



Rendalen 22.august 2021

Høring - Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring

Legeforeningen har fra Helsedirektoratet mottatt høring om *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*.

Helsedirektoratet skriver at målet med revisjonen av retningslinjen er å redusere uønsket variasjon i forebygging og behandling av underernæring. Det skal bli enklere å vurdere risiko for underernæring i helse- og omsorgstjenesten, og at risikovurdering skal bli gjort på en ensartet og standardisert måte.

Vurdering av risiko for underernæring

Retningslinjen anbefaler å bruke verktøyet MST – Malnutrition Screening Tool. Dette er et verktøy som er lite brukt i allmennmedisin, og vi kan ikke se at bruken av verktøyet er avgjørende for å kartlegge og identifisere personer med risiko for underernæring i møtet med allmennlegen. Verktøyet består av to spørsmål «*Har du gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøkt på det?*» og «*Har du spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?*». Ved to poeng eller mer er pasienten i risiko for underernæring, og kartlegging og tiltak skal iverksettes. I allmennmedisin er vi opptatt av å stille åpne spørsmål og kartlegge hvordan pasienten har det. Vi kan ikke se at dette skjemaet gir ytterligere verdi utover at allmennlegen skal være oppmerksom på risiko for underernæring. Vi ønsker ikke at våre konsultasjoner skal være styrt av en rekke screeningsskjema. Vi tror det er mye større implementeringsgevinst i å vektlegge oppmerksomhet på underernæring enn å anbefale MST.

Det foreslåtte flytskjemaet er heller ikke spesielt anvendelig i allmennmedisin.

Direktoratet ber spesielt høringsinstansene om å bringe inn erfaringer fra praksisfeltet i sine innspill, for eksempel «*hvor ofte risikovurdering gjentas, både for personer som ved første risikovurdering er vurdert å være i risiko for underernæring og personer som er vurdert ikke å være i risiko*». Det vises til at det er stor variasjon mellom fylker og kommuner i hvem som har gjennomført risikovurderinger. Når dette måles vil det være ulikt hva som teller som å ha gjennomført en risikovurdering. Det er ikke risikovurderingen i seg selv som er det viktigste, men at det er færrest blir eller er underernærte. Når kvalitetsindikatorene måler andel risikovurderinger og ikke andel med underernæring, må det være god dokumentasjon på sammenheng mellom risikovurdering og effekt på å forebygge underernæring. Det vil aldri være slik at 100% av de som er i risiko utvikler underernæring, det er derfor også viktig å vurdere ressursene som brukes til forebygging mot ressursene som brukes til behandling. Individrettet forebyggende arbeid krever generell kunnskap basert på gruppestudier, samfunnskunnskap og gjennomsnittlig sannsynlighet. Menneskets biologi og biografi kan ikke skilles fra hverandre. Samfunnets strukturer og sosiopolitiske forhold legger sterke føringer for hvem som får (eller rammes av) sykdom, lidelse eller helseproblemer, sosiale problemer eller rusmisbruk. Risiko for uhelse kan i sin enkleste form kvantifiseres til en relativ risiko og en absolutt risiko. Statistikk og objektive data vil være nødvendig grunnlag for et slikt arbeid.

Det er allikevel det personlige møte og kjennskapet til pasienten som er avgjørende for å lykkes med endring og motivasjon for pasientene. Ulike tilstander, sosioøkonomiske forhold, iboende ressurser og lignende vil være avgjørende for sannsynlighet for å lykkes. Fastlegen har en sterk posisjon for å velge riktig tilnærming og strategi. **Kjennskap til pasienten over tid og det å se helheten er det viktigste individrettede forebyggende tiltak.**

Risikokartlegging med mål om individrettet forebyggende arbeid er noe annet enn risikokartlegging av pasienter med kjent sykdom og oversikt over egen pasientliste. Norsk forening for allmenntmedisin (NFA) mener at fastlegen må få gode verktøy for å ha oversikt over sin pasientliste. NFA støtter å styrke fastlegenes koordinatorrolle og det helhetlige listeansvaret, men kjerneoppgavene i allmenntmedisin er fortsatt diagnostikk og behandling. Det viktigste er alltid det personlige møtet mellom lege og pasient. Fastlegen skal ha ekstra oppmerksomhet mot og tilgjengelighet for, de som trenger det mest.

