



Handläggare
Karin Kauppi, Susann Ask

Yttrande/remissvar
2020-08-22

Dnr S2020/02841/FS

Dietisternas Riksförbund

God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Dietisternas riksförbund (DRF) tackar för möjligheterna att ta det av och lämna synpunkter på delbetänkande God och nära vård- En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem SOU 2020:19

Sammanfattning

DRF välkomnar utredningens samtliga förslag om författningsändringar och delar de problembeskrivningar som utredningen lyfter med dagens förutsättningar inom hälso- och sjukvården. DRF ser mycket positivt på de konsekvenser som förslagen skulle ge om de träder i kraft och ser också förutsättningar att stärka patienternas möjligheter till god nutritionsvård.

DRF uppmärksammar med glädje att utredningen belyser nutritionens betydelse för hälsan och även dietistens roll. Det är av stor betydelse för att synliggöra problematiken runt matvanornas bidrag till sjukdomsördan och vad hälso- och sjukvården skulle kunna göra för att stödja människor till mer hälsosamma matvanor.

DRF vill framföra följande allmänna synpunkter på förslaget:

DRF har full förståelse för att utmaningarna för att nå målbilden om en god och nära vård är många och flerkategoriella. DRF väljer dock att lyfta de aspekter som berör hälso- och sjukvård med nutrition utifrån perspektiven prevention, sjukdomsbehandling och systematiskt arbete mot undernäring bland äldre och svårt sjuka, samt tidiga insatser riktat mot barn och unga, då dessa utgör dietistens spetskompetens. Det finns en stark koppling mellan matvanor och hälsa för individer och befolkning, både ur ett sjukdomsförebyggande perspektiv, men också som en del av behandlingen vid etablerad sjukdom. Inom hälso- och sjukvården i Sverige uppmärksammas inte denna koppling i tillräckligt hög utsträckning. Kunskapsläget gällande matvanor och nutrition är generellt låg och patienter får inte i tillräcklig utsträckning det stöd och den kost- och nutritionsbehandling, de skulle vara betjänta av. Dessa delar är i dagens hälso- och sjukvård, framförallt inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, eftersatta. DRF ser en stor potential i att stärka kompetens och möjlighet att arbeta med nutrition och matvanor för att åstadkomma en god, nära och jämlik vård utifrån patientens behov. DRF ser att flera av de



förslag som utredningen lägger skulle kunna gynna människors möjligheter att inom hälso- och sjukvården få ta del av stöd och behandling inom matvanor och nutrition, både förebyggande och behandlande.

Dietisternas riksförbund har i tidigare remissvar uppmärksammat flera faktorer som påverkar förutsättningarna för en god och jämlik hälsa i befolkningen kopplat till i primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Som bakgrund för DRFs kommentarer önskar vi lyfta ett flertal aspekter utifrån vilka matvanor och nutrition påverkar befolkningens hälsa:

