

KOMMUNDIETISTER I SVERIGE

KARTLÄGGNING UTIFRÅN

ENKÄTUNDERSÖKNING NOV/DEC 2010



Foto: Kajsa Asp Jonson

Dietisternas Riksförbund

Dietisternas Riksförbund (DRF) är en yrkesförening vars medlemmar är legitimerade och har en universitetsutbildning med huvudinriktning på nutrition omfattande 3-4.

DRF:s drygt 1200 medlemmar arbetar främst med prevention och behandling av nutritionsrelaterade problem, samt undervisning av personal. De flesta är anställda inom sluten- och öppenvård, en liten del inom kommunal äldreomsorg.

www.drf.nu



DRF
DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND

Sjukdomsrelaterad undernäring i äldreomsorgen – har vi råd?

BAKGRUND

Tre av fyra vårdtagare i äldreomsorgen beräknas vara drabbade eller ligga i riskzonen för sjukdomsrelaterad undernäring. Obehandlat är tillståndet livshotande och leder till både ökad vårdtyngd, och minskad funktion och livskvalitet.

Det är kommunernas ansvar att erbjuda god och säker nutritionsvård för de allra mest sjuka äldre. För att klara detta åtagande krävs kompetens, ansvarsfördelning och rutiner.

Att tillförsäkra sjuka äldre i ordinärt boende ett gott nutritionsomhändertagande är en stor utmaning. Regeringens stimulanspengar för att utveckla och förstärka vård och omsorg om de mest sjuka äldre har inneburit att många projekt inom kost och nutrition startats. Drygt hundra kommundietister har anställts och påbörjat kvalitetshöjande arbeten såsom utbildning och kompetenshöjning för övrig personal.

Denna enkätundersökning genomförs nu för tredje året, med syfte att följa nutritionsomhändertagandet i Sveriges kommuner. De tidigare undersökningarna visar att majoriteten av dietisttjänsterna drivs i projektform, på 6-12 månader. De flesta finansierade via regeringens stimulansmedel. En del kommuner har i samband med att projekttiden löpt ut valt att avsluta tjänsten och därmed ta bort dietistfunktionen. Oklara arbetsuppgifter och otydligt ledarskap gör att resurserna inte har använts på ett kostnadseffektivt sätt. Brist på förståelse för nutritionens betydelse, och att det tar tid att implementera nya rutiner, är andra tänkbara anledningar.

Det finns också goda exempel där förutsättningarna successivt förbättrats och dietisten genom åren fått en allt mer betydelsefull roll.

SVARSFREKVENNS

Enkäten har sänts till medlemmar i Dietisternas Riksförbund samt till de dietister, som är med i det kollegiala nätverk som skapats för och av kommundietister, totalt 125 personer. Av totalt 90 svarande hade 81 tjänst i kommunal verksamhet.

YRKESLIVSERFARENHET

Av de 69 svarande hade 33% arbetat ett år, 57% i 2-3 år och 10% i fyra år eller längre. Nio av tio har alltså arbetat tre år eller mindre. För många är detta det första jobbet som dietist.

ANSTÄLLNINGSFORM

Av 78 svarande hade mindre än en tredjedel tillsvidareanställning, 55% hade tidsbegränsad projektanställning. I april 2009 fanns totalt 25 tillsvidaretjänster (hel- resp. deltid) i Sveriges 290 kommuner. Av de med tidsbegränsad projektanställning hade 44% arbetat på tjänsten under mindre än ett år och 40% i 1-2 år. 74% var anställda med tjänstetitel Dietist och 83% som Dietist i kombination med något annat i titeln. 17% titulerades Projektledare.

FINANSIERING

Av totalt 77 svarade 77% att tjänsten tillkommit via regeringens stimulansmedel. Dietisterna med tillsvidareanställning var till 44% finansierade av stimulansmedel. Motsvarande siffra bland de projektanställda var 92%.

ARBETSOMRÅDEN

Arbete inom äldreomsorg, hemtjänst och särskilt boende dominerar. Sysselsättningsgrad inom respektive område varierar mellan 5 och 100%. Se tabell 1.

