



Yttrande/remissvar
2018-11-12

Dnr S2018/03436/FS

Dietisternas Riksförbund
Handläggare:
Karin Kauppi, Susann Ask

God och Nära Vård- En primärvårdsreform SOU 2018:39

Dietisternas riksförbund (DRF) tackar för möjligheterna att ta del av och besvara remissen God och Nära Vård -En primärvårdsreform SOU2018:39

Sammanfattning

DRF stödjer den fördjupade målbilden och färdplanen, samt ställer sig i allt väsentligt positiva till författningsförslagen som presenteras i kapitel 1, samt övriga förslag, bedömningar och exempel på framgångsfaktorer, som presenteras i kapitel 8-11.

DRF vill framföra följande allmänna synpunkter på delbetänkandet:

Generellt anser DRF att det förebyggande arbetet och insatserna runt ohälsosamma levnadsvanor bör lyftas mer, eftersom ohälsosamma levnadsvanor inkl matvanor står för en betydande del av ohälsan och är möjliga att förebygga.

DRF har full förståelse för och insikt om att utmaningarna för att nå målbilden om en god och nära vård är många och flerfaktoriella. DRF väljer dock att lyfta de aspekter som rör nutrition, vilket är dietistens specialkompetens. DRF väljer i remissvaret att belysa de delar som berör arbetet med nutrition utifrån perspektiven prevention, sjukdomsbehandling och systematiskt arbete mot undernäring bland äldre och svårt sjuka. 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 dessa delar för att åstadkomma en god, nära och jämlik vård utifrån patientens behov.

Dietisternas riksförbund vill uppmärksamma några faktorer som påverkar förutsättningarna för en god och jämlik hälsa i befolkningen kopplat till i primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Matvanorna har blivit bättre men skillnaderna ökar mellan olika grupper. I delbetänkandet saknar DRF en tydlig beskrivning av matvanor, nutrition och hälsa ur flera aspekter som i hög grad påverkar befolkningens hälsa:

- Ohälsosamma matvanor är den riskfaktor som bidrar mest efter tobak till sjukdomsburden i Sverige, enligt den senaste mätningen av vilka riskfaktorer som påverkar sjukdomsburden i olika länder (Global burden of disease) utförd av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) <http://www.healthdata.org/sweden>.
- 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.

- Nya 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 2016), 90 % av befolkningen följer inte rekommendationer om hälsosamma matvanor (Riksmaten 2010, Folkhälsoenkäten 2016) och över 20 % av alla vuxna beräknas ha betydande ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2018). Över 20 % av barnen till föräldrar med låg utbildningsgrad har ohälsosamma matvanor jämfört med under 10 % hos barn där föräldrarna har hög utbildningsgrad (Riksmaten Ungdom 2018).
- Den senaste matvaneundersökningen för barn och ungdomar i åk, 5, åk 8 och åk 2 på gymnasiet; Riksmaten ungdom 2016-2017, visar att endast 7,5 % av deltagarna åt rekommenderad mängd frukt och grönsaker, på gruppnivå åt deltagarna en för hög andel rött kött och godis, snacks och läsk. En femtedel hade övervikt eller fetma. Andelen var högre bland barn till föräldrar med låg utbildning eller inkomst och matvanorna var sämre i denna grupp.
- Undernäringen 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 undernäring. 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.
- Den exakta förekomsten av undernäring i Sverige är inte kartlagt, då det saknas nationella initiativ till att undersöka och arbeta med undernäringsfrågan utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Inom SKL inkluderas inte undernäring i de olika nationella punktprevalensmätningarna som genomförs och det finns heller inte med som indikator inom den markörbaserade journalgranskningen (ett nationellt verktyg för att kartlägga vårdskador). 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. Trots att problemet är så utbrett, lidandet så stort och kostnaden så hög lyser problemet med sin frånvaro inom olika rapporter om folkhälsa. I folkhälsomyndighetens senaste folkhälsorapport nämns inte undernäring alls. Fenomenet undernäring lyser också med sin frånvaro i statsbudgeten, i landstingsbudgetar och i stort sett alla typer av dokument och planer som relaterar till folkhälsa eller vårdens och omsorgens utmaningar.
- För ett flertal sjukdomar och diagnoser är kost- 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 tillmätts tillräcklig prioritet.

Sammantaget tyder ovanstående på att det finns stora vinster att göra, både utifrån ett samhällsperspektiv och för individen, för folkhälsan liksom hälsoekonomiskt. Hittills har kost- och nutritionsfrågorna fått ett mycket begränsat utrymme inom hälso- och sjukvården, och inom myndighetssverige och kunskapen inom området är generellt låg.



Dietisten är den enda yrkeskategorin som har minst tre års akademisk utbildning inom kost och nutrition och är därmed en självklar bärare av kunskap inom mat, nutrition och hälsa. Dietistens ansvar sträcker sig från hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom ohälsosamma matvanor och övriga levnadsvanor, till specifik nutritionsbehandling inom flertalet sjukdomstillstånd till undernäring behandling och medicinsk nutrition. Antalet undervisningstimmar inom nutrition är mycket låg i övriga vårdutbildningar. Eftersom patienter idag har tillgång till många olika kostbudskap som inte alltid är förankrade i evidens är det viktigt att hälso- och sjukvården tydligt kan fastställa vilka kostråd som vilar på evidens. Kost och nutritionsbehandling är en del av den medicinska behandlingen och omfattas av samma krav på evidens som annan medicinsk behandling.

DRF anser att för en jämlik primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, behövs tydliga direktiv på bemanning av olika yrkeskategorier, detta bör inte regleras i enskilda samarbetsavtal. Patienten har rätt att bli bedömd och få behandling av personal med rätt kompetens för en specifik åkomma, vilket också är mest kostnadseffektivt för samhället. Dietistbemanningen inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård är i dag generellt mycket låg och skiljer sig mycket mellan olika landsting och regioner. 2014 gjorde DRF en kartläggning av antalet dietisttjänster i primärvården som visade att det varierar mellan 1 dietist per 21 000 invånare bland de två dietist-tätaste landstingen till en dietist per 156 000 invånare inom primärvården. Sedan dess har antalet tjänster ökat något, men i stället har nu flertalet regioner svårigheter att rekrytera dietister. Av Sveriges 290 kommuner saknar 231 kommuner dietist, vilket med stor sannolikhet påverkar antalet äldre med undernäring som vårdas på sjukhus. Endast 30 kommuner kan erbjuda behandling av dietist på individnivå, övriga har dietist på strukturnivå men uppdragen ser mycket olika ut mellan varje kommun.

Sammanfattningsvis är det svårt att tillgängliggöra rätt stöd inom området mat, måltider och nutrition till de personer i befolkningen som har det största behovet. Det är också svårt att sprida kunskap om vad som är hälsosamma matvanor och åtgärder mot undernäring och andra sjukdomstillstånd, då den grupp inom hälso- och sjukvården som besitter gedigen kunskap är liten och därmed har svårt att göra avtryck. Detta är det i slutänden regeringens ansvar att ta ställning till, då den reglerar antalet utbildningsplatser. DRF anser att nutritionskompetens och dietistbemanning är stora utmaningar inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Detta är något som behöver prioriteras av huvudmännen och vid fördelning av antalet utbildningsplatser. De senaste årens ökade efterfrågan av dietister och de kommande årens pensionsavgångar motsvaras inte av det nuvarande antalet utbildningsplatser med ca 90 platser/år fördelade på tre universitet.

DRF vill lyfta att en viktig del för att öka kvaliteten och främja den jämlika vården är att stärka multi- och interprofessionella team inom primärvården. Detta ökar patientmedverkan, förbättrar kommunikation och tydliggör informationsöverföring så att patienternas förutsättning för egenvård optimeras, inom exempelvis matvanor och fysisk aktivitet. Teamen behöver definieras och regleras utifrån de vårdbehov som finns, där dietisten behöver vara delaktig och ha ett tydligare uppdrag.

På kommande sidor följer DRF:s mer detaljerade kommentarer enligt dispositionen i delbetänkandet.

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso och sjukvårdslagen (2017:30) och

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

DRF vill särskilt understryka att föreslagen lydelse i Hälso- och sjukvårdslagen 7 kap 3 a § “Landstingen ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ... särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag kan fullgöras”, är välkommen och av stor vikt.

För att primärvården fullt ut och på ett jämlikt sätt, ska kunna svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande behandling och rehabilitering krävs att det finns multiprofessionella team och att flera yrkeskategorier finns tillgängliga. Så är inte fallet i dag.

Ur DRFs perspektiv är föreslagen lydelse i Hälso- och sjukvårdsförordningen 3 a kap Primärvård 1 § 6 och 7 som handlar om att Primärvården ska tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser utifrån den individuella patientens behov, förutsättningar och preferenser, av yttersta vikt.

Kommentarer kopplade till förslagen och konsekvenser av dessa lyfts under respektive stycken nedan.

4.2.1 Andra propositioner och utredningar

I betänkandet lyfts God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik (proposition 2017/18:249) där matvanor och fysisk aktivitet lyfts ut i ett eget delmål: “Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla”. I detta arbete har hälso- och sjukvården, elevhälsan, den kommunala hälso- och sjukvården en viktig roll då dessa arenor möter hela befolkningen under loppet av 1-2 år. DRF vill i detta sammanhang understryka att för att kunna lyfta matvanor och fysisk aktivitet ur ett jämlikhetsperspektiv behöver den generella kompetensen hos all personal öka och det behöver finnas tillgång till personal med hög kompetens inom nutrition och fysisk aktivitet.

I samband med att Utredningen Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06) lyfts i betänkandet vill DRF också tydliggöra ny kunskap gällande villkor för gruppen som Livsmedelsverket har presenterat under våren 2018 utifrån resultaten från matvaneundersökningen Riksmaten ungdom. I delstudien Riksmaten Plus som omfattade 100 ungdomar mellan 16-19 år som inte går i skolan visas att nästan 25 % av ungdomarna som inte går i skolan har fetma, jämfört med 6 % i åk 2 på gymnasiet. Vidare rapporterade gruppen hemmasittande ungdomar ett lägre intag av många livsmedelsgrupper, med risk för för lågt intag av näringsämnen. Resultaten tyder på att detta är en utsatt grupp även vad det gäller matvanor.