- Ohälsosamma matvanor är den riskfaktor som bidrar mest efter tobak till sjukdomsburden i Sverige, enligt [Global burden of disease](#) utförd av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Ohälsosamma matvanor orsakar varje år 6400 förtida dödsfall, varav majoriteten i hjärt-kärlsjukdom, följt av cancer. Dessa skulle kunna undvikas eller försenas om svenskarna följde näringsrekommendationerna. Kostnaden för detta har beräknats till 53 miljarder årligen. *Saha et al, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019.*
- Matvanor spelar en nyckelroll även när det gäller omställningsarbetet för en hållbar framtid. Mat, livsmedelsproduktion och konsumtion har koppling till i stort sett alla 17 mål i Agenda 2030. För att uppnå en hållbar livsmedelssektor behöver inte bara produktionsmönster ändras, människor matvanor behöver hamna i linje med rekommendationerna. En övergång till en mer växtbaserad kost med mindre rött kött och mer frukt och grönsaker kommer inte bara att minska risken för livshotande sjukdomar, utan även livsmedelssystemets miljö- och klimatpåverkan. [EU-kommissionens Jord till bord-strategi.](#)
- Utsatta grupper har generellt mer ohälsosamma levnadsvanor och kopplingen till påverkbara hälsoproblem är stark. Dessa grupper har en “dubbel börda” av malnutrition och förekomsten av såväl övervikt och kronisk sjukdom relaterade till ohälsosamma matvanor, som undernäring och svält, är påtaglig även i Sverige. [Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige, SLV, 2016.](#) Den senaste matvaneundersökningen bland barn och ungdomar, Riksmaten ungdom 2016-2017, visade att över 20 % av barnen till föräldrar med låg utbildningsnivå eller låg inkomst har ohälsosamma matvanor jämfört med under 10 % hos barn till föräldrar med hög utbildningsnivå.
- Resultat från en sammanställning “Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer; a Global Perspective, 2018” från World Cancer Research Fund (WCRF) visar att en så stor andel som 40 % av alla cancerfall kan förebyggas med bättre matvanor och fysisk aktivitet.
- Över 50 % av Sveriges vuxna befolkning har övervikt eller fetma (Folkhälsoenkäten 2018), 90 % av befolkningen följer inte rekommendationer om hälsosamma matvanor (Riksmaten 2010, Folkhälsoenkäten 2018) och över 20 % av alla vuxna beräknas ha betydande ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018). Corona-pandemin har också tydligt visat hur personer med övervikt och fetma utgör en betydande riskgrupp för allvarlig sjukdom.



- Undernärningen bland äldre och allvarligt sjuka är utbredd. Olika studier har visat att mellan 30-50 % av personer inlagda på vårdinrättning har risk för eller etablerad undernärning. För sköra äldre inom särskilt boende beräknas siffran motsvara upp till 60 %. Av dessa beräknas två tredjedelar vara vårdrelaterad och undvikbar. Detta medför stort lidande för individen och stora kostnader för samhället. En undernärd patient beräknas kosta dubbelt så mycket som en välnärd och vårdtiden blir förlängd, samtidigt som behandlingsinsatser riskerar att få sämre verkan.
- För ett flertal sjukdomar och diagnoser är kost- och nutritionsbehandling en viktig del av den medicinska behandlingen och i vissa fall kan den bästa behandling enbart bestå av rätt anpassad kost. Detta riskerar dock att inte komma patienter till del i så stor utsträckning som det skulle kunna, mycket på grund av att kost- och nutritionsfrågor inte tillmäts tillräcklig prioritet. Felbehandlingar och felaktiga råd till patienter vid olika diagnoser innebär stora patientsäkerhetsrisker och utebliven effekt som skulle kunna uppnås med rätt behandling.

Att integrera nutrition tydligare inom primärvården har visat sig ge både hälsofördelar och ekonomiska fördelar. Hälsoekonomiska analyser visar att för varje euro som spenderats på nutritionsbehandling får samhället tillbaka mellan 14 och 63 euro, beroende på sjukdomsgrupp.

DRF vill med detta förmedla att det finns ett stort behov av att utveckla arbetet inom nutritionsområdet för att uppnå en god och nära vård, då det finns både hälsovinster och ekonomiska vinster om arbetet kan växlas upp. DRFs förhoppning är att de förslag som utredningen lägger också kan bidra till att nutritionens roll i den nära vården kan stärkas och gynna befolkningens hälsa, speciellt för de grupper som har de största behoven.

Nedan följer DRF:s mer detaljerade kommentarer enligt dispositionen i remissen/betänkandet/förslaget

3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

3.2 Framgångsfaktorer för omställningen

DRF delar utredningens bild av de framgångsfaktorer som presenteras. Särskilt angeläget är det att ta tillvara framgångsfaktorerna och föra ut dessa till regionerna och kommunerna. Det är också mycket viktigt att stärka och involvera kommunerna mer och tydligare i omställningsarbetet för att åstadkomma den omställning som avses.

3.2.2 Interprofessionellt lärande

DRF uppmuntrar de möjligheter som interprofessionellt lärande kan medföra och stödjer att detta utvecklas på universiteten, men vill också lyfta att det behövs möjligheter att få arbeta interprofessionellt i den kliniska vardagen. Interprofessionellt lärande och teamarbete är viktiga förutsättningar för dietistens arbete, så att patienten får ut mesta möjliga av vårdinsatsen. Ett personcentrerat arbetssätt är också en förutsättning för genomslag av kostbehandlingen. Som tidigare uppmärksammats behöver dietister få möjlighet att vara en del i teamet runt patienten på likvärdiga villkor som andra professioner.

3.2.3 Salutogent förhållningssätt



Inom dietistens profession är det en naturlig del av rollen att arbeta för att främja hälsa genom att stödja människor till hälsosamma och anpassade matvanor, både som förebyggande insats och som del i behandling. DRF ser därför mycket positivt på att utredningen så tydligt lyfter sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser som viktiga framgångsfaktorer och ger dessa områden stärkt ställning genom flera av de olika förslag som utredningen lägger. DRF anser samtidigt att också de olika hälsoprofessionernas roller måste stärkas i det framtida omställningsarbetet för att uppnå målen. Hälsoprofessionerna, och i synnerhet dietister, är ofta marginaliserade i hälso- och sjukvården och ges inte möjligheter att verka fullt ut för att bidra till patienternas behov av olika former av specialiserade åtgärder. Detta är ett av de hinder som DRF speciellt vill lyfta i sammanhanget och komplettera utredningens beskrivning av de hinder som finns för att förverkliga utredningens vision om en god och nära vård.

3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling

DRF har i tidigare delbetänkanden kommenterat problematiken med kompetensförsörjning av dietister. Som tidigare beskrivits ser DRF att dietistens kompetens är underutnyttjad inom många arenor inom hälso- och sjukvården. Det finns stora svårigheter för en liten yrkesgrupp att visa på brister. Det råder brist både på dietisttjänster och brist på dietister. Strukturen i hälso- och sjukvårdsregionerna är framför allt fokuserad kring de stora professionsgrupperna. Om det exempelvis i en av Sveriges mindre regioner saknas 100 sjuksköterskor, 150 undersköterskor, 50 läkare så blir avsaknaden av 2 dietister en ickefråga och lyfts inte vidare trots att det kanske motsvarar 30 % av regionens befintliga tjänster i primärvården. När den proportionella delen av dietisttjänster är så liten är det också svårare att visa på nyttan av dietistens arbete.

Bristen på dietister blir tydlig i de redovisningen från regionerna om hur den nya behovsstyrda vårdgarantin kan efterlevas. Endast 25 % har fått medicinsk bedömning hos dietist (se stycke 2.3.2 Behovsstyrd vårdgaranti s.85). Det är svårt att tolka vad denna siffra innebär, men utifrån resonemanget ovan angående kompetensbrist förstärker detta bilden av att fler dietister behövs i primärvården för att motsvara befolkningens behov.

DRF efterlyser ett regelsystem eller nationell riktlinje som fastställer lägsta nivå av grundkompetens inom olika områden, tex nutrition. Då det inom många verksamheter, speciellt kommuner, där dietister saknas helt, är det svårt att alls bygga upp kompetens och fortbilda inom nutrition.

3.3.8 Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån

DRF delar utredningens problembeskrivning när det gäller kvalitetssäkrade data för primärvårdsnivån.

Det finns behov av att ta fram nationella indikatorer kring nutrition och matvanor, eftersom detta utgör en oberoende riskfaktor. I dag används ofta BMI som mått på grupperns matvanor, vilket inte speglar risker med inadekvat nutritionsstatus. Ett exempel på detta är att Kolada använder andel med fetma som ett mått på mål 2 "Ingen svält" i Agenda 2030, vilket inte alls speglar målet. Både fetma och svält är tillstånd med svåra hälsorisker och en person med fetma kan samtidigt vara felnärd. Den exakta förekomsten av undernäring i Sverige är inte kartlagt. Baserat på en sammanläggning av fyra års nationella screeningveckor i Storbritannien beräknas 5 procent av den vuxna befolkningen där vara i risk för undernäring. Det skulle i Sverige betyda drygt 400 000 personer.



Detta mått missar också helt de risker som ohälsosamma matvanor innebär, oberoende av BMI. Till viss del finns denna kunskap, men regioner och kommuner underlåter till stor del att agera utifrån kunskapen och möjliggör inte adekvata åtgärder. Det finns också behov av att utveckla en struktur för hälsoekonomiska data för det främjande och förebyggande arbetet. Med en nationellt samordnad hälso- och vårddata skulle bättre diagnostik och behandling och prevention kunna utvecklas.

När det gäller framtidens vårddokumentationssystem, inklusive kommunernas, är det viktigt att de byggs så att det finns en enhetlig och tydlig struktur även för nutritionsparametrar, så att dessa kan inkluderas i olika typer av kvalitetsregister och nationella mätningar. Initiativ finns på regional nivå, men när det inte finns en övergripande samordning, riskerar uppgifter och data att inte bli jämförbara. Lärande och utvecklingspotential riskerar då att gå förlorade.

4 Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med “hälso- och sjukvård i hemmet” och

4.2.4 Tydliggörande gällande hälso och sjukvård i hemmet.

DRF välkomnar särskilt förtydligandet att det är samma hälso- och sjukvård som ska utföras oavsett om det är på vårdinrättning eller i hemmet, och oavsett vem som är huvudmannen. Detta stärker kraven på kommunernas kompetensförsörjning och kompetensen hos medarbetarna.

Det är ett stort problem att det saknas dietister i kommunerna, särskilt kopplat till att de personer som är i behov av sjukvård i hemmet ofta är de mest sårbara när det kommer till risk för undernäring och nutritionsrelaterade problem. DRF vill påminna om att i sammanhanget där krav lyfts att kommuner bör införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) utöver den lagstadgade funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), bör även funktionen nutritionsansvarig dietist (NAD) lyftas. De ansvarsområden som en MAS och en MAR innehar, omfattar inte nutritionskompetens. Endast 59 av landets 290 kommuner har en dietist anställd, av dessa har sex stycken uppdraget nutritionsansvarig dietist (NAD). Nyligen har DRF fått signaler om att flera dietister inom kommunerna i stället har sagts upp och tjänsterna avvecklas, vilket DRF ser mycket allvarligt på ur patientsäkerhetssynpunkt

När det kommer till avtalssamverkan om sjukvård i hemmet hoppas DRF på att förslaget från utredningen kompletteras med krav på vilken kompetens som behövs och därmed utjämna skillnader mellan olika kommuner och regioner.

4.3.1 Regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården och

4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, samt

4.3.3 Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs

DRF ser positivt på utredningens förslag angående förtydligande av krav på samverkan mellan regioner och kommuner och en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, liksom att det finns förutsättningar för samverkan.

Utifrån ett nutritionsperspektiv har det blivit mycket tydligt att kommunernas åtagande för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå idag omfattar betydligt mer än vid Ädelreformens införande. När Ädelreformen infördes inkluderades inte dietister och resurser flyttades inte över till den



kommunala hälso- och sjukvården. I många kommuner råder en missuppfattning om att den vård som ska erbjudas enligt Ädelreformen endast ska ges upp till sjuksköterskenivå, vilket gör att många kommuner väljer att tolka detta som att dietistkompetens inte behöver erbjudas. I stället hänvisas patienterna till regionernas primärvård, vilka i sin tur inte har dimensionerat tjänsterna för att kunna erbjuda adekvat vård till de som har behov av kommunala insatser. Det finns stora skillnader över landet hur och om detta har tydliggjorts i samverkansstrukturerna mellan huvudmännen.

Samtidigt arbetar det inom de flesta kommuner ett relativt stort antal både fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Enligt Socialstyrelsens statistik arbetar 4100 arbetsterapeuter eller 2500 fysioterapeuter inom kommunal hälso- och sjukvård att jämföra med 80 dietister. Av dessa har de flesta administrativa tjänster och endast ett 40-tal arbetar med patienter. Detta är särskilt bekymmersamt, då det inom de grupper som är i behov av kommunernas hälso- och sjukvård, finns ett särskilt stort behov av nutritionsvård. Dietister inom den kommunala verksamheten kan bidra med kompetens inom omsorg, elevhälsa, skolmåltider, äldremåltider, LSS-måltider, samhällsplanering etcetera.

DRF erfar dessvärre att medlemmarna rapporterar om att i takt med att dietistresurser saknas inom verksamheter och arbetsbördan ökar, snävas dietistens uppdrag in och det skapas hårdare gränsdragningar som motverkar teamarbete och kunskapsutbyte.

DRF hoppas att de förslag som utredningen har lagt kommer att innebära att hela primärvårdens roll, inklusive den som bedrivs med kommunerna som huvudman, kommer att möjliggöra just det basala behov befolkningen har av hälso- och sjukvård. I detta behov har nutrition en lika självklar och grundläggande plats som annan förebyggande och rehabiliterande verksamhet. Utredningens förslag innebär att regioner och kommuner i samverkan behöver planera även för hur befolkningens behov av nutritionsvård ska uppfyllas. I annat fall blir möjligheten till en jämlik och rättvis vård svår att uppnå.

4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan och

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan, samt

4.4.4 En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell

DRF vill i detta sammanhang särskilt belysa följande:

För samverkan vid fortsatta behov av insatser efter utskrivning från slutenvård finns ofta stora problem när det gäller överrapportering av nutritionsrelaterade problem och åtgärder, som DRF tidigare påpekat. Detta gäller framför allt svårt sjuka med behov av nutritionsstöd i hemmet och sjuka äldre med risk för undernäring.

Inom den kommunala omsorgen finns ytterligare utsatta grupper, som i hög grad riskerar ohälsa. Bland personer som vårdas inom habilitering, psykiatri och LSS är ohälsosamma matvanor i kombination med övervikt/obesitas och/eller undernäring vanligt. Här är mörkertalet mycket stort då det saknas kartläggningar och tydliga föreskrifter.

DRFs förhoppning är därför att utredningens förslag om ökade möjligheter för fler att få en individuell plan, tillsammans med övriga förslag för att tydliggöra krav på samverkan, ska öka möjligheten för patienter att få det stöd de har rätt till, även när det gäller nutritionsbehandling



4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen

DRF ser mycket positivt på utvecklingen av en mer personcentrerad hälso- och sjukvård och att den behöver genomsyra den nära vården. När det gäller matvanor och nutritionsbehandling finns en mycket tydlig koppling till den personcentrerade vården. För många patienter handlar svaret på frågan ”Vad är viktigt för dig?” många gånger om maten. Vid ett stort antal sjukdomstillstånd påverkas patienters energi- och näringsbehov och möjlighet att tillgodose dessa blir ofta utmanade av symtom och behandling. När vården tillsammans med patienten avslutar mötet är det viktigt att de frågar om mat och näring som är betydelsefulla för patientens tillfrisknande och livskvalitet, har tagits om hand och kan förvaltas framåt. För att detta ska vara möjligt behöver dietister, på ett mer självklart sätt än i dag vara en del i teamet.

4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser

DRF välkomnar att utredningen med förslagen stärker förebyggande och rehabiliterande insatser. Här ser DRF att dietister kan bidra mycket mer än i dag och stödja de grupper som är mest sårbara.

För att på allvar nå hälso- och sjukvårdens mål om ”god hälsa och vård på lika villkor i hela befolkningen samt att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa”, krävs att nutritionens och matvanornas betydelse tillmäts högre prioritet inom svensk hälso- och sjukvård, än vad som görs i dag. Detta med bakgrund av de förhållanden som råder och som redovisas i denna skrivelse sammanfattande inledning. DRF vill knyta an till den analys av Myndigheten för vård och omsorgsanalys, som utredningen lyfter i det tredje delbetänkandet. Denna visar att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete riskerar att öka skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, snarare än att motverka dem, såvida inte arbetet genomsyras av ett systematiskt jämlikhetsfokus. Stöd för mer hälsosamma matvanor spelar en nyckelroll i arbetet för en mer jämlik vård, som minskar hälsoskillnader i befolkningen, eftersom sårbara grupper har sämre förutsättningar för hälsosamma matvanor och därmed mer utsatta för ohälsa kopplat till ohälsosamma matvanor.

