



Yttrande/Remissvar  
Datum 2021-09-29

Diarienummer  
S2021/04102

Handläggare  
Sophie Rodebjer Cairns  
Julia Backlund  
Björn Hedqvist  
Lena Ljungkrona-Falk  
Andrea Mikkelsen  
Karola Persson  
Inger Öhlund

Dietisternas Riksförbund

## **Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga**

Dietisternas riksförbund (DRF) tackar för möjligheterna att få ta del av och lämna synpunkter på delbetänkande Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga SOU 2021:34.

### **DRF vill framföra följande allmänna synpunkter på förslaget:**

DRF har full förståelse för att utmaningarna för att nå en sammanhållen god och nära vård för barn och unga är mångfaktoriella. Då dietister är en yrkesgrupp med specialistkompetens inom nutritionsområdet, väljer därför DRF att lyfta de aspekter som berör det området. Bedömning och rådgivning om mat och näringsintag kan ske på olika nivåer, men i huvudsak sker specialiserad nutritionsbehandling till den största delen inom den specialiserade vården, då det är där störst andel av dietister med specialisering inom barnområdet arbetar.

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, såväl vuxna som barn. DRF ser att flera av de förslag som utredningen lägger skulle kunna gynna barn och ungas möjligheter att inom hälso- och sjukvården få ta del av stöd och behandling inom matvanor och nutrition, både förebyggande och behandlande. Som



bakgrund för DRFs kommentarer önskar vi lyfta ett flertal aspekter utifrån vilka matvanor och nutrition påverkar barn och ungas hälsa:

Hälsosamma matvanor är viktiga hos barn för god tillväxt och tillfredställande näringsstatus och kan i alla åldrar bidra till bättre välbefinnande, både fysiskt och psykiskt. Matvanor etableras tidigt i barndomen, smakpreferenser kan grundläggas redan under graviditet och amning för att sedan förstärkas och etableras vid matintroduktionen i spädbarnsåldern (1–3). Dessa tidiga smakpreferenser får betydelse när barnet introduceras till familjens måltider.

Föräldrarnas matvanor och deras roller vid inköp och tillagning har stor betydelse för barnets framtida matvanor och hälsa (4–6). Förutom familjernas mat har de måltider som erbjuds i förskolorna och skolmåltiderna också stor betydelse. Hälsosamma matvanor är viktiga för hälsan och tyvärr gäller även det omvända. Ohälsosamma matvanor är därför, efter tobak, det som orsakar flest sjukdomar i Sverige idag (7). Enligt Pep-rapporten 2021: ”Endast 1 av 10 barn lever hälsosamt, det vill säga att de både rör på sig i den utsträckning de behöver samt äter tillräckligt av det som kroppen mår bra av” (8). Utsatta grupper har generellt mer ohälsosamma levnadsvanor och kopplingen till påverkbara hälsoproblem är stark. ([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. Sambandet mellan matvanor och psykiskt välbefinnande är väldokumenterat (9,10). Bland barn med neuropsykiatriska diagnoser finns stora skillnader i matvanor som jämfört med andra barn bidrar till sämre matintag och näringsintag (11). Det finns många olika diagnoser och tillstånd som överlappar varandra. Gemensamt för dessa är problem med ättsvårigheter och olika sensoriska känsligheter (12).

För denna grupp av barn finns det ett stort behov av nutritionsstöd och rådgivning till både barn, föräldrar, förskola och skola. Detta stöd kan ges vid barnpsykiatri eller vid barn-och ungdomshabiliteringen men ofta inte förrän barnet har fått en diagnos vilket kan ta lång tid. Familjerna får söka hjälp på flera enheter till exempel via barnmottagning, hälsocentral eller elevhälsan. Tillgången på dietister med barnkompetens är dock begränsad inom primärvården och obefintlig inom elevhälsan. På grund av detta uteblir ofta nutritionsstödet och de tidiga insatserna.

Det finns identifierade riskfaktorer gällande barns matvanor både på kort och lång sikt. Näringsbrister, undervikt, övervikt, fetma, karies och utveckling av kroniska sjukdomar i vuxenlivet såsom hjärtkärlsjukdomar, diabetes typ 2 och vissa cancerformer. Beräkningen är att 30–50% av hjärtkärlsjukdomar och en tredjedel av all cancer kan förebyggas med hälsosamma matvanor (7).

Mot bakgrund av ovanstående vill DRF lyfta betydelsen av att kunna erbjuda barn och unga stöd för mer hälsosamma matvanor, både i preventivt och behandlande syfte. Detta är en utmaning då tillgången på dietister varierar mellan olika enheter, regioner och mellan tätort och glesbygd, vilket förvärrar möjligheten att erbjuda en jämlik och rättvis vård för barn och unga.

DRF vill därför särskilt uppmärksamma utredningen på att det i den sammanhållna goda och nära vården för barn och unga behövs fler dietister i första linjen (primärvård och elevhälsa) med barninriktat och familje-fokuserat arbete. Som en bakgrund vill DRF beskriva hur det ser ut med dietistkompetens inom verksamheter som möter barn och unga.

- Inom den Specialiserade vården (barn med olika kroniska eller akuta diagnoser) finns det relativt god tillgång till dietister inom de barn-medicinska och kirurgiska enheterna.
- Inom barnpsykiatrien finns ett begränsat antal dietister. I ett försök till kartläggning över tillgången till dietister inom barnpsykiatrien har DRF gjort en sammanställning som visar på stora skillnader inom Sverige. Det är många orter med låg omfattning av heltid och majoriteten saknar denna kompetens helt och hållet, se **Tabell 1**.
- Inom barn-och ungdomshabiliteringen jobbar endast ett tjugotal dietister runt om i landet.
- Inom de hälsofrämjande och förebyggande enheterna såsom Mödra- och Barnhälsovård samt Elevhälsan behövs fler dietister både för att bedriva arbetet med tidiga insatser som främjar ätutveckling och hälsosamma matvanor samt med diagnosrelaterade behandlingar för barn. Dessutom varierar organisationerna såväl mellan regionerna som inom regionerna där glesbygden ofta både har längre avstånd till den specialiserade vården och ofta/ibland mindre kompetens i första linjen.

Vid uppbyggnaden av en God och nära vård på primärvårdsnivå för barn och unga behöver det finnas dietister i alla verksamheter. I nära vård är ofta teamet centralt, och innebär att alla medlemmar i teamet behöver ha möjlighet till teamsamverkan. Därför räcker det inte med tjänster som endast omfattar 10–20 % av heltid, vilket är vanligt bland dietister. Detta leder till att det blir mycket svårt/omöjligt för dietisten att vara en i teamet.

**Tabell 1** visar tillgång till dietister inom barn och ungdomspsykiatri (BUP) och ungdomshälsan, ungdomsmottagningen

Region/område	Tillgång till dietister vid BUP	Tillgång till dietister vid ungdomshälsan, ungdomsmottagningen
Skåne	0	5 (omfattning oklar)
Kronoberg	Ingen	20 % köps från barnkliniken
Östergötland	3	1
VGR	1 (+2 vid åldersövergripande ätstörningsenhet och 10% på annan enhet)	9
Örebro	1 (omfattning oklar)	75%
Värmland	1 (inklusive barn-och ungdomshabiliteringen)	
Sörmland	80 %	1 (% ???)
Västmanland	50%	??
Gotland	20 %	
Uppsala	1 vid centrum för ätstörningar (100 %)	
Stockholm	Primärvårdens dietister tar emot remisser från BUP och BUH	



Dalarna	20% köps av barnkliniken i Falun	
Västernorrland	20 %	
Jämtland	20% Neuropsykiatriska diagnoser 30 % Ätstörningsteam	
Västerbotten	50 %	75%
Norrbottn	Patienterna hänvisas till barnklinikens resurser	

Vårdgarantin i primärvården ska sedan januari 2019 omfattas av alla legitimerade professioner. Det är stor spridning över landet och uppfyllelsegraden för dietister är låg. Under det senaste året har endast <40 % av dietistbesöken uppnått denna målsättning (13).

Vårdgarantin omfattar även barn men vi kan inte uttala oss om uppfyllelsegraden för barnen eftersom endast vuxna redovisas i statistiken. Det är viktigt att uppmärksamma detta. Orsaken är inte utredd men bedöms av DRF bero på det låga antalet dietisttjänster som finns inom primärvården. Här behövs dels fler tjänster men viktigast av allt är att de tjänster som finns både har barnkompetens och mandat att få jobba med barnen. Utredningen behöver peka på denna resursbrist och föreslå åtgärder till en mer jämlik tillgång på denna kompetens.

I en nationell kartläggning av barnhälsovården (14) har sammanställningen av centrala barnhälsovårdsteam (CBHV) kartlagts och visar att det finns dietister inom 6 av de 20 kartlagda regionerna.

Dessa dietister har som uppgift att samla in och sprida kunskap genom att handleda, ta fram material och ge utbildningsinsatser om mat och kostrelaterade levnadsvanor. I två av dessa tjänster ingår som en mindre del att träffa enskilda barn och föräldrar (kliniskt arbete). Bland dessa tjänster är deltidsanställningar vanligt (20–100 % av heltid).

Förutom de dietister som arbetar vid CBHV med övergripande frågor sker samverkan med primärvårdsdietister eller dietister inom den specialiserade vården i olika omfattning. I regionerna Uppsala, Kalmar och Jönköping uppger samtliga BVC att samverkan med dietist fungerar Mycket bra eller Bra. I övriga regioner svarade man att detta fungerade Mycket bra eller Bra för endast 10–20 % av BVC-enheterna.

I NPO levnadsvanor pågår en planering av ett nytt vårdprogram för barn och ungdomar om levnadsvanor där matvanor är en viktig del vilket kommer att påverka personalbehovet och arbetsmetoder.

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 för barn och unga, då det finns både hälsovinster och ekonomiska vinster om arbetet kan växlas upp. DRF välkomnar utredningens förslag och ser stora möjligheter att kunna erbjuda en mer sammanhållen grund för att gynna barn och ungas hälsa och utveckling. DRFs förhoppning är att de förslag som utredningen lägger också kan bidra till att nutritionens roll i den nära vården



kan stärkas och gynna barn och ungas hälsa, speciellt för de grupper som har de största behoven.

Med den ovanstående beskrivningen som grund vill DRF avsluta med att ge en kommentar till utredningens förslag på rekommendationer och de sex steg som identifierats för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa. DRF vill med kommentarerna göra utredningen uppmärksam på de speciella utmaningar som DRF ser utifrån att vården för barn och unga utifrån ett nutrivtionsperspektiv i dag är eftersatt och ojämlig.

### **”Ta fram ett hälsovårdsprogram som säger vad alla bör få”**

DRF välkomnar framtagandet av ett hälsovårdsprogram och vill i allra högsta grad medverka i framtagandet av de insatser som relaterar till att grunda goda matvanor. I rapportens andra del ges hänvisning till ett initiativ från Skottland (15) som ett gott exempel på en nutrivtionsrelaterad insats. Om något är tänkt att implementeras härifrån vill vi gärna bli rådfrågade då det är stor skillnad på både förutsättningar, prioriterade problem, pågående initiativ och möjligheter till lösningar mellan Sverige och Skottland. Exempelvis är det redan från grunden stor skillnad på andelen helt och delvis ammade barn och hur stor andel av barnen som har övervikt och fetma.

### **Steg 1: ”Hela samhället har ett ansvar för den psykiska hälsan. Exempelvis är förskolan och skolan viktiga för att minska risken att barn och unga börjar må dåligt.”**

Barnhälsovårdsdietister behövs i varje region och dietisttjänster med ansvar för elevhälsan behöver utvecklas.

### **Steg 2: ”En sammanhållen vård som arbetar utifrån hälsovårdsprogrammet kan tidigt hitta och hjälpa barn och unga med psykisk ohälsa.”**

Om någon ny form av screening ska införas är det viktigt att metoden är utvärderad och validerad samt att det finns resurser för att ta hand om det som identifieras. Om matvanor ska vara en del i detta ser vi gärna att representanter från DRF och Barnhälsovården blir inkopplade för att identifiera behovet av tidiga insatser vad gäller matvanor, matsvårigheter och selektivt ätande. Insatser och stöttning behövs tidigt. Som vi tidigare nämnt är problem kopplade till mat och ätande vanligt hos barn med psykisk ohälsa. Många barn/familjer får inte någon hjälp med maten/ätandet förrän diagnos är ställd och det kan ofta ta lång tid.

### **Steg 3: ”Primärvården får ett tydligare ansvar. De som mår psykiskt dåligt ska kunna vända sig dit i första hand.”**

Det är bra med tydligare ansvarsfördelning där både primärvården och elevhälsan får mer resurser för att hantera denna fråga. Här behövs fler dietister för att bedriva arbetet med tidiga insatser. Men resurs och kompetens för att behandla de barn som mår psykiskt dåligt bör också ligga inom den specialiserade vården hos barn- och ungdomspsykiatrin. Att skapa fler team på BUP där dietist är involverad kan bli extra viktigt om vi ska kunna göra någonting mer åt problemet med psykisk ohälsa än att bara identifiera det i större utsträckning.

### **Steg 4: ”Primärvården får bättre kunskap och resurser för att möta barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer.”**

Instämmer helt.

**Steg 5: ”Den specialiserade vården bör stötta primärvården och elevhälsan, och hjälpa till att avgöra vilka som kan få hjälp av primärvården och vilka som behöver specialiserad vård.”**

För att denna samverkan ska fungera bra ur ett nutitionsperspektiv behövs nutitionskompetens bland tjänster på nyckelpositioner. Barnhälsovården behöver barnhälsovårdsdietister i varje region, primärvården behöver fler dietister totalt och även med barnkompetens. Elevhälsan behöver ha egen dietist eller ha kombinerade tjänster med barnhälsovård/primärvård. Slutligen behöver BUP och HAB mer dietisttjänster med specialkompetens för att samverka mellan förskola, skola och olika delar av vårdkedjan ska fungera. För nulägesbeskrivning av täckningsgrad se **Tabell 1** ovan.

**Steg 6: ”Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskolan och skolan behöver samarbeta kring barn och unga som behöver mycket hjälp under lång tid.”**

Instämmer helt.

Dietisternas Riksförbund

*Ordförande*

Sophie Rodebjer Cairns

*Sakkunniga*

Julia Backlund, Lena Ljungkrona-Falk, Björn Hedqvist,  
Andrea Mikkelsen, Karola Persson, och Inger Öhlund

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 nutitionskunskap inom hälso- och sjukvården, då dietister är den enda profession som har specialistkunskap inom nutrition. Vilket även den europeiska samarbetsorganisationen för dietister, EFAD, lyfter inom det Europeiska samarbetet med att förstärka primärvården

1. Mennella JA, Daniels LM, Reiter AR. Learning to like vegetables during breastfeeding: a randomized clinical trial of lactating mothers and infants. *Am J Clin Nutr.* 2017;106(1):67-76.
2. Johansson U, Lindberg L, Ohlund I, Hernell O, Lonnerdal B, Lunden S, Sandell M, Lind T. Acceptance of a Nordic, Protein-Reduced Diet for Young Children during Complementary Feeding-A Randomized Controlled Trial. *Foods.* 2021;10(2).
3. Spahn JM, Callahan EH, Spill MK, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, Black MM, Cook JT, Faith MS, Mennella JA, et al. Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(Suppl\_7):1003S-26S.
4. Öhlund I, Lind T, Hörnell A, Hernell O. Predictors of iron status in well-nourished 4-year-old children. *Am J Clin Nutr.* 2008;87(4):839-45.
5. Öhlund I, Hernell O, Hörnell A, Lind T. Serum lipid and apolipoprotein levels in 4-year-old children are associated with parental levels and track over time. *Eur J Clin Nutr.* 2011;65(4):463-9.
6. Öhlund I, Hernell O, Hörnell A, Stenlund H, Lind T. BMI at 4 years of age is associated with previous and current protein intake and with paternal BMI. *Eur J Clin Nutr.* 2010;64:138-45.
7. Livsmedelsverket (2021). *Bra matvanor räddar liv.* <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/bra-matvanor-raddar-liv>. [2021-09-14]
8. Generation Pep (2021). *Pep-rapporten 2021.* <https://generationpep.se/media/2869/pep-rapporten-2021>. [2021-09-14]
  
9. O'Neil A, Quirk SE, Housden S, Brennan SL, Williams LJ, Pasco JA, Berk M, Jacka FN. Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *Am J Public Health.* 2014;104(10):e31-42.
10. Khalid S, Williams CM, Reynolds SA. Is there an association between diet and depression in children and adolescents? A systematic review. *Br J Nutr.* 2016;116(12):2097-108.
11. Esteban-Figuerola P, Canals J, Fernández-Cao JC, Arija Val V. Differences in food consumption and nutritional intake between children with autism spectrum disorders and typically developing children: A meta-analysis. *Autism : the international journal of research and practice.* 2019;23(5):1079-95.
12. Dovey TM, Kumari V, Blissett J. Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2019;61:56-62.
13. Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *Medicinsk bedömning i primärvården.* <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/primarvard/medicinskbedomning.54389.html>. [2021-09-14]
14. Socialstyrelsen (2020). *Nationell kartläggning av barnhälsovården - En jämlik och tillgänglig barnhälsovård.* (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6889.pdf>). [2021-09-14]



**DRF**  
DIETISTERNAS  
RIKSFÖRBUND

15. The Scottish Government (2011). *Improving Maternal and Infant Nutrition: A Framework for Action*.

<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2011/01/improving-maternal-infant-nutrition-framework-action/documents/0110855-pdf/0110855-pdf/govscot%3Adocument/0110855.pdf>. [2021-09-14]