8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan och

8.2 Utredningens fortsatta arbete

DRF ställer sig bakom utredningens fördjupade målbild och färdplan. Särskilt välkomnar DRF att den nya målbilden betonar personcentrering, hälsa och förebyggande, liksom samverkan mellan landsting och kommun. Samtliga dessa delar är av stor betydelse för att invånarna ska ges förutsättningar för en god hälsa. Specifikt gäller detta hälsa som är kopplad till nutrition, där det i dag finns stora begränsningar för invånarna att få tillgång till behandling av nutritionsutbildad personal. DRFs förhoppning är att dessa delar fördjupas och belyses ytterligare i slutbetänkandet, så som beskrivs i avsnitt 8.2 Utredningens fortsatta arbete.

8.3 Att följa färdplanen



Utifrån de fyra storheter, befolkning, process, medarbetare och ekonomi, som valts ut för att följa förändring enligt färdplanen önskar DRF göra följande förtydliganden:

DRF vill lyfta fram att det är betydelsefullt att använda processmått som inkluderar hela befolkningen och inte enbart fokusera på individer över 65 år. När det gäller indikatorn, oplanerade inskrivningar så visar studier att undernäring ökar återinläggningar i slutenvården. Processmättet speglar här inte bara kvaliteten på slutenvården och hur vården samordnas utan i hög grad också kvalitetsbrister och kompetensbrister inom kommunal omsorg och socialtjänst.

När det gäller medarbetarperspektivet instämmer DRF i att det finns brist på flertalet yrkesgrupper inom primärvården förutom allmänläkare. Det är viktigt att det sker en breddning av måttet till att omfatta fler yrkesgrupper, då vården bör bestå av team runt patienten och inte enbart enskilda yrkesgrupper. Det råder en stor brist på dietister inom både primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Det handlar både om att det saknas tjänster för att erbjuda en rimlig andel av befolkningen tillgång till kompetens inom kost och nutrition, men inom flera landsting där det på senare tid skapats fler tjänster, har det också blivit svårt att rekrytera dietister. Utredningen hänvisar till Socialstyrelsens pågående uppdrag inom området för att kunna bredda måttet till fler yrkesgrupper. Det är därför djupt beklagligt och olyckligt att Socialstyrelsens analys inte omfattar dietister. DRF menar därför att det är av största betydelse att även dietister, liksom andra yrkeskategorier, innefattas i det mått som avser följa färdplanen utifrån medarbetarperspektivet.

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå.

DRF välkomnar förslaget att landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården till nationell databas och att flera yrkeskategorier, tillsammans med kontakttyp och diagnos, föreslås ska omfattas av rapporteringskravet. Det är viktigt att följa alla yrkeskategorier för att se hur vården bedrivs runt patienten.

8.5 Överföring av resurser

DRF ser positivt på resonemanget om att överföra resurser från sjukhusvård till primärvård, liksom att utreda möjligheter till tjänstgöring hos flera olika huvudmän, samt översyn av utbildning som krävs för att möta framtidens vårdbehov i primärvården. I sammanhanget vill DRF påminna om att vården består av flera yrkeskategorier runt patienten än enbart läkare och sjuksköterska.

När det gäller överföring av resurser från sjukhusvården till primärvården vill DRF uppmärksamma att det finns få dietister på sjukhusen och dessa arbetar i hög utsträckning med de svårast sjuka patienterna. Det finns många områden där nutritionsbehandling given av dietist minskar kostnader och lidande, exempelvis genom behandling av undernäring hos svårt sjuka. Denna kompetens gör dietisten mer och mer efterfrågad för svårt sjuka patienter inom nästan alla medicinska specialiteter på sjukhusen. Detta sammanfaller med att personer som vårdas på sjukhus är sjukare än tidigare, då vårdplatserna är färre och patienter överlever längre med svåra sjukdomar och tillstånd. Sammantaget gör detta att de redan idag underdimensionerade dietistresurserna som finns inom från sjukhusvården inte kan flyttas till primärvård.

Flera av de patientgrupper som dietister idag arbetar med på sjukhus kommer att finnas kvar på sjukhusen. Exempel på dessa är:

- Patienter som även i framtiden kommer att behöva läggas in, eller vårdas på specialistdagvård, för olika medicinska insatser, exempelvis strålbehandling, cellgiftsbehandling, kirurgiska ingrepp och dialysbehandling
- Patienter som behöver tillgång till medicinska specialiteter, vilka också kräver specialistutbildade dietister, exempelvis personer med aktiv inflammatorisk tarmsjukdom, multipla födoämnesallergier med svåra allergiska reaktioner, svårinställd diabetes typ 1, medfödda metabola sjukdomar, tex PKU samt svårt sjuka barn med ex cancer, medfödda hjärtfel, neurologiska sjukdomar eller nydebuterad diabetes.
- Svåra neurologiska tillstånd som medför svårigheter att nutriera sig och kräver specialanpassad kost och artificiell nutrition, tex Stroke, ALS, Parkinsons sjukdom, MS, epilepsi, ryggmärgsskada och liknande.

Det kommer därför behövas tillföras *nya* resurser för dietister på vårdcentral/primärvård. Endast mindre delar kan eventuellt flyttas från sjukhusvården, under förutsättning att även den medicinska vården gör så. Dietisten på sjukhuset idag behandlar inte personer med kroniska sjukdomar, som exempelvis inflammatoriska tarmsjukdomar, diabetes typ 1 och ärftlig hyperkolesterolemi så länge dessa sjukdomar är i ett lugnt skede. Dietisten har inga ”årskontroller”, vilket läkarna och sjuksköterskorna ofta har. Dietist på sjukhuset blir inkopplad när patienten har skov eller när nutritionsrelaterade problem uppstår.

9.1 Definitionen av primärvården behöver moderniseras

Utredningen föreslår att det tydligt behöver definieras att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning, behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering, som av olika skäl inte kräver specialistvårdens resurser och kompetens. Vidare lyfts att primärvården ska vara första linjens vård för patienten och stå för en bred kompetens som kan tillgodose den enskilda individens allra flesta vårdbehov. DRF välkomnar dessa förslag, då vi anser att primärvården idag är långt ifrån denna definition. En av anledningarna är att det i flertalet landsting/regioner saknas dietistkompetens inom primärvården.

Dietister har en generalistkompetens inom nutrition och nutritionsrelaterade sjukdomar och tillstånd från det lilla barnet till den äldre, och kan individanpassa råd och behandling utifrån individens näringsbehov och förutsättningar. Det finns också dietister som är specialister inom olika diagnosområden. När det gäller förslaget om att utvidga definitionen av primärvården till den utvidgade medicinska bedömningsgarantin kan således dietister bidra till att bedöma nutritionsrelaterade hälsotillstånd. Bedömning av nutritionsstatus är en del av den medicinska bedömningen då en individs näringsstatus är avgörande för kroppens och cellernas metabola och näringsfysiologiska funktion.

9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas

DRF ställer sig bakom att staten formulerar ett nationellt primärvårdsuppdrag men betonar vikten av nutritions/dietistkompetens behövs i primärvården och bör ingå i grunduppdraget. DRF efterfrågar också en ökad nationell styrning för att alla i hela landet ska få en jämlik vård.

9.2.2 Vilka behov ska mötas?

Utredningen föreslår att primärvården ska tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för det behov av hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. DRF välkomnar utredningens syn på att det behövs en bred kompetens i primärvården och att flera yrkeskategorier behövs för att möta behovet av att kunna arbeta mer förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande. I detta sammanhang vill DRF lyfta att dietister också fyller en viktig funktion i det uppdrag som rör behandling av olika sjukdomar då kost- och nutritionsbehandling utgör centrala delar i behandlingen av flertalet av våra vanliga folksjukdomar, såsom diabetes och hjärt/kärlsjukdom. Hälso- och sjukvården ska utgå från patientens behov. Samtliga professioner bidrar med sina färdigheter och styrkor och med den synergieffekt som uppstår, optimeras kvaliteten av patientens vård och rehabilitering, d.v.s. ett interprofessionellt arbetssätt. Om primärvården ska kunna göra en medicinsk bedömning där även patientens nutritionsstatus bedöms, behövs dietister som en naturlig del i primärvården. Att inte göra en uppräkningslista över vilken kompetens som behövs, utan endast på förordningsnivå ange att "primärvården ska tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara mot behov av hälso- och sjukvård som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens", kan missgynna vissa kompetenser. Definitionen av primärvården är således mycket viktig.

DRF samtycker till att det behövs en bred och multiprofessionell kompetens för att möta primärvårdens komplexa och mångfacetterade uppdrag. Här vill vi också lyfta att dietistens kompetens i pediatrik nutrition i stora delar av landet idag är en outnyttjad kompetens inom mödrahälsovården, barnhälsovården och inom elevhälsan. Likaså kan dietistens kompetens i geriatrisk nutrition bidra till en mer individanpassad nutritionsbehandling och en mer effektiv rehabilitering av äldre.

9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov

DRF samtycker till utredningens förslag. Här vill vi som exempel på brådskande insatser som behöver göras senast inom 24 timmar lyfta åtgärder gällande enteral nutrition. Detta är åtgärder som idag på de flesta håll i landet utförs av dietister på sjukhus, under vardagar mellan 8-17. Åtgärder som skulle kunna utföras av dietister i primärvården och i den kommunala hälso- och sjukvården om dietister ingår i grundbemanningen av primärvården och kommunal hälso- och sjukvård. Det finns flertalet kostsamma konsekvenser när dessa behov inte kan tillgodoses utanför sjukhusen, tex kan patienter bli kvar på vårdavdelning i flera dagar på grund av att rutiner kring sondmat, enteral nutrition inte kan lösas när patienten i övrigt är redo att skrivas hem. Dietist med specifikt uppdrag inom medicinsk nutrition (enteral nutrition) hanterar självständigt arbetet inom området.

9.2.4 Primärvårdens stödjande uppdrag

DRF stödjer utredningens förslag, men vill tillägga att det behövs en utveckling av området när det gäller nutrition. Det är stora skillnader inom Sverige, idag kan inte information och rådgivning för egenvård ges med sakkunskap utifrån individens behov, förutsättningar och preferenser då kompetens inom nutrition saknas i stor utsträckning.

9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens uppdrag

DRF samtycker till utredningens förslag och bedömning och ser gärna att det förtydligas att det ska gälla samtliga professioner. Eftersom tillgången till dietister i primärvården varierar stort mellan landsting/regioner så påverkar det i hög grad möjligheten för dietiststudenter att få en VFU i primärvården. Att få en VFU i den kommunala hälso- och sjukvården är näst intill omöjligt då dietister nästan helt saknas inom det området.

9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete

DRF instämmer i att det förebyggande arbetet bör tydliggöras i en reglering av primärvårdens uppdrag. Det är viktigt att lyfta betydelsen av att arbeta med alla levnadsvanorna. En förstärkning av tillgängliga resurser behövs för arbete med patientens nutrition i ett förebyggande perspektiv. DRFs förhoppning är att denna del av primärvårdens uppdrag utvecklas i utredningens slutbetänkande. Av det skälet väljer DRF att inte djupare kommentera detta avsnitt i nuvarande remissvar. Generellt kan dock sägas att det finns stora vinster för folkhälsan om primärvårdens arbete med förebyggande växlar upp och följer det systematiska arbete och rekommenderade åtgärder som beskrivs i Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. För detta bedömer DRF att det behövs en kompetensökning för att kunna erbjuda de rekommenderade åtgärderna i riktlinjerna.

I utredningen formuleras att ”Vissa delar av det preventiva arbetet fungerar väl, till exempel det allmänna vaccinationsprogrammet och andra delar av barnhälsovården, mödrahälsovården och de olika nationella screeningprogrammen, t.ex. mammografi. Även levnadsvanefrågorna har fått en mer framträdande roll efter att Socialstyrelsen tagit fram nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, men utvärdering visar fortsatt på stora skillnader i hur landstingen tar sig an detta arbete.” DRF önskar i detta sammanhang tillägga att närmare 50 % (högre siffror i socioekonomiskt svaga områden) av de gravida som skrivs in i mödrahälsovården har ett högt BMI och ohälsosamma matvanor, och bör därmed få tillgång till dietist för kvalificerat rådgivande samtal.

Elevhälsan är en mycket viktig aktör för främja jämlik hälsa genom att systematiskt fånga upp barn och ungdomar och erbjuda tidiga insatser. Även inom detta område behöver samverkansavtalen mellan kommuner och landsting tydliggöras. I dag är de avtal som reglerar möjlighet att få remiss till dietist via elevhälsan mycket begränsade och utformade på mycket olika vis. Färre än fem dietister i hela Sverige har idag uppdrag mot elevhälsan via sina primärvårdstjänster. Många skolsköterskor önskar ha mer stöd av dietist, men samverkansstrukturer sätter hinder. På de flesta håll i Sverige måste barnen ha utvecklat fetma innan behandling erbjuds. Det är mycket svårt att behandla fetma och den största effekten fås av förebyggande insatser. När det gäller skolbarn är det också värt att lyfta både matvanornas fysiologiska betydelse, liksom måltidens sociala värde kopplat till psykisk ohälsa.

9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete

DRF samtycker till förslaget att primärvården ska tillhandahålla rehabiliterande insatser. I dag är dessa många gånger eftersatta. Speciellt eftersatt är möjligheten att tillgodose patientens nutrition, vilket är en viktig del i det rehabiliterande arbetet. Fysisk rehabilitering behöver omfatta också nutrition för att bli optimal. Det vetenskapliga underlaget för betydelsen av ett adekvat näringsintag är starkt när det gäller att bibehålla muskelfunktion eller bygga upp denna efter sjukdom. Med stigande ålder minskar naturligt förmågan att bibehålla muskelmassa, -styrka och funktion. Många äldre lider till följd av detta av sarkopeni dvs muskelförtvining. Effekten blir minskad funktionell förmåga, ökad sårbarhet för fall och frakturer samt ökat behov av hjälp och omvårdnad samt inte minst försämrad livskvalitet till följd av



förlust. En förstärkning av tillgängliga resurser behövs för arbete med patientens nutrition i ett rehabiliterande perspektiv.

9.3 Vårdval i primärvården

DRF vill särskilt lyfta uppmärksamheten till att olika utformning av vårdvalssystemen har varit en bidragande orsak till att dietistresurser i primärvården är mycket ojämnt fördelade över landet. Även hur samverkansavtalen mellan landsting och kommuner är utformade när det gäller prevention och behandling av en individs nutrition är av stor betydelse, för en nära vård som är jämlik.

DRF ser att det är av yttersta vikt att lyfta att dietist bör ingå som en av de kompetenser som krävs för primärvårdsuppdraget i vårdval primärvården kan fullföljas. Interprofessionell samverkan är också en viktig åtgärd för att nå fler personer, samt för att sprida nutritionskompetens. Därför behöver alla utförare av vårdval ha egen dietist. Idag finns flera landsting/regioner som har dietist som en "fri nyttighet" för landstingets egen primärvårdsverksamhet och för aktörer inom vårdval. Det kan innebära att många dietisttjänster består av olika fragment om 10-15% vardera mot olika vårdenheter.

Detta innebär en ojämlig vård och en orimlig arbetsbörda samt omöjliggör interprofessionellt arbetssätt. I en av de mindre regionerna finns till exempel två dietisttjänster för 32 vårdcentraler inklusive konsultuppdrag till 8 kommuners kommunala hemsjukvård.

Inför slutbetänkandet önskar DRF särskilt lyfta behovet av ett nationellt uppdrag till den kommunala hälso- och sjukvården precis som ett nationellt uppdrag kring primärvård. I ett nationellt uppdrag behöver det vara tydligt vad som ska ingå. I dag omfattas inte dietister av Ädelreformen, vilket resulterar i att de flesta kommuner saknar dietisttjänster. En nyligen publicerad avhandling av Malin Skinnars Josefsson visar att var tredje kommunal hemtjänstutövare saknar rutiner för att förebygga och behandla undernäring, trots Socialstyrelsens föreskrift om att förebygga och behandla undernäring (SOSFS 2014:10).

9.4.1 Arbetssätt och anställningsformer

DRF samtycker till utredningens bedömning och vill särskilt lyfta möjligheter och vinster med interprofessionellt arbetssätt. DRF vill poängtera ett interprofessionellt arbetssätt där nutrition och dietistens kompetens inkluderas utifrån patientens behov. DRF vill också understryka vinster och möjligheter med "rätt använd kompetens" tex dietister i första linjen för patienter med nutritionsrelaterade sjukdomar och besvär, så att kompetensen hos varje legitimerad profession används optimalt utifrån patientens behov.

För att detta ska bli verklighet krävs att skillnaderna i förutsättningar för teaminriktat arbete där dietist ingår utjämnas. Dessa skillnader bidrar i hög utsträckning till en ojämlig hälso- och sjukvård. Faktorer på ekonomiska, historiska och strukturella nivåer ligger bakom skillnaderna och DRF vill påtala att insatser krävs på regional och nationell nivå för att de skall kunna utjämnas.

9.4.2 Kunskapsstyrning

DRF håller med i utredningens bedömning att man i arbetet bör prioritera de diagnosgrupper som är störst i befolkningen eller där det finns störst behov av förbättringar *samt säkerställa representation av relevanta professioner i arbetsgrupper och dylikt*". När nu programområdesgrupperna börjar tillsättas har det visat sig att dessa tenderar att till stora delar befolkas av läkarprofessionen. I Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården fastslås att "...Experterna i programråden ska vara från olika professioner och representera hela vårdkedjan". DRF vill påpeka att det vore stärkande för programområdesgrupperna att tillse att professionsspridningen breddas.

DRF instämmer också i bedömningen gällande primärvårdsutövarnas möjlighet att ansluta till relevanta kvalitetsregister. DRF vill särskilt lyfta behovet av att inkludera indikatorer rörande nutritionsinsatser för de prioriterade diagnoserna i registret, tex rörande screening av undernäring. Detta kan möjliggöra uppföljning på nationell nivå när det gäller undernäring i befolkningen utanför särskilt boende, samt utfallet efter genomförda åtgärder. Likaså skulle vissa diagnosspecifika kvalitetsregister behöva uppdateras med tanke på nutritionsindikatorer, då nutritionsbehandling är en viktig del av flertalet sjukdomsdiagnoser.

Ännu en dimension, som möjligen är exklusiv för nutritionsområdet, är förekomsten av kunskapsstöd inom hälso- och sjukvård skrivna av professioner utan adekvat utbildning och utan konsultation med dietist eller nutritionist. DRF vill lyfta denna problematik med förhoppningen att resurser kan ägnas åt regional/nationell samordning och kvalitetssäkring på området.

9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende

DRF önskar komplettera utredningens bedömning angående att fler kommuner bör införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) utöver den lagstadgade funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), med funktionen nutritionsansvarig dietist (NAD).

Utredningen lyfter särskilt betydelsen av att samordning mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården ska fungera för patienter i behov av vård i hemmet, inklusive särskilt boende. 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 6 stycken titeln nutritionsansvarig dietist (NAD). Detta påverkar i hög grad antalet äldre med undernäring som vårdas på sjukhus.

Nutrition utgör en del av den medicinska behandlingen men också en del av omvårdnaden. Aktiva insatser inom dessa områden har stor betydelse för att förhindra utveckling av undernäring och vid behandling av redan undernärda patienter. Med en bedömning av patientens näringsproblem och -behov som underlag planeras individuellt anpassade omvårdnadsåtgärder i samarbete med patienten, anhöriga och läkare, sjuksköterska samt dietist. God behandling och omvårdnad kräver rutinmässig dokumentation av patientens omvårdnadsproblem, vidtagna åtgärder och effekter av åtgärder samt överföring av information mellan olika vårdformer.

Kompetensen inom nutritionsområdet behöver förstärkas inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom hemsjukvården. När det gäller utmaningen att komma till rätta med överbeläggningar och samverkan i anslutning till utskrivning från slutna vård, är det särskilt viktigt att belysa att det finns ett

stort problem när det gäller överrapportering av nutritionsrelaterade problem och åtgärder. Detta gäller framför allt svårt sjuka med behov av nutritionsstöd i hemmet och sjuka äldre med risk för undernäring. Undernäringen bland äldre och allvarligt sjuka är utbredd, se inledande stycke i remissvaret.