Några arbetar i varierande grad inom barnomsorg eller skola. Andelen är betydligt högre bland de tillsvidareanställda (21%) jämfört med 2% av de projektanställda.

Hälften av de tillsvidareanställda, och bara en femtedel av de projektanställda, arbetar med nutrition för funktionshindrade vårdtagare.

ARBETSUPPGIFTER

Totalt hade 77 personer besvarat frågan om vad som ingår i tjänsten, se tabell 2. Alla arbetar med utvecklingsarbete, till exempel med inriktning på kvalitetshöjning, att ta fram kravspecifikationer för upphandling av matdistribution och måltidsobservationer.

Bland de projektanställda var det en betydligt högre andel – 60% jämfört med 33% av de tillsvidareanställda – som arbetade med att kartlägga nuläget. Bland de tillsvidareanställda

arbetade en större andel (58%) med nutritionsbehandling av enskilda, jämfört med 38% bland de projektanställda.

66 av 77 som besvarade frågan ansåg att arbetsuppgifterna överensstämmer med det man som dietist är utbildad för, medan 14% inte delade den uppfattningen. De som har specificerat sitt svar menar att många av arbetsuppgifterna innebär en betydligt större bredd än själva dietistfunktionen. Projektledning, inkluderat att implementera nya rutiner och arbetssätt, är vanligt men också utredningsarbete, till exempel beträffande samarbetsrutiner mellan olika huvudmän. En person svarar *"arbetar mera med strategiska frågor, budget, projektledning än vad som ingick i den kliniska dietistutbildningen, dvs. mycket högre upp i organisationen"*. En annan svarar *"Allt för mycket livsmedelshygien och för lite kost"*.

Bland de tillsvidareanställda anser 79% av de 24 som svarat att deras arbetsuppgifter stämmer överens med vad de utbildats för. De 21% som anser att de inte överensstämmer har ofta fått en mer betydande samordningsfunktion, till exempel som projektledare.

Tabell 1. Arbetsområden som ingår i tjänsten.

Arbetsområde	2007	2008	2009
Äldreomsorg totalt	84%	77%	83%
Hemtjänst	57%	49%	44%
Särskilt boende	76%	71%	56%
Barnomsorg	9%	4%	8%
Skola	11%	6%	8%
Funktionshindrade	17%	26%	29%
Annat	14%	0%	8%

Tabell 2. Arbetsuppgifter som ingår i tjänsten.

Arbetsuppgift	2007	2008	2009
Kartläggning av nuläge	64%	66%	52%
Utbildning av personal	83%	89%	92%
Nutritionsbehandling av enskilda	33%	38%	44%
Framtagande av styrande dokument	66%	74%	84%
Annat	53%	11%	39%

TILLGÅNG TILL PATIENTJOURNALEN

Dokumentation av arbetet är en skyldighet för all legitimerad sjukvårdspersonal och en förutsättning för god och säker vård, se Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården i bilaga 1.

71 har besvarat frågan om de har tillgång till journal vid nutritionsbehandling av enskilda; 58% svarar "ja" och 42% "nej". Av de 41 som besvarat frågan om de själva dokumenterar i journalen svarar 34 (83%) "ja" och 7 (17%) "nej". Bland de tillsvidareanställda är det fler som har tillgång till och dokumenterar i journalen.

INSIKT I KOMMUNDIETISTENS ARBETE

Okunskap kring nutritionsfrågor och hur man på bästa sätt skall utnyttja dietistens kompetens är vanligt och leder många gånger till att resurserna inte används på ett kostnadseffektivt sätt. Av 77 som svarat på frågan om kommunen förstår vad en dietist kan göra svarar 73% ”ja”, medan 27% inte håller med.

Bland motiveringarna återfinns kommentarer såsom ”*Det finns en uppfattning om att dietist bara behöver konsulteras vid extremt svåra patientfall. Potentialen för vårt bidragande arbete för kvalitetshöjning av äldreomsorgens nutritionsomhändertagande är inte känt*” och ”*Man vet knappt vad en dietist jobbar med trots att man sökt pengar för detta. Nu när projekttiden går mot sitt slut tänker man ej anställa dietist utan tänker ”lägga över arbetsuppgifterna på någon annan”, vem då kan man ju undra?*”.