Oppfølging av særlig sårbare pasienter med sammensatte lidelser krever at fastlegen har nok tid og kapasitet til å ivareta «dårlige etterspørrere». Pasientens mulighet til å oppsøke legen

avhenger tilgjengelighet og økonomi, NFA arbeider for innføring av sosialt frikort. NFA støtter det videre arbeidet for å utvikle gode system som gir fastlegen oversikt over sine listepasienter. Det er nyttig å ha et godt verktøy for å kunne identifisere pasientgrupper, f.eks ved vurdering av risiko for underernæring. I systematisk kvalitetsarbeid i egen praksis er dette også en nødvendig funksjon. Mange fastleger tar kontakt med pasienter som har kroniske sykdommer og tilbyr oppfølging. Det vil imidlertid alltid være mennesker som ikke ønsker legens innblanding, men vil ta egne valg om liv og helse. Dette må respekteres, og **fastlegen må aldri pålegges oppsøkende virksomhet som kan være integritetskrenkende eller respektløst.**

Vi ønsker oss mer konkret veiledning i anbefalingene for å huske kartlegging av ernærings situasjon for pasientgrupper vi ofte møter i allmennmedisin. Vi tror det er størst behov for økt oppmerksomhet på underernæring ved sykdommer vi ofte kontrollerer i allmennmedisin, som KOLS og hjertesvikt. Disse og andre tilstander med økt risiko kan omtales mer konkret i retningslinjen.

Kartlegging av ernæringsrelevante opplysninger

Vi opplever ikke at denne delen av retningslinjen er skrevet for allmennmedisin. Retningslinjen er på 56 sider og mange av tiltakene under «kartlegging» er ikke relevante for allmennlegen. Fastleger har utallige veiledere, retningslinjer og pakkeforløp å forholde seg til. Hver av disse inneholder masse informasjon, der store deler er relevant for andre tjenesteytere. Det er derfor viktig at informasjonen fastlegene har behov for er lett tilgjengelig og brukervennlig. NFA ønsker at informasjon rettet mot fastleger er lett tilgjengelig og helhetlig. Det at retningslinjer og veiledere er så fragmenterte medfører nok at de blir mindre brukt av fastleger. Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) er det oppslagsverket allmennleger bruker. Den er langt mer brukervennlig for oss enn å slå opp i ulike retningslinjer. Det er viktig at omtalen i NEL er kontinuerlig oppdatert og samsvarende med de nasjonale retningslinjene. Kanskje kunne hele retningslinjen vært delt opp etter ansvarsområde. Selv om vi samarbeider godt i primærhelsetjenesten, og skal samarbeide enda bedre, har vi ikke alle samme ansvar og oppgaver. For oss er det naturlig at også en nasjonal retningslinje skiller mellom dette, litt senere i dokumentet vises det til Helsedirektoratets egen «anbefaling om fordeling av ansvar og oppgaver for å sikre god ernæringspraksis i helse- og omsorgstjenesten».

Vi savner konkret veiledning på hvilket tidspunkt en eldre og skrøpelig pasient faller innunder kriteriene for refusjon av ernæringsmidler på blå resept: *"annen sykdom som medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd"*. Vi savner generelt omtale av refusjonsordningen og veiledning til tolkning av refusjonskriteriene i retningslinjen.

Tilpasning og tilførsel av tilstrekkelig ernæring

Her omtales spesifikt «*Ernæring til personer som får lindrende (palliativ) behandling*» og «*Ernæring i livets slutfase*». Vi savner en tydeligere anbefaling for anorexi, dette er en sykdom som ikke bare rammer unge jenter og som hører inn under tilpasning og tilførsel av tilstrekkelig ernæring.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder