

INNSPILL TIL NY FOLKEHELSEMEDLING

Kjære Åse Michaelsen

Vi, masterstudenter i klinisk ernæring ved Universitetet i Bergen, takker for invitasjonen til å gi innspill til hvordan staten kan arbeide sammen for en bedre folkehelse. I dette innspillet ønsker vi å rette fokuset til ernæringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten, og hvordan dette kan bidra til å nå våre nasjonale mål om å være blant verdens 3 på topp i levealder, flere leveår med god helse og trivsel, samt å fremme helsen i hele befolkningen.

Vi lever lengre enn før, noe som medfører at risikoen for å leve lenger med sykdom og gjerne flere sykdommer øker. Dette resulterer i et større press på helsetjenesten i og med at sykdomsbildet blir mer komplekst.

Hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2017), en stor utfordring for helse- og omsorgssektoren. Dette rammer særlig eldre, syke, rusavhengige og personer med spiseforstyrrelser eller andre psykiske lidelser, og det er en tydelig sammenheng mellom underernæring og sykdom. Undersøkelser viser at manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant annet helsepersonell også er med på å påvirke ernæringsstatusen til inneliggende pasienter (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Helsemessige konsekvenser av underernæring er blant annet redusert motstand mot infeksjoner, redusert livskvalitet, lengre sykehusopphold (opptil tre ganger så lang liggetid) og økt dødelighet.

Utfordringer relatert til ernæringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten

1. Tilgangen på ernæringskompetanser er for lav. Pasienters ernæringsbehov blir mangelfullt ivare tatt.
 - a. Pleiegruppen føler seg alene om ernæringsansvaret, og KEF-ene oppleves som få, travle og utilgjengelige når behovet er størst (Eide et al. 2015).
 - b. Ernæringsarbeidet nedprioriteres til fordel for andre oppgaver som anses som viktigere (Eide et al., 2015).
2. Manglende systematisering av oppgaver rettet mot ernæring
 - a. Ansvar for organisering og koordinering av ernæringsarbeidet er ofte uklart på avdelinger, samt hvilke yrkesgrupper som kan/bør ha ansvar for de ulike ernæringsfaglige oppgaver, og hvilken kompetanse som kreves for disse.
3. Antallet ansatte KEF-er i spesialisthelsetjenesten er svært lavt, tatt i betraktning det økte behovet for ernæringskompetanse både i og utenfor sykehuset.
 - a. Tilgangen til KEF er liten, det vil si for få stillinger for KEF
 - b. KEF nevnes ikke i sykehusenes rapporter og planer
 - c. KEF brukes i liten grad
 - d. Mange av årets kull er uten ernæringsrelatert jobb
 - e. Norske sykehus har 1 KEF/1000 ansatt, mens det i Oslo-området er 2 KEF/1000 ansatt

KEF som verdifull ressurs på sykehuset

Helsepersonell føler seg utrygge på ernæringsrelaterte arbeidsoppgaver, og ønsker flere KEF-er og kurs i klinisk ernæring for å sikre bedre opplæring og oppfølging (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). KEF i spesialisthelsetjenesten vil være kostnadseffektivt ved å forebygge reinnleggelser. Kostnadsbesparelsene ble estimert til drøyt 3000 euro per pasient (Belqaid et al. 2016). Flere KEF-er vil gi innsparing på sikt, noe som fører til mindre institusjonalisering.

Forslag til tiltak

1. Det bør opprettes flere stillinger for kliniske ernæringsfysiologer, slik at vi som faggruppe blir like tilgjengelige, som for eksempel fysioterapeuter. Per 2018 er det 1 klinisk ernæringsfysiolog per 1000 pasient, mens det for fysioterapeuter er >1 per 100 pasient.
2. Mer tilgjengelige KEF-er på avdelingene
 - a. Målet om 1,5 KEF/100 voksensenger og 1,5 KEF/50 barnesenger i St.Meld 13 (2011-12) ble aldri nådd. Det bør derfor være et økt fokus på å videreføre dette målet i den nye folkehelsemeldingen. Pasientenes komplekse sykdomsbilder bidrar til at dette anslaget trolig er for lite, ettersom dette er KEF-stillinger i pasientrettet arbeid. I tillegg kommer poliklinikk, undervisning og opplæring av pasientgrupper, forskning, FOU. Dette medfører økt press på poliklinisk behandling. Vi foreslår derfor at målet revideres i samsvar med det økende behovet.
3. Stikkprøver på hvorvidt pasientene screenes eller ikke
 - a. Ernæring er rutine, og kvalitetskontroller er nødvendig for å sikre at disse følges. Dette kan øke fokuset på ernæring og forebygging av sykdomsrelatert underernæring.
 - b. Dersom pasienter ikke screenes fører det til bot fra øverste hold.
4. Videreformidling av dokumentasjon
 - a. Ved utskrivning bør behandlingsplanen for ernæring følge pasienten for å hindre reinnleggelser.
5. Integrere ernæring i pakkeforløpene
6. Strategi/plan for å øke antall KEF i spesialisthelsetjenesten.
 - a. Utvide refusjonsordningen slik at KEF-stillingene kan finansiere seg selv.

Mulige effekter av foreslåtte tiltak kan være:

1. Bedre utfall av sykehusoppholdet
2. Redusert rekonvalesenstid - redusert liggetid
3. Færre reinnleggelser
4. Økt livskvalitet for pasienten – bedre ernæringsstatus kan øke fysisk og psykisk helse
5. Økt tverrfaglig samarbeid
6. Samfunnsøkonomisk gevinst – færre sykehusdøgn og reinnleggelser kan gi potensielle kostnadsbesparelser på omkring 800 millioner i året (Juul, 2010).

Med vennlig hilsen

Masterstudenter i klinisk ernæring

Karen, Maria, Kristina, Mari-Anne, Emilie og Marthe

Referanser

Belqaid, K., Brandt, C.F., Lugnet, K., Nielsen, A.L., Pohju, A., Rasmussen, H.H., Beck, A.M. (2016). MON-P019: Adding a Dietitian to a Discharge Follow-Home Team is Cost-Effective for Geriatric Patients at Nutritional Risk. *Clinical Nutrition*, 35, S160.

Eide, H. D., et al. (2015). "Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses." *Journal of Clinical Nursing* 24(5-6): 696-706.

Juul, H. J., (2010). Forebygging og behandling av underernæring - Potensial for kostnadsbesparelser? Universitetet i Oslo, Oslo.

Nasjonalt råd for ernæring (2017). Sykdomsrelatert underernæring. Tilgjengelig fra: http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underernæring_IS-0611.pdf