeller i tilgang på klinisk ernæringsfaglig tjeneste i Norge. Rundt 60-70 % av kliniske ernæringsfysiologer som arbeider innen helsevesenet i Norge er sysselsatt i det sentrale Østlandsområdet, og det er også betydelige skjevheter i tilgang på kliniske ernæringsfysiologer innad i helseregionene. De fleste arbeider i spesialisthelsetjenesten, og bare et fåtall er så langt sysselsatt i kommunene. Helsedirektoratet har anbefalt minst én klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbygger i kommunene. Utdanningskapasiteten i Norge er doblet siden 2011 (UiO og UiB), og vil ytterligere økes når nye kandidater fra UiT og etter hvert NTNU uteksamineres. Dette gjenspeiles imidlertid ikke i antallet kliniske ernæringsfysiologer som sysselsettes i kommunene. En situasjon helsemyndighetene vanskelig kan se seg tjent med.

BIDRAG TIL UTVIKLING OG KVALITET I TJENESTEN

Faget klinisk ernæring er komplekst, omfattende og i rask utvikling. Kliniske ernæringsfysiologer er den eneste ernæringsutdannede yrkesgruppe i Norge som er autorisert helsepersonell. Dette er ikke ensbetydende med at yrkesgruppen alene ivaretar ernæringsbehandling i helsetjenesten. Det er tvert imot en rekke yrkes- og profesjonsgrupper som på ulike måter og med ulik kompetanse og utdanningsbakgrunn sammen ivaretar dette ansvaret. Kliniske ernæringsfysiologer er imidlertid *den* yrkesgruppen som er utdannet til å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle ernæringsrelatert sykdom og lidelse, og som følgelig ivaretar et særlig faglig ansvar i behandling og opplæring av pasienter, i utdanning og veiledning av annet personell og i kvalitetssikring og utvikling av ernæringsarbeidet som utføres i tjenestene.

Oppmerksomhet rundt betydningen av kosthold og kosttilskudd ved forebygging og behandling av sykdom øker. Det er et vedvarende høyt fokus på, og i tiltakende grad kunnskap om, kosthold og næringsstoffer. Imidlertid er langt ifra all kostholdsforskning av god kvalitet. Dette, i tillegg til at volumet av tabloide og sensasjonspregede råd som den enkelte eksponeres for øker, gjør det vanskelig for helsepersonell uten klinisk ernæringsfaglig kompetanse å vite hva de skal anbefale pasientene.

På samme måte som psykologkompetanse anses å utgjøre en forutsetning for å sikre faglig kvalitet i et lavterskeltilbud innen psykisk helse i kommunene, er klinisk ernæringsfysiologkompetanse vist å være nødvendig for å sikre et kunnskapsbasert ernæringstilbud av nødvendig faglig kvalitet i helsetjenesten. En skandinavisk undersøkelse viser at helsepersonell som samarbeider regelmessig med klinisk ernæringsfysiolog, har høyere fokus på og kompetanse om ernæring.

Erfaringer både nasjonalt og internasjonalt dokumenterer at tilgang på kliniske ernæringsfysiologer er avgjørende for å lykkes med implementering av god ernæringspraksis. Undersøkelser og erfaringer

både fra Norge og internasjonalt viser at klinisk ernæringsfysiolog, naturlig nok, utgjør en avgjørende ressurs i ernæringsfaglig forbedringsarbeid og utvikling på ulike arenaer av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Én av fire personer i befolkningen er kronikere (har en eller flere levevanesykdommer). Personer som lever med kronisk sykdom, og gjerne flere kroniske sykdommer, har behov for spesialisert ernæringskompetanse som del av oppfølgingen. Både leger, helsesøstre og annet personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste peker på behov for å ha tilgang til klinisk ernæringsfysiolog å rådføre seg med, eller henvise pasienter videre til.

FORSKNINGS- OG PROSJEKTEVALUERING HAR VIST RESULTATER

Helsesøster- og skolehelsetjeneste

Helsesøstrenes utfordringer i arbeid med vektspørsmål og forhold til mat og kropp blant barn og unge, har vært tematisert i mediene det siste året, og aktualiserer ytterligere behovet for tilgang på klinisk ernæringskompetanse. Blant barn og ungdom er det også flere som har ulike kroniske sykdommer hvor matinntaket påvirkes, slik som allergier, tarmsykdom, kreft eller diabetes.

Kliniske ernæringsfysiologer er en naturlig samarbeidspart i helsetjeneste rettet mot barn, ungdom og mot mødre før, under og etter svangerskap i andre vestlige land. De er vanligvis involvert i tilnærming til barn ved særspising, manglende vekst, overvekt, matallergi og -intoleranser, refluks, næringsstoffmangler, introduksjon av fast føde, samt i veiledning av gravide (særlig overvektige gravide med risiko for svangerskapsdiabetes), ammende og i veiledning om kosthold etter fødsel. Erfaringseksempler:

- Evaluering av pilotprosjektet FRIDA (tidlig samtale for gravide om alkohol og levevaner) i Rogaland avdekket at de viktigste temaene for de gravide i samtalen var kosthold og fysisk aktivitet; Kosthold skilte seg ut som et tema det eksisterer mye usikkerhet og myter omkring, og jordmødrene etterlyser mer kunnskap om kosthold.
- En svensk doktoravhandling (2016) avdekker på samme måte at jordmødre ofte opplever at de kommer til kort i spørsmål om kosthold og ernæring; de opplever å mangle tilstrekkelig kompetanse til å kunne gi individuell veiledning og for å møte den enkeltes spørsmål og særlige behov. Innen barselomsorgen har vi en unik mulighet til å jobbe for mer helsefremmende kostvaner hos barnefamilier. Økt kunnskap om sunne kostvaner bidrar til at kvinnene reduserer risikoen for komplikasjoner under og etter svangerskapet og fremmer hele familiens helse.
- Prosjektet «Kliniske ernæringsfysiologer som ressurs for helsestasjon- og skolehelsetjenesten 2008-10» i Oslo er eksempel på et vellykket tiltak for å styrke ernæringsarbeid rettet mot barn og unge. Evalueringen viser at helsesøstre ønsket tilbudene fra klinisk ernæringsfysiolog som en fast ordning. Tilbudet er etablert på fast basis i Oslo kommune.
- Erfaringer fra «Stor og sterk», et behandlingstilbud for overvektige barn (3-18 år) i samarbeid mellom klinisk ernæringsfysiolog ved sykehus og Oslo kommune, viser at 80 % reduserte sin grad av overvekt og fedme etter tre år.
- «Liv og røre» er et kurs for barn med overvekt ble startet opp av helsesøstre på Ringerike. Prosjektet var et samarbeid mellom blant annet skolehelsetjeneste og frisklivssentral, hvor også klinisk ernæringsfysiolog inngikk som innleid ressurs. Resultater viser at halvparten av barna som deltok i prosjektet reduserte sin overvekt og oppnådde andre tilleggseffekter.
- Bærum kommune har ansatt klinisk ernæringsfysiolog i Helsetjenesten barn og unge, psykisk helseteam. Kommunen opplever det svært nyttig med kompetansen til klinisk ernæringsfysiolog både i direkte veiledning av brukerne og i det tverrfaglige samarbeidet. Helsesøster får mange spørsmål om ernæring som det kan være vanskelig å svare på. Klinisk ernæringsfysiolog driver blant annet kostholdskurs for innvandrerkvinner sammen med helsesøster og inngår også i arbeid med å utvikle barnevennlige «Bra Mat»-kurs. Man har

tilsvarende erfaringer fra andre kommuner som har etablert samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog, slik som i Oslo, Oppegård, Stavanger, Trondheim, Meløy og i Nordland fylkeskommune.

Fastlegekontor og frisklivssentraler

De største dødsårsakene i Norge er hjerte- og karsykdommer og kreft. Kosthold og ernæring har avgjørende betydning både i forebygging og behandling av disse sykdommene. Pasienter med et sammensatt sykdomsbilde har større utfordringer, noe som stiller særlig høye krav til den ernæringsfaglige tilnærmingen.

Helsedirektoratets «Bra Mat»-kurs er nyttige verktøy til å formidle generelle kostråd, men er ikke tilstrekkelig for å tilby diagnosespesifikk grupperett eller individuell ernæringsveiledning og -behandling. Både brukerne, leger og annet personell i lavterskeltilbud peker på behov for å ha tilgang til klinisk ernæringsfysiolog å rådføre seg med, eller henvise pasienter videre til.