Många förstår inte nutritionens betydelse för omvårdnad, prognos och rehabilitering. I jämförelse med sjukgymnastik och arbetsterapi tycks ”det här med mat” vara något som alla behärskar och kan ha åsikter om. Åsikter och tyckande får ofta styra, och många myter florerar om enskilda livsmedel.

”*Ledningen verkar tro att sjuksköterskorna har så pass mycket nutritionskompetens att de kan lösa mycket själva och att de vet vem de behöver ta hjälp av, vilket inte är vad jag sett under min tid i projektet. Det har kanske blivit något bättre under projekttiden. De förstår heller inte när man förklarar vad vi kan och hur vår kompetens höjer kvalitet på både det medicinska och sociala omhändertagandet. De har sällan tid att lyssna.*”

”*I kommunal verksamhet anser ledningen inte att dietister behövs, man ska inte anställa personer med legitimation, de behov som uppstår eller ev. finns ska landstinget lösa, att man sedan har legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster är liksom inte samma sak... Min förhoppning är att kommunen efter massutbildning av all personal och ledning ska ha fått upp ögonen för dietistens funktion och hur mycket vi kan bidra med – kunskap, minskad vårdtyngd, ekonomiska vinster och nya infallsvinklar till förbättrad omvårdnad.*”

Kommunens har, enligt 79% av de 24 tillsvidareanställda som svarat, förståelse för dietistens roll och funktion. Bland de projektanställda anser 70% av de 53 som svarat att kommunen förstår dietistens roll och funktion, medan 30% inte delar den uppfattningen.

En majoritet anser att de får gehör för sina idéer. Andelen är högre bland de tillsvidareanställda. En har svarat:

”*Både ja och nej. En hel del har stoppats då man anser att man inte kan belasta verksamheterna med mer, eftersom så mycket annat pågår samtidigt. Då är det svårt att gå på djupet. Man har sagt ja till en policy, men nej till själva implementeringen.*”

FÖRVÄNTNINGAR

Nio av tio kommundietister anser att tjänsten motsvarar förväntningarna. I kommentarerna lyser bristen på kunskap om hur man skall använda dietist på bästa sätt igenom:

”Vid anställningen tycker jag att det lovades bättre uppbackning i form av tydlig projektledning, vilket inte har varit fallet. Jag har fått styra upp alldeles för mycket på egen hand. Vilket är ok om det är det som är avtalat, men jag upplever inte att det var det i det här fallet. Var pengarna har legat i kommunen och var jag har haft min chef har också varit lite rörigt, men det är väl omständigheter som är svårt att göra något åt.”

”Jag trodde mina unika nutritionskunskaper skulle tas tillvara mycket mera, idag går mycket tid åt till att göra typiska kostekonomjobb matsedelsplanering, upphandling av livsmedel och, prisberäkning.”

FRAMTIDSPLANER

Många har stora ambitioner. Dietisten har skapat en bra plattform att arbeta utifrån och man planerar att fortsätta utbildning av personal, till exempel sjuksköterskor och kostombud. Implementering av nya rutiner återkommer också i många svar, till exempel nutritionspolicy, kostprogram, kortare nattfasta, MNA-screening (Mini Nutritional assessment) och måltidsprojekt.

Många vill utöka den individuella kostbehandlingen och få en mer självklar plats i vårdteamet, dokumentera i journalen och så vidare. Samarbete med hemtjänst och hemsjukvård planeras också, och utveckling av ett kvalitetssystem med fungerande internkontroll. Att utveckla samarbete med primärvård och slutenvård nämns, samt att utveckla rutiner för att mäta Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

En person svarar *”Nästa år ska jag jobba mot en hemtjänstgrupp som ska bli specialister på dementa. Vi kommer att införa högre nutritionsovervakning i gruppen. t ex ska alla kunderna genomgå MNA och enklare nutritionsåtgärder ska genomföras av hemtjänstpersonalen. Samarbetet med landstingets distriktssköterskor ska upprättas, så att ansvarsområden inom nutritionen kan identifieras”*.

Andra kommentarer vittnar om den stora osäkerhet och frustration man känner inför anställningsförhållanden, och att det är svårt att göra ett bra jobb om man inte har möjlighet att skapa en långsiktig strategi, utan hela tiden måste kämpa för sin plats i verksamheten. Några väljer att ge upp.

Vissa kommuner har valt att fortsätta att driva stimulansfinansierade kostprojekt, men utan dietistfunktionen.

VERKTYG I ARBETET

De arbetsverktyg och styrdokument som finns att tillgå i kommunerna visas i tabell 3. Många av dessa verktyg har dietisten själv tagit fram, därför har siffrorna successivt stigit. Särskilt värt att notera är att egenkontrollprogram finns hos nästan alla av de tillsvidareanställda men bara hos 3/4 av de projektanställda.

Tabell 3. Verktyg i arbetet

	2007	2008	2009
Egenkontrollprogram	48%	66%	82%
Näringsberäknad matsedel	35%	48%	71%
Instrument för nutritionsovervakning	43%	68%	87%
Riktlinjer / policy angående nutrition	41%	71%	87%

TJÄNSTENS PLACERING, ARBETSGIVARENS KUNSKAPER OCH INTRESSE FÖR NUTRITIONSFRÅGOR.

IMPLEMENTERING

20 tjänster är placerade i Stockholmsregionen, 17 i Norrland, 14 i Västra Götalandsregionen (varav 4 i Göteborgs stad), 7 i Region Skåne, 8 i Småland/Blekinge/Gotland, 5 i Uppland och 3 i Värmland.

Av 77 svarande instämmer 82% helt eller delvis i att kommunen/stadsdelen har kommit långt i sitt nutritionsarbete. Nio av tio menar (helt eller delvis) i att kommunen har långt kvar i detta arbete. Bland de projektanställda är det fler som helt eller delvis instämmer i att kommunen har långt kvar i detta arbete, jämfört med tillsvidareanställda. Se Tabell 4.

Tabell 4. Kommunernas intresse för nutritionsfrågor, implementering e t c.

Kommunen har kommit långt			Kommunen har långt kvar		
	antal	procent		antal	procent
Instämmer helt	4	5%	Instämmer helt	22	29%
Instämmer delvis	59	77%	Instämmer delvis	46	61%
Instämmer inte alls	12	16%	Instämmer inte alls	5	7%
Vet ej	2	3%	Vet ej	2	3%
Totalt	77	100%	Totalt	75	100%

45 personer har utvecklat sitt svar och pekar på att man kommit en bit på väg men att mycket arbete återstår till exempel när det gäller att följa rekommendationer, individualisera måltidshjälpen, identifiera och initiera nutritionsbehandling. För att införda rutiner skall fortsätta fungera krävs kontinuerlig uppföljning. Vissa menar att arbetet med förbättrade rutiner kommit längre inom särskilt boende och att hemtjänsten nu är den stora utmaningen.

Skillnader mellan offentligt driven verksamhet och privata entreprenörer tas upp. Privata vårdgivare räknas ofta inte in i kommunernas arbete, och det behövs verktyg för uppföljning av nutritionsarbetet som inkluderar vård driven på entreprenad, eftersom nutritionsarbetet ofta ligger efter här. På andra ställen erbjuder kommunen dietisttjänsten till både kommunal och privatdriven verksamhet .

”I vår stadsdel finns enbart privata utförare av särskilda boenden och man har kommit på att avtalsuppföljning av nutrition är en viktig del av kvalitetsarbetet. Jag har (utanför projektet) därför anlitats att utföra dessa, stadsdelen har konstaterat att dessa uppföljningar måste göras av en dietist.”

Behovet av att integrera SOL (Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade) och HSL (Hälsa- och sjukvårdslagen) nämns:

”Trots att man har börjat med policys och dokument och startat samarbete mellan HSL och SOL så är det en lång väg kvar innan allt fungerar, stadsdelsdirektören har insett att det vore klokt med en NAD inom stadsdelen”. (NAD=Nutritionsansvarig Dietist)

”Eftersom de tio stadsdelarna har olika lösningar på maten inom Vård och Omsorg och jag och min kollega arbetar med handikappomsorg och äldreomsorg i ALLA stadsdelar samtidigt är det givetvis så att på en del ställen fungerar det mkt bra/de har kommit ganska långt och på andra håll återstår väldigt mycket arbete. Vårt ansvarsområde är gigantiskt och det är därför svårt att ge generella svar som ska gälla hela Malmö.”