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

9.4.6 Digitalisering

DRF ser en stor utvecklingspotential när det gäller att utveckla den digitala vården för nutritionsomhändertagande. Vi bedömer detta som lämpligt att bedriva digitalt med tex digitala hembesök, uppföljningar och för att nå personer som har lång väg att ta sig till vårdcentralen. DRF välkomnar utredningens formulering i bedömning angående digitalisering, att det är patientens behov, förutsättningar och preferenser som bör vara vägledande för den fortsatta utvecklingen och tillämpningen. Digitaliseringen behöver utvecklas som en integrerad del i den löpande verksamhetsutvecklingen i primärvården, så att digitala lösningar blir ett svar mot verkliga behov och tar hänsyn till patienter med störst medicinska behov. DRF vill här särskilt lyfta några observandum för att utvecklingen sker på ett sådant sätt så att det verkligen är dessa patienter som gynnas;

- Det är viktigt att digitalt stöd och digitala plattformar kvalitetssäkras utifrån innehåll och vem som får utveckla och tillhandahålla lösningar. Innehåll måste följa evidens.
- Det behöver utformas likartade regler för ekonomisk ersättning för digitala besök, telefonbesök och fysiska besök, inklusive regler för kostnad för uteblivna besök.
- Det behöver finnas indikatorer så att flera typer av insatser och åtgärder kan följas. Idag saknas i stor utsträckning indikatorer och koder inom nutritionsområdet.
- Alla professioner behöver erbjudas en aktiv roll i utveckling av indikatorer och uppföljning

Det är viktigt att ta hänsyn till de grupper som har det största behovet av stöd från Hälso- och sjukvården. En undersökningar från Socialstyrelsen har visat att patienter helst lämnar uppgifter om sina levnadsvanor i det fysiska mötet med läkare eller annan vårdpersonal, medan webbaserade lösningar var det som en lägst andel föredrog. Hos äldre, som är en grupp som har ett stort vårdbehov var andelen mycket låg. På samma sätt kan andra sårbara grupper vara missgynnade av digitala lösningar, tex om man inte själv har tillgång till dator eller internet.

9.4.7 Ersättningssystem

9.4.8 Förfrågningsunderlag för Vårdval primärvård

DRF samtycker till utredningens bedömning i att det behöver skapas en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för vårdval för primärvård. Likaså att landstingen bör samverka för att skapa enhetlig utformning av förfrågningsunderlag för sina Vårdval. Båda dessa har betydelse för de olika professionernas möjligheter att få rimliga arbetsförhållanden liksom patienternas möjligheter att få träffa rätt kompetens. I detta arbete blir det viktigt att tillse att flera aspekter tas i beaktande, för DRFs del handlar det om möjligheter för dietister att arbeta utifrån rimliga arbetsförhållanden och för invånarnas del möjligheten att erhålla en jämlik vård.

9.5.1 Ekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag syftar till att tydliggöra primärvårdens nuvarande ansvar och uppdrag, vilket DRF ser mycket positivt på. När det gäller ekonomiska konsekvenser finns flertalet hälsoekonomiska beräkningar som bedömer att det finns stora hälsoekonomiska vinster att hämta hem om arbetet med att förebygga ohälsa kopplat till ohälsosamma levnadsvanor inklusive ohälsosamma matvanor, skulle bli mer effektivt.

Anmärkningsvärt är att utredningen i stycket om de mest sjuka äldre inte alls nämner problem kopplat till undernäring. Den samlade kostnaden för undernäring inom vård och omsorg är ungefär dubbelt så stor som kostnaden för övervikt enligt en brittisk studie från 2009, vilken då uppmättes till 13 miljarder euro per år. (Elia M, Stratton RJ. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007. In: Combating malnutrition: recommendations for action. A report from the Advisory Group on Malnutrition led by BAPEN ed: M Elia, C.A. Russell. London: BAPEN; 2009. Report No.: 978 899467 36 5.) Studier från flera andra länder visar på liknande resultat. I Holland är området "Nutrition economy" utvecklat, och det finns även som ett specialområde inom [ISPOR](#) (The leading professional society for health economics and outcomes research (HEOR) globally). När det gäller nutritionsbehandling vid kronisk sjukdom och undernäring visar en hälsoekonomisk rapport utförd i Holland på hög en kostnadseffektivitet; för varje satsad euro får samhället en vinst på 4 euro, då individanpassad och kvalitetssäkrad undernäring behandlings utförs av dietist. (Kok L, Scholte R. Malnutrition underestimated The costs of malnutrition and the return on medical nutrition, commissioned by the VNFKD, SEO economic research, Amsterdam, 2014)

I stycke 9.5.1 "redogörs för några av de försök som har gjorts för att estimerade de samhällsliga kostnaderna för levnadsvanor som kan leda till ohälsa". Bland annat lyfts rubrikerna "fetma" och "alkohol". DRF önskar här lyfta att det saknas ett stycke om matvanor (som mycket av fetman handlar om) och hänvisa till Global Burden of Disease som visat att matvanor är den näst största riskfaktorn för sjukdomsburden i Sverige.

I en färsk rapport från Institutet för hälsoekonomi, "Kostnader för fetma i Sverige i dag och 2030, Rapport 2018:3", redovisas kostnader för fetman på mellan 25-70 miljarder. Därför vill DRF lyfta att den estimerade kostnaden som utredningen hänvisar till på 3 miljarder torde vara lågt räknat. Detta skulle också innebära större vinster av att arbeta med hälsosamma levnadsvanor än vad som tas upp.