Helsedirektoratet anbefaler i sin veileder for frisklivssentralene at diagnosespesifikk ernæringsveiledning skal gis av klinisk ernæringsfysiolog. Samtidig finnes det svært få kliniske ernæringsfysiologer i frisklivssentralene, og tilbudet om klinisk ernæringsfaglig tjeneste i kommunene er også sparsommelig. Så hvor skal da pasientene få veiledningen? Den danske Sundhedsstyrelsen publiserte i juni i år anbefaling om at individuell ernæringsbehandling (i kommunene) bør gjennomføres av klinisk diætist.

I Nordland fylkeskommune har ansettelse av en klinisk ernæringsfysiolog ført til igangsettelse av et bredt utviklingsarbeid i kommunene i Nordland og til etablering av en rekke konkrete ernæringstiltak.

Prosjektet «kommune-kef» var et interkommunalt samhandlingsprosjekt i Drammensområdet i 2014. Prosjektet skulle etablere et kvalitetssikret ernæringstilbud til ulike kronikergrupper, samt styrke ernæringskompetansen blant helsepersonell i frisklivssentralen. Evalueringen av prosjektet viser at tilgang på klinisk ernæringsfysiolog i de kommunale frisklivssentralene ga gode resultater, både i form av økt kompetanse hos personellet og gode behandlingsresultater blant pasientene som rapporterte om bedre kostholdsvaner og bedre psykisk helse ved prosjektets slutt. Også her ønsket både helsepersonellet og pasientene at prosjektet skulle etableres som en fast ordning.

Erfaring fra prosjekt «Diabetesverkstedet» viser at gruppebasert livsstilsintervensjon kan motivere til endring som kan forebygge og/eller utsette tidspunkt for sykdom. Endringene i pasientenes kroppssammensetning og blodverdier samsvarer med resultater fra internasjonale forskningsprosjekter.

Tilsvarende erfaringer ved frisklivssentraler og fastlegekontorer rapporteres fra andre kommuner som har etablert samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog.

Sykehjem og hjemmesykepleie

Prosjektet «Ernæring i sykehjem», et samhandlingsprosjekt mellom Lovisenberg diakonale sykehus, Sykehjemsetaten i Oslo kommune og fire utvalgte sykehjem, er evaluert. Målet med prosjektet var å oppnå en enhetlig tilnærming i forebygging og behandling av underernæring. Klinisk ernæringsfysiolog fra sykehuset hadde ansvar for kompetanseheving av pleiepersonalet i form av omfattende undervisning og veiledning. Resultater av prosjektet var blant annet endret måltidsfrekvens, kortere nattfaste, tydelig klinisk forbedring av enkeltbeboeres helse- og ernæringstilstand (reduert sykkelighet) og redusert bruk av medikamenter som sovemedisiner.

Prosjektet avdekket også at undervisning alene ikke var tilstrekkelig. Kontinuerlig tilstedeværelse av og veiledning fra klinisk ernæringsfysiolog er nødvendig for å opprettholde kvalitet på ernæringsarbeidet.

I Norge blir opp mot 20 % av de eldre sykehusinnlagte, re-innlagt på sykehus innen en måned etter utskrivelse. Det er de seneste årene satt fokus på såkalt «post-hospital syndrome», den omfattende

svekkelsen av pasienter forårsaket av mentalt og fysisk stress, mangel på søvn og mangel på ernæring under sykehusopphold. I den sammenheng pekes det på behovet for kvalitetsutvikling og forbedring av helsetjenesten ved utskrivning fra sykehus til kommune. Flere publikasjoner fra Danmark dokumenterer nettopp effekt av at klinisk diætist inngår i det tverrfaglige samarbeidet, før, under og etter utskrivelse fra sykehus til kommune, blant annet på andelen som re-innlegges innen 30 dager etter utskrivelse.

TILSKUDDSMIDLER HAR IKKE GITT ØNSKET EFFEKT

Store mangler er avdekket i det klinisk ernæringsfaglige tilbudet. Helsetilsynet avdekket nylig svikt i kartlegging og oppfølging av eldre pasienters ernæringsstatus på sykehus, og fant at to av tre sykehjem har avvik på ernæringsområdet. Det er iverksatt forbedringsarbeid blant annet i sykehjem, og man ser forbedring i det grunnleggende ernæringsarbeidet. Men det er fortsatt bare halvparten av helsepersonellet i sykehjemmene som rapporterer å ha prosedyrer for å kartlegge ernæringsstatus og å veie pasientene. Man har tilsvarende erfaringer fra samarbeidsprosjekter mellom sykehus og kommune om ernæringsbehandling innen pleie og omsorg, ved fastlegekontorer og ved frisklivssentraler. Forbedringsarbeid finansieres gjennom statlige tilskuddsmidler, gir gode resultater, men opphører så snart tilskuddene stopper.

SVIKT I DAGENS HELSETJENESTETILBUD

Store pasientgrupper lider under tjenester av lav kvalitet, manglende tilgang på likeverdige tjenester, manglende samhandling og dårlige pasientforløp. Totalt utgjør dette en alvorlig pasientrisiko som medfører unødvendig sykdom og lidelse, forringet prognose og for tidlig død. Det fører også til store kostnader for den enkelte og samfunnet.

Ferske doktorgrader fra henholdsvis Helse-Bergen og Akershus universitetssykehus viser at om lag 30 % av pasienter på sykehus, og om lag 50 % av de eldre pasientene, er underernærte. Forekomsten er høy innen de fleste medisinske/kirurgiske spesialiteter. Kunnskapssenteret har, basert på avvik til meldeordningen, publisert rapporter og læringsnotater vedrørende ernæring de siste årene. Helsetilsynet fant i 2010 at to av tre sykehjem har avvik innen ernæringsarbeidet. I 2013 fant man at tilsyn har virket bevisstgjørende, men fortsatt er det store avvik og behov for kompetanse.

I Nord-Trøndelag og Tromsø finner man i en doktoravhandling, at anslagsvis 8 % av hjemmeboende eldre var i risiko for underernæring. Man kan med bakgrunn i undersøkelser anslå at omtrent 30 % av beboere i kommunale sykehjem i Oslo er underernærte eller er i fare for å utvikle underernæring. Forekomsten av kronisk lungesykdom, depressive plager og redusert funksjonsnivå er høyere blant de som er underernærte.

Som følge av samhandlingsreformen har liggetid i sykehus blitt redusert. Særlig gjelder dette pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Hele 95 % av kommunene erfarer at pasientene som skrives ut til kommunene er sykere enn før reformen. Pasienter som får igangsatt ernæringsbehandling på sykehus er komplekst syke og har sammensatte problemstillinger. Avansert ernæringsbehandling igangsettes under sykehusoppholdet uten å følges opp i tilstrekkelig grad etter utskrivelse. Som vist blant annet i undersøkelser fra England, er det nettopp *etter sykehusopphold* at den ernæringsmessige nedadgående spiralen igangsettes. Dette stiller krav til kvalitet i den kliniske ernæringsbehandlingen og til at god ernæringsbehandling inngår i hele pasientforløpet, både *før, under og etter* innleggelse ved sykehus for alle pasientgrupper.

En rekke nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, for eksempel retningslinjer for diabetes, spiseforstyrrelser og underernæring, skriver at klinisk ernæringsfysiolog skal involveres i behandlingsforløp, uten at dette etterlevs.

SKREDDERSYDD ERNÆRINGSBEHANDLING

- Skreddersydde tjenester bidrar til at brukere, gjennom mestring av dagliglivets gjøremål, klarer seg selv på tross av sykdom og funksjonsnedsettelse

Det er grundig dokumentert at ernæringsbehandling bidrar til å forebygge og utsette sykdomsprogresjon eller utvikling av komplikasjoner ved sykdom. Sykdom, medikamenter og kirurgiske inngrep påvirker behovet for, og omsetning av, næringsstoffer. Ernæringsbehandling er derfor vesentlig for å oppnå ønsket effekt av annen behandling. Omfattende klinisk forskning dokumenterer helsegevinst for den enkelte i form av utsatt debut av sykdom eller komplikasjoner til sykdom, færre komplikasjoner av sykdom, økt livskvalitet og økt overlevelse.

Store, velrenommerte og kjente studier fra Europa og USA har dokumentert effekt av kvalifisert ernæringsbehandling i forebygging, behandling og overlevelse av sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdom og kreft. Og ernæringsbehandling er vist å være kostnadseffektivt. Helsedirektoratet har beregnet at innføring av god ernæringspraksis i Norge *vil gi en årlig besparelse på minst 800 millioner kroner i sykehusene*, og antakelig mer enn dette i kommunehelsetjenesten. I Storbritannia er det anslått at et av de mest kostnadseffektive tiltakene i helsetjenesten vil være å satse på å forebygge og behandle underernæring og i USA er det nylig anslått at samfunnet kan spare over 15.5 milliarder dollar årlig ved å forebygge og behandle feilernæring og underernæring.