

03.02.2021

Helsedirektoratet
postmottak@helsedir.no

Referanse 20/40179-1

INNSPILL TIL FORSKRIFT OM KRAV TIL INNSENDINGSFORMAT VED INDIVIDUELL STØNAD FOR LEGEMIDLER OG NÆRINGSMIDLER

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) arbeider for at fagområdet klinisk ernæring integreres i norsk helsearbeid, for å sikre befolkningen nødvendig, likeverdig og god klinisk ernæringsfaglig tjeneste og behandling. Foreningen jobber for at utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer samsvarer med samfunnets og pasientenes behov for trygge, sikre og effektfulle ernæringstjenester av høy kvalitet.

Kliniske Ernæringsfysiologers Forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) hilser Helsedirektoratets forslag om å gjøre den nye blåreseptsøknaden obligatorisk for leger velkommen. Bakgrunnen for dette er de mange fordelene søknadsprosessen vil gi.

Faglig grunnlag

- At søknadsformularet er i overensstemmelse med Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, styrker det faglige grunnlaget for behandling av søknader.
- At søknadskriteriene er basert på ernæringstilstand frem for sykdomstilstand, som en følge av ovennevnte, er likeledes en styrking av det faglige fundamentet for behandling av søknaden. Næringsdrikker og sondeløsning gis på bakgrunn av ernæringsproblemer, som ofte går på tvers av sykdomstilstander. Dette bidrar til å minske risikoen for feil behandling av eller avslag på søknader, som ut fra problemstilling er berettiget til stønad.
 - Særlig er det positivt at *risiko for underernæring og skal gjennomgå planlagt større kirurgi* er tatt med, slik at næringsdrikker ved behov kan komme inn tidlig i et sykdomsforløp, og kunne føre til bedre utfall av sykdomstilstanden.
- En gruppe pasienter blant disse savnes imidlertid, nemlig kreftpasienter som skal gjennomgå strålebehandling og/eller kjemoterapi. Uavhengig av kreftform er dette pasienter som utsettes for risiko for underernæring på grunn av selve behandlingen. De burde derfor fremgå som en egen gruppe.
 - Alternativt kunne denne pasientgruppen fremgå som et unntak fra langvarighetskravet på 3 måneder for stønadsberettigelse. Gruppen ville dermed

fremstå tidligere i søknadsformularet og øke sjansen for å bli sett av legen som fyller ut søknaden.

Forenklet digital løsning

- At den nye søknadsportalen er forenklet, teknisk oppdatert og mer brukervennlig, er klare fordeler både tidsmessig, økonomisk og faglig. Den forutsetter imidlertid kunnskap hos legen om søknadskriteriene vedrørende screening og screeningsverktøy, Ernæringstrappen i Kosthåndboken, produktene innen kategorien næringsmidler og hvor egnet de er i forhold til pasientens behov. Uten denne kunnskapen kan søknaden og selve utfyllingen oppleves komplisert, og legen risikerer å få avslag på søknaden.
- At man kan få informasjon om pasienten allerede har et vedtak, dersom legen er tilknyttet Helsenettet, er tidsbesparende ved at Helfo slipper dobbel søknadsbehandling.
- At man får svar på søknaden umiddelbart, gjør at pasienten slipper å vente i ukesvis på et vedtak og slipper å legge ut penger, som etterbetales.

Prioriteringskriteriene

- I besvarelsen av prioriteringskriteriene, kreves det ett svar for både del I, som er felles for tilstand 1 (moderat eller alvorlig underernæring), 2 (risiko for underernæring) og 9 (skal gjennomgå planlagt større kirurgi) og del II, som er separat for pkt. 1, 2 og 9. Dette kan oppleves komplisert for legen som skal fylle ut skjemaet. Her burde det være mulighet for å avgi svar på del I og del II hver for seg. Muligheten for å svare "Ja" hvis pasientens tilstand tilsier at man bør gå direkte på næringsdrikker uten å ha prøvd de fire trinnene i Ernæringstrappen først, kan lett overses. Det bør unngås ved en tydeliggjøring av dette i del I.
- Å besvare del II av prioriteringskriteriene, krever kunnskap om definisjonskriterier for moderat og alvorlig underernæring samt skåringssystemet i de ulike screeningsverktøyene. At legene nå tvinges til å sette seg inn i dette hvis den nye søknadsprosedyren blir obligatorisk, er i seg selv positivt. Dette er viktig kunnskap enhver lege bør ha.

Automatisering

- Automatiseringen av henholdsvis vedtak og avslag gjennom besvarelsen av langvarighetskravet (3 måneder), kronisk sykdom (minst 2 år) og prioriteringskravene, medfører rask avklaring av hvilke søknader som oppfyller kriteriene eller ikke, og er dermed tidsbesparende. Samtidig gir det en mer enhetlig og lik behandling av søknadene. Ulempen er hvis prioriteringskravene ikke forstås, og besvares med "Nei". Da går søknaden til manuell behandling, hvilket medfører lang ventetid for pasienten.
- At tidligere vedtak lett kan hentes frem av lege og apotek, forenkler saksgangen for Helfo, som slipper dobbel søknadsbehandling. For pasienten vil det også være enklere å kunne gå direkte til apoteket og hente ut produktene uten å måtte vise frem en skriftlig bekreftelse på vedtaket.
 - For kliniske ernæringsfysiologer ville det være en stor fordel hvis de kunne sjekke det samme gjennom tilgang til vedtak. I praksis er det ofte de som etter

henvisning fra lege veileder pasienten i forhold til næringsdrikker som del av ernæringsbehandlingen.

Dialog med interessenter

Under denne overskriften er det i høringsbrevet nevnt Legeforeningen, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratets brukerråd, e-resept endringsforum og e-resept endringsråd samt ulike EPJ leverandører. KEFF stiller seg undrende til at profesjonen kliniske ernæringsfysiologer ikke har vært tatt med som en relevant interessent. Blant helsepersonell er de den yrkesgruppen som innehar den nødvendige kunnskapen om søknadskriteriene og produktenes egnethet til ulike tilstander, og er de som kommuniserer med legene og pasientene om dette.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Under denne overskriften er konsekvenser for legene tatt med. Her savnes hvilke konsekvenser det har for samhandlingen mellom leger og kliniske ernæringsfysiologer. Innen spesialisthelsetjenesten er det i praksis kliniske ernæringsfysiologer som får henvist pasienter av legene og som tar stilling til valg av næringsdrikker som del av ernæringsbehandlingen og som veileder pasientene. Etterfølgende må legen gis beskjed om å søke via blåreseptsøknaden og skrive ut resept. Hvis legen ikke kjenner søknadskriteriene eller søknadsprosedyren, er det ofte kliniske ernæringsfysiologer de henvender seg til for hjelp. Slik har det også vært ved manuell søknad. Dette endrer ikke den nye blåreseptsøknaden på. Når tilgangen på ressurser innen klinisk ernæring i forveien er knappe, vil dette være unødvendig og feil tidsbruk av denne kompetansen.

Som konklusjon er KEFF positiv til å la den nye digitale blåreseptsøknaden bli obligatorisk for legene, sett i lys av de tidsmessige, økonomiske og faglige fordelene det gir. Den forutsetter imidlertid en kunnskap legene ofte etterspør fra kliniske ernæringsfysiologer. Det gjenstår derfor et omfattende informasjonsarbeid skal dette fungere i praksis uten å gå på bekostning av kliniske ernæringsfysiologers tid.

Med vennlig hilsen

Mandeep Kaur Bains
Styreleder