”Det finns intresse för nutritionsfrågor i kommunledningen men också en stor tröghet att komma igång med detta arbete. Detta är en liten brukskommun och förändringsarbetet möts av en hel del motstånd, rädsla och oförståelse från en del avdelningspersonal.”

”Förståelsen för vad åldrandet medför i måltidssituationen och i synnerhet vid demens är under all kritik, har börjat utbilda och det glädjer mig att man faktiskt är kunskapstörstande och får många aha-upplevelser samt är förändringsbenägna efter kurserna, det finns alltså hopp! Men det kommer att ta tid.”

”Nämnden och förvaltningen vet mycket väl vad de vill. Dessvärre har det ännu inte spritt sig ut till enheterna. Enheterna vet vad de bör göra men brinner inte för frågorna i tillräckligt stor utsträckning för att omsätta stadens mål i praktiken.”

”Kostprogrammet är ett politiskt taget dokument vilket ger mer kraft åt det. Trots detta vet man inte hur man implementerar det i verksamheten. Är rädd att när jag "försvinner" så blir det bara en hyllvärmare. Och det var kanske inte riktigt tanken med stimulansmedlen?”

DISKUSSION

Kommundietisttjänsterna har tagit form och etablerats ytterligare sedan föregående enkät. Det erfarenhetsutbyte som sker inom kommundietisternas nätverk har varit till stor hjälp för att utveckla metoder, instrument och rutiner för ett bättre nutritionsomhändertagande.

Under de tre år som kartläggningen gjorts har dietistfunktionen i kommunerna mejslats fram och många har fått en tydligare roll och en mer framträdande plats, till exempel som projektledare och som utbildningsansvarig i nutritionsfrågor. På andra ställen kvarstår en känsla av osäkerhet och vanmakt, ofta på grund av ett otydligt ledarskap och avsaknad av mål i organisationen, och bristande förståelse för hur dietistfunktionen skall utnyttjas.

Det är fortfarande en relativt stor omsättning på tjänsterna, vilket till viss del beror på att en projektanställning begränsas till högst två år. En del har permanentats, medan andra inte förlängs när projekttiden gått ut. Något som på sikt sannolikt kommer att leda till att resultatet av det arbete som påbörjats riskerar att erodera. Förändringsarbete tar tid och för att det skall fortleva krävs bärande balkar. En roll som kommundietisterna haft i dessa projekt.

Andelen kommundietister som arbetar med kostfrågor inom skola och barnomsorg har sjunkit betydligt sedan föregående undersökningar, vilket är anmärkningsvärt eftersom behovet av nutritionsexpertis är stort, till exempel när det gäller övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

Att fler av de projektanställda arbetar med kartläggningsarbete jämfört med fastanställda beror sannolikt på att dessa tjänster är nyare och kartläggning är en naturlig start på ett utvecklingsarbete.

När det gäller nutritionsbehandling av enskilda sker detta ibland genom att handledning sjuksköterskor eller som konsult till dessa. Det har också ifrågasatts om dietisten skall dokumentera självständigt vilket är anmärkningsvärt då all legitimerad personal har en skyldighet att dokumentera i journal. På flera håll i landet har det varit en diskussion där MAS:ar (Medicinskt ansvariga sjuksköterskor) hävdar att dietisten inte skall bedriva behandling av enskild patient självständigt utan gå genom sjuksköterska. Huvudargumentet är att dietist för enskild behandling skall komma från hälso- och sjukvårdens primärvård, där denna resurs ofta saknas. En bakomliggande orsak till oklarheten är hur det faktum att dietister inte fanns med i växlingen mellan kommuner och landsting i samband med ÄDEL-reformen skall tolkas. Denna växling skedde för 20 år sedan då situationen såg helt annorlunda ut såväl demografiskt som när det gäller andelen sjuka sköra äldre i ordinärt eller särskilt boende. Det enda formella stödet finns i SKL:s cirkulär 08:9 Kunskapsförstärkning inom vård och omsorg i måltids- och näringsfrågor *"Om en dietist anställd i en kommun anlitas för att göra bedömningar angående nutrition rörande en enskild patient utifrån medicinska behov i samband med sjukdomstillstånd eller förebyggande rådgivning i samband med sjukdom, så är detta en insats som kan genomföras inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Bedömningen ska grundas på vårdragarens medicinska diagnos och en sådan insats ska dokumenteras i vederbörandes journal i kommunen"*. Det är nödvändigt att få klarhet i vad som gäller med avseende på dietistens funktion i kommunal äldreomsorg och vilken huvudman som skall ansvara för denna funktion. En normerande skrivning som tydligt uttrycker detta är därför motiverad och önskvärd.

