

Innspill til høringsutkast Utviklingsplan 2035

Fra: Senter for ernæring og Programutvalg ernæring, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Professor i klinisk ernæring Jutta Dierkes, leder av programutvalg ernæring, Klinisk institutt 1,

Professor Kjell Morten Myhr, instituttstyrer, Klinisk institutt 1, UiB

Bakgrunn

UiB utdanner årlig 20 masterstudenter i klinisk ernæring som blir autoriserte som kliniske ernæringsfysiologer.

Vi har et godt undervisnings- og forskningssamarbeid med Haukeland universitetssjkehus (HUS). De fleste av våre studenter i klinisk ernæring gjennomfører sine vitenskapelige masteroppgaver i samarbeid med avdelinger ved HUS. Arbeidet utgjør 60 studiepoeng og resulterer ofte i en vitenskapelig publikasjon med både sykehusansatte og universitetsansatte som medforfattere.

Vi har lest utviklingsplan 2035 og det bekymrer oss at fagområdet klinisk ernæring og profesjonen klinisk ernæringsfysiolog ikke blir nevnt.

Ernæring er en viktig del av pasientbehandlingen og nødvendig for å få optimalt utbytte av annen behandling. Forskning viser at spisskompetanse i klinisk ernæring er nødvendig for optimal ernæringsbehandling i sykehus. Dette kan forebygge komplikasjoner etter annen behandling, infeksjoner (Skeie 2018) og redusere risikoen for re-innleggelser. Ved HUS er ca. 30% av pasientene i ernæringsmessig risiko eller underernært (Tangvik 2015). Dette tallet forventes å øke etter hvert som vi blir flere eldre og flere multimorbide pasienter.

Tall fra helsedirektoratet anslår at det norske helsevesenet kan spare opptil en milliard kroner i året på å ivareta ernæringsstatusen til pasientene bedre, blant annet ved mindre sykkelighet og redusert liggetid i institusjon. Derfor er det uforståelig at fagområdet klinisk ernæring og profesjonen klinisk ernæringsfysiolog ikke er inkludert i planen.

Konkrete innspill:

Kapittel 2

Kliniske ernæringsfysiologer inngår ikke i bemanningstabell side 10. Selv om antall klinisk ernæringsfysiologer ved Haukeland universitetssjukehus er så lite at det knapt vil synes, er det viktig at også denne personalgruppen er med. Det vil være et viktig og riktig signal om at sykehuset anerkjenner personalgruppens og fagets betydning.

Kapittel 3

Ernæring er pasientsikkerhet og mange oppgaver innen ernæring kan utføres av helsepersonell uten ernæringsfaglig bakgrunn, etter å ha fått opplæring i slike oppgaver. Men, det er særlig to utviklingstrekk i samfunnet som vil medføre et økende behov for spisskompetanse innen ernæring:

- 1) Antall personer med overvekt og fedme øker fremdeles. Disse har økt risiko for mange kroniske sykdommer som ofte er mer krevende å behandle når vekten er høy.
- 2) Andel eldre i befolkningen vil øke og antall personer som er 80 år og eldre vil trolig doubles innen 2035. De eldre er både utsatt for underernæring og de har ofte flere sykdommer. Til sammen gir det et komplekst sykdomsbilde.

Det er helt nødvendig med mer ernæringsfaglig spisskompetanse i sykehuset slik at denne profesjonen kan inngå i behandlingsteamene. Det er også nødvendig at sykehuset ser det stadig økende behovet for denne kompetansen.

Kapittel 4.4

En studie fra Nederland viser at for hver euro som brukes til å lønne en klinisk ernæringsfysiolog sparer helsetjenesten 4 Euro på andre kostnader (Lammers and Kok, 2012).

Vi ønsker å påpeke at antall kliniske ernæringsfysiologer ved sykehuset er særlig lavt, tatt i betraktning sykehusets behov for denne kompetansen. Dette har en historisk årsak som ikke er faglig begrunnet. Vi foreslår derfor at sykehuset omtaler mangelen på ernæringsfaglig kompetanse og skisserer en plan for hvordan behovet for den ernæringsfaglige kompetansen skal ivaretas.

Kapittel 5

Ernæringsstrategien nevnes med rette i det forebyggende arbeidet og vi vet at ernæring også inngår pasientsikkerhetsprogrammet og undervisningen ved LMS.

Vi savner ernæring som tema i samhandling med kommunale helsetjenester og ønsker å påpeke at ernæring hører inn i flere, kanskje alle, pasientforløpene. Det er vitenskapelig godt dokumentert at man kan redusere komplikasjoner og redusere liggetiden ved å forebygge underernæring.

Kapittel 6.1 oversikt over grep

Vi ser at ernæring teoretisk sett kan inngå i (nesten) alle de 13 foreslåtte grepene sykehuset planlegger å gjennomføre, men er urolig for at dette ikke skjer.

Med landets første ernæringsstrategi satte Haukeland universitetssjukehus ernæring på dagsorden allerede i 2005 og ble derved en nasjonal foregangsinstusjon i arbeidet for å integrere ernæring i pasientbehandlingen. Vi oppfordrer sykehuset til nok en gang å ta

lederskap i dette arbeidet og foreslår derfor et grep pkt. 14: Sikre god ernæringsstatus til pasientene.

Kapittel 6.2.5 Samhandling med kommunene i foretaksområdet

Et prosjekt i Nordland viste at man kunne redusere antall re-innleggelser med 40% bare ved å følge opp ernæringsstatusen til pasienter etter utskrivelse. Likevel mangler kommunene ernæringsfaglig kompetanse, noe som gir tilbakevirkende konsekvenser for sykehuset.

Referanser

Skeie E, Koch AM, Harthug S, Fosse U, Sygnestveit K, Nilsen RM, Tangvik RJ. A positive association between nutritional risk and the incidence of surgical site infections: A hospital-based register study. PLoS One. 2018 May 15;13(5):e0197344.

Tangvik RJ, Tell GS, Eisman JA, Guttormsen AB, Henriksen A, Nilsen RM, Øyen J, Ranhoff AH. The nutritional strategy: four questions predict morbidity, mortality and health care costs. Clin Nutr. 2014 Aug;33(4):634-41.

Lammers M, Kok L.: Kosten-Batenanalyse Dietetiek. Seo economisch onderzoek. Amsterdam 2012