Här finns också kopplingen till samordnad individuell plan vid habilitering, rehabilitering eller tillhandahållande av hjälpmedel. Då dietister ofta saknas i teamen tas inte hänsyn till patientens nutrition och de insatser som skulle kunna gynna patientens rehabilitering och hälsotillstånd uteblir. Många personer inom rehabilitering skulle behöva stöd kring matvanor för att ges rätt fysiologiska förutsättningar att återfå funktionsförmåga. Detta har blivit särskilt tydligt i samband med corona pandemin. Patienter som vårdats på sjukhus har ofta haft utmanande nutritionsbehov, med kraftig viktminskning till följd av sjukdomsförloppet och ibland intensivvård, samtidigt som de haft betydande övervikt eller fetma. Likaså är äldre och sjuka med undernäring extra utsatta, då immunförsvaret inte fungerar optimalt vid näringsbrist. Utifrån de förfrågningar som DRF gjort till medlemmarna har ingen svarat att de involverats i rehabilitering av covid-patienter i primärvården. I Stockholm har avsaknaden av rehabilitering av covid-patienter i primärvården resulterat i att Karolinska sjukhuset beslutat att starta patientskola för covid-rehabilitering.

DRF ser också ett speciellt stort behov av dietistens kompetens inom de arenor som finns för barn och unga. Genom att uppmärksamma och erbjuda adekvat stöd till barn/ungdomar och deras familjer för mer hälsosamma matvanor, skulle stora hälsovinster vinnas och en stor andel ohälsa förebyggas. Detta stöd behövs hela vägen från mödravården, barnhälsovård, elevhälsa och ungdomsmottagningar. Inom detta område ser DRF att dietisters samverkan även med tandvården och socialtjänsten utgör en viktig funktion.



4.4.8 Elevhälsa

Inom Elevhälsan är behovet och efterfrågan av ökad kompetens och stöd kring nutrition och matvanor stort. Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Läkarförbund och Dietisternas Riksförbund har publicerat en gemensam rapport som bygger på en enkät som besvarats av skolsköterskor och skolläkare i ungefär hälften av landets kommuner. Resultaten visar att skolsköterskor och skolläkare anser att problem med övervikt och fetma ökat bland elever de senaste tio åren och att det är vanligt att föräldrar är oroliga över barnens matvanor, konsumtion av godis och sötsaker eller brist på motion. Om utvecklingen när det gäller ohälsosamma matvanor, övervikt, fetma och en försämrad munhälsa hos barn och unga ska kunna vändas, behövs en utökad multiprofessionell och interprofessionell samverkan över organisationsgränserna.

5 Patientkontrakt - Patientens stöd för en sammanhållen vård

DRF ställer sig bakom utredningens förslag att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt presenterar patientens individuella plan och vem som utgör patientens fasta vårdkontakt. DRF ser vinster med att stärka patientens ställning och möjlighet till delaktighet. DRF ser också möjligheter för vårdens olika verksamheter och professioner att få en mer samlad bild av de insatser som ges till patienter, vilket också kan gynna det sammanhållna omhändertagandet. För att innehållet i patientkontraktet ska bli heltäckande och meningsfullt för patienten behöver de hinder som hänvisas till i ovanstående stycken som rör samverkan och individuella planer beaktas.

6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

DRF delar utredningens beskrivning av utbildning och forskning som en förutsättning för omställningen. Generellt anser DRF att utbildningsnivån inom nutritionsområdet behöver stärkas inom samtliga vårdens utbildningar och det behövs en beskrivning av minimikrav för kunskapsnivå inom vårdens olika verksamheter när det gäller nutrition. Bland annat välkomnar DRF förslag om en reglerad undersköterskeutbildning, vilket skulle ge en mer kvalitetssäker omvårdnad. Även krav på systematisk fortbildning är mycket positivt.

6.1.3 Utbildningsrelaterade utmaningar för god kompetensförsörjning

DRF har tidigare kommenterat problematiken med kompetensförsörjning av dietister. DRF har, i samarbete med de tre lärosäten som bedriver dietistutbildning, tidigare i olika sammanhang försökt påverka lärosäten att öka antalet utbildningsplatser till dietist. Detta har hittills inte givit resultat på grund av faktorer som redovisats i tidigare remissvar. DRF hoppas fortfarande på en väg framåt för att både erbjuda fler platser på de befintliga utbildningarna, liksom att starta dietistutbildning vid fler studieorter, för att möta behovet av att kunna erbjuda nutritionsbehandling inom samtliga vårdnivåer.

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska förtydligas och

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

DRF välkomnar utredningens förslag att i lag förtydliga ansvaret för regioners och kommuners medverkan i utbildning. DRF delar utredningens problembeskrivning av att den största delen av den verksamhetsförlagda utbildningen i dag sker inom sjukhusen, när framtidens hälso- och sjukvård till större del förväntas bedrivas inom öppna vårdformer eller i hemmet.



DRF reflekterar över att det i dag är problematiskt att möjligheten att göra VFU inom kommunal hälso- och sjukvård är så pass begränsad, till följd av att antalet dietister där är få och att arbetet oftast är på strategisk nivå. Det begränsar möjligheten för framtida dietister att få kompetens inom området och att locka dietister till arbete inom kommunerna.

Sedan några år råder det brist på dietister och det har varit svårt att rekrytera till vakanta tjänster inom alla verksamhetsområden. DRF befarar att om situationen inte förbättras kan det få konsekvenser för VFU inom primärvården. I en starkt pressad arbetssituation kan det vara svårt att ta emot och handleda studenter.

Inom primärvården är det idag en ojämlik tillgång till dietister, både över landet men också inom regionerna. Detta påverkar starkt möjlighet till VFU inom tex mödrahälsovård, barnhälsovård, elevhälsa, psykiatri, habilitering, avancerad hemsjukvård etc. I förlängningen kan det få konsekvenser för utveckling och tillgång av nutritionskompetens inom primärvården.

6.5 Forskningens roll i omställningen

DRF stödjer utredningens slutsatser och förslag gällande forskning, utveckling och utbildning. DRF ser en stor potential i att forskning och utveckling förstärks i primärvården och omfattar alla vårdprofessioner inklusive nutrition och dietistens arbete. Detta är i stora delar av landet verksamhet som inte finns i dag och som måste byggas upp.

När det gäller forskning i kliniskt och folkhälsovetenskapligt arbete, är det DRFs bild att medlemmarna har svårt att få stöd och möjlighet att medverka i forskning utanför utbildningsorterna och universitetssjukhusen. Möjlighet till forskning och utbildning, tillsammans med god arbetsmiljö, är förutsättningar för att hälso- och sjukvården ska vara en attraktiv arbetsgivare och kunna rekrytera och behålla personal. De är också viktiga faktorer för ett hållbart arbetsliv.

7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning för fysioterapi

DRF anser att ett nytt ersättningssystem och ny lag för etablering av privata näringsidkare inom hälso- och sjukvård behöver utformas så att flera legitimerade professioner kan ansluta sig, även om det inte varit utredningens uppdrag. Det är ytterst angeläget att skapa incitament och förutsättningar för aktörer som vill medverka i systemet med patientens bästa för ögonen. DRF ser ett behov av att öka möjligheten för dietister att etablera sig som egenföretagare med anslutning till det offentliga ersättningssystemet. Det skulle kunna öka möjligheten för patienter att få stöd av dietist, något som i dag är begränsat med anledning av att det finns få tjänster inom primärvården, speciellt i glesbygd. Det skulle också gynna möjligheten för patienter att etablera en kontinuitet i kontakten. DRF anser också att det är ytterst angeläget att möjliggöra en god och jämlik vård i hela landet, vilket i dag brister när det kommer till befolkningens möjligheter att få professionell nutritionsbehandling och träffa en legitimerad dietist. Likaså anser DRF att de grupper som är i störst behov av vård är de som ska gynnas i ett system. DRF förespråkar med anledning av detta scenario 2 som utredningen presenterar, vilket på sikt kan möjliggöra för fler professioner att verka som småföretagare inom hälso- och sjukvården och som ger ökade möjlighet till en god och jämlik vård utifrån flera perspektiv.



9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

DRF stödjer de olika bedömningar och förslag som utredningen gör som kan ge förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet, med bland annat behov av uppföljning, en långsiktig överenskommelse och ekonomiska tillskott. DRF vill lyfta att det fortsatta arbetet med kommunikation runt målbild och färdplan är viktiga i omställningsarbetet för att ge acceptans från befolkning, huvudmän och medarbetare.

9.4.3 Statliga stöd

I en framtida ny struktur för statsbidrag ser DRF att det är angeläget med uppföljning av att medel används för avsett ändamål och på så sätt bidrar till utveckling och omställning. DRF reflekterar kring att det under senaste åren funnits riktade medel för regioner/landsting inom ett flertal områden (t. ex. tidiga samordnade insatser för barn och unga, kvinnors hälsa, psykisk ohälsa) där medlemmar inom DRF har rapporterat att de riktade medlen inte varit tillgängliga inom regionernas utvecklingsarbete för sitt ändamål utan gått till att täcka kostnader för hyrpersonal eller andra kostnader.

10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa

I arbetet med att stärka den mentala hälsan bör också förutsättningar för vårdens arbete med levnadsvanor, inklusive matvanor, beaktas. Det är väl känt att det finns en stark koppling mellan psykisk ohälsa och otillräcklig fysisk aktivitet, liksom riskbruk av alkohol, men också ohälsosamma matvanor. Ohälsosamma levnadsvanor kan både vara en bidragande orsak till psykisk ohälsa och personer med psykisk ohälsa utgör också en utsatt grupp som riskerar att utveckla ohälsosamma levnadsvanor, men somatisk sjuklighet som följd. Studier visar att tex sambandet mellan ohälsosamma matvanor och depression följer samma mönster och mekanismer som vid hjärt-kärlsjukdom. Personer med hälsosamma matvanor löper å andra sidan lägre risk att drabbas av depression och hjärt-kärlsjukdom. *Parletta et al. Nutritional Neuroscience, 2017 Maripuu et al. Journal of Affective Disorders, 2016*

I UNICEFs rapport [”The State of the World’s Children 2019”](#) lyfts att hälsotillståndet för allt för många barn i världen är starkt hotat utifrån felnäring. Många av de barn som riskerar sjukdom och funktionsnedsättning på grund av undernäring visar inte tecken på yttre svält. De livshotande skadorna drabbar insidan av kroppen, framför allt hjärnan. Många barn lever på en bristfällig, näringsfattig kost som utsätter dem för försämrad hjärnutveckling, svag inlärningsförmåga och svåra sjukdomar. Med underlag av ovanstående undersökningar finns dessa barn även i Sverige. Barn och ungdomars matvanor behöver uppmärksammas mer, liksom adekvat och effektivt stöd behöver ges till de familjer som av olika anledningar inte har möjlighet att tillgodose barnens näringsbehov i det breda perspektivet.

Därför vill DRF uppmana utredningen att i kommande förslag tydliggöra att vårdens arbete med levnadsvanor spelar en viktig roll även inom uppdraget om primärvårdens arbete med lättare psykisk ohälsa.

Dietisternas Riksförbund

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Susann Ask'.

Susann Ask
Ordförande



Fakta Dietister

Dietister är en profession inom hälso- och sjukvården som är kvalificerad, dedikerad och som bidrar till kostnadseffektiva och hälsoekonomiskt gynnsamma insatser. Dietister är utbildade inom nutrition och hälsa, rådgivning och beteendeförändring och är mycket angelägna om att samverka med och utveckla hälso- och sjukvården för en stärkt hälsa i hela befolkningen.

Dietistutbildningen är en treårig yrkesutbildning som leder till legitimation. Av Sveriges dietister har ca 30 % utbildning på masternivå och ca 4 % är disputerade. Legitimation för dietister utfärdades 2005.

Det finns ca 1100 dietister inom hälso- och sjukvård varav ca 770 inom slutenvård, ca 260 inom öppenvård och 39 inom vård och omsorg med boende. (Hälso och sjukvårdens statistikdatabas 2018).

Dietisternas riksförbund är en yrkesförening inom Naturvetarna (SACO).

Dietisten har en unik nyckelroll som bärare av nutritionskunskap inom hälso- och sjukvården, då