Enligt World Cancer Research Funds senaste rapport "Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer; a Global Perspective, 2018" visas att fyra av 10 cancersjukdomar kan förebyggas med hjälp av mer hälsosamma matvanor och ökad fysisk aktivitet. Övervikt och fetma är efter rökning den viktigaste preventionsfaktorn när det gäller cancer. Med hjälp av verktyget, Cancerpreventionskalkylatorn, framtaget av Uppsala Universitet och Regionala cancercentrum i samverkan, kan man simulera hur antalet cancerfall skulle minska om förekomsten av ett BMI över 30 skulle ligga på samma nivå som inom gruppen högutbildade i Sverige, dvs 8 %. En sådan minskning skulle innebära en minskning av antalet cancerfall med över 41 000. Enligt de inlagda uppgifterna skulle det innebära en besparing på 137 miljoner kronor för samhället. Cancerpreventionskalkylatorn bygger på hypotetiska antaganden, men visar på potentialen i att arbeta för att minska förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor.

11. Ändamålsenlig administration

I sammanhanget ändamålsenlig administration önskar DRF lyfta en fråga som DRF länge, men förgäves har sökt uppmärksamhet för. Frågan som i stor utsträckning påverkar patienters tillgång till säker och jämlik vård samt dietisters arbetssituation. Dietister har under snart 20 års tid varit delaktiga i en rad olika utredningar relaterat till ämnesområdet utan att problemet har utretts och ett enhetligt regelverk upprättats. Frågan har också anknytning till Bilaga 4 i utredningen om egenavgifter inom hälso- och sjukvården.

Senast i juni 2018 lyfte Region Gotland frågan till berörda myndigheter i en skrivelse som bifogas remissvaret som bilaga. Frågeställningarna är idag vilande i väntan på direktiv från kommande regering. Sammanfattningsvis lyfter skrivelsen följande, vilket även Dietisternas riksförbund ställer sig bakom:

“Sveriges riksdag och regering reglerar tillsammans med fem andra myndigheter olika delar av det område som berör behandling med livsmedel för medicinska ändamål till barn och vuxna. Vår uppfattning är att detta uppdelade ansvar bidrar till att ett medicinskt förlegat förhållningssätt kvarstår, som leder till en ojämlig och patientosäker situation för ett stort antal patienter. Vi vill därför med en samlad skrivelse göra samtliga berörda myndigheter, inklusive deras uppdragsgivande departement, uppmärksamma på dessa missförhållanden. Vi föreslår att:

- Legitimerade dietister ges förskrivningsrätt
- Legitimerade dietister får individuella förskrivningskoder
- Kriterier för vilka patienter som har rätt till förmånlivsmedel moderniseras
- Listan över prisnedsatta livsmedel till barn utökas och därefter revideras fortlöpande
- Landstingens subventioner av livsmedel till vuxna blir mer enhetliga”

För fördjupade beskrivningar i frågan hänvisas till skrivelsen som bifogas som Bilaga 1. DRF vill också lyfta att de skiftande reglerna mellan olika landsting, vilka resulterar i olika beställningssystem och beställnings portaler, försvårar upphandlingar och påverkar landstingens ekonomi. Nivån på egenavgift kan påverka patientens hälsa, för höga kan göra att produkter som patienten behöver inte hämtas ut, medan för låga kan göra att landstingens kostnader blir onödigt höga.

Vi tror att det faktum att området regleras av flera olika myndigheter försvårar förändring och ser också behovet av en tydligare styrning från riksdag och regering.

11.1 Utfärdande av intyg

DRF ser positivt på att utredningen lyfter frågan om utfärdandet av intyg och välkomnar förslaget att tydliggöra regler i frågan. För dietister innebär utfärdande av olika typer av intyg en ganska betydande del av yrkesutövandet. Myndigheter, tex försäkringskassan, olika vårdinrättningar som tex gruppboenden, assistenter, andra vårdgivare, arbetsgivare, skolkök och patienter själva efterfrågar relativt ofta intyg rörande specialkost och nutritionsbehandling i olika sammanhang. Det kan handla om att beskriva vad en speciell kost kan innebära och vad som händer om patienten i fråga inte äter rätt kost. Det kan också handla om intyg om beställning av livsmedel med särskilda näringsändamål eller sondmat. Gentemot arbetsgivare kan det innebära att dietisten får intyga att patienten behöver en speciell måltidsordning och att få matrast vid bestämda tider, etc. För patienters del kan det handla om intyg inför resor för att få medföra specialprodukter i handbagage och resväskor.

DRF välkomnar förslaget i stycke 11.1.3 om en mer jämlik intygshantering över landet. Vid en kortfattad förfrågan till dietister visar det sig att intyg hanteras väldigt olika beroende på vilken arbetsgivare man har. T. ex. tar man ibland betalt för att skriva ett intyg, ibland får patienten själv skriva ut anteckningen från sin journal för att slippa betala, medan andra skriver intyg utan att ta betalt. Av detta framgår också



att intygsskrivande tillsammans med förskrivning av produkter för särskilda näringsändamål behöver synliggöras för produktionsplanering och synas i ersättningssystem på ett mer enhetligt sätt i hela landet. Flera dietister efterfrågar gemensam intygsmallar för att underlätta och intygshantering.

Dietisternas Riksförbund

Susann Ask
Ordförande