Multisjuka äldre definieras som personer 75 år och äldre, med tre eller flera diagnoser som varit inlagda på sjukhus tre eller flera gånger under det senaste året, och uppskattas till ca 7 procent av befolkningen 75+. Sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt förekommande i denna grupp.

Det finns flera orsaker till undernäring hos äldre, bland annat:

- bristande aptit,
- sjukdom som förändrar de metabola förutsättningarna,
- fysiska handikapp, inkluderat tugg- och sväljproblem,
- ökat behov av näringsämnen.

Konsekvenserna blir minskad funktion och sämre livskvalitet, samt ökad risk för sjuklighet och död. Läkares och övrig vårdpersonals otillräckliga kunskaper om nutrition vid sjukdom har lett till att nutritionsproblem inte uppmärksammas och åtgärdas i önskvärd utsträckning. HLS och SOL-insatser är inte alltid optimalt samordnade beroende på att representanter för respektive lagstiftning företräder olika synsätt på vilka insatser som bör prioriteras. Detta är en viktig grundläggande orsak till att dietistkompetens i många fall bemöts med oförståelse och underutnyttjas inom kommunal äldreomsorg.

Det finns idag en omfattande internationell dokumentation beträffande vinster och kostandseffektivitet i strukturerat nutritionsomhändertagande av äldre i ordinärt och särskilt boende. The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (www.nice.org.uk) har i en rapport (CG32) gjort kostnadsberäkningar som baseras på systematiska litteraturgenomgångar av kontrollerade randomiserade studier. På grundval av kostnaderna för sjukdomsrelaterad undernäring förordar NICE systematisk screening, som efterföljs av adekvata åtgärder i termer evidensbaserad behandling. Ett strukturerat nutritionsomhändertagande rankas som en av de viktigaste åtgärderna för att sänka hälso- och sjukvårdens kostnader. För de flesta drabbade bygger behandlingen på oral nutritionsbehandling i form av Energi- och proteinrik kost, konsistensanpassning och oralt nutritionsstöd, vanligen i form av näringsdrycker. Om näringsdrycker och annat nutritionsstöd ska bli kostandseffektivt och patientsäkert krävs individuell ordination på given indikation vilket i sin tur förutsätter en individuell utredning. För denna krävs dietist.

Riksdagen har beslutat om tillägg i hälso- och sjukvårdslagen samt i socialtjänstlagen, SFS 2009:6 <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20090979.pdf>. Nutritionsbehandling är en del av hälso- och sjukvården varför det även inom detta område bör upprättas behandlingsplaner. Kommun och landsting delar på ansvaret att så sker, bilaga 2.

KONKLUSION

Sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt förekommande bland äldre. Problemet är undervärderat och därför underbehandlat. Dietisten har specifik kunskap för att utreda och behandla tillstånd som klassificeras med nutritionsdiagnos. Många kommundietister har etablerat sig väl, medan andra upplever en stor frustration över bristande förståelse för sin roll, vad man kan bidra med och nutritionens betydelse inom äldreomsorgen.

All erfarenhet som kommundietisterna tillsammans byggt upp är början till en gemensam kunskapsbank med flera goda exempel för landets kommuner. Resurserna som avsätts till individuella instanser är långt ifrån tillräckliga för att täcka det stora behov som finns. En tydligare normering kring dietistfunktionen i kommunal äldreomsorg är därför önskvärd och motiverad.

INFORMATIONSHANTERING OCH JOURNALFÖRING

Ur

SOSFS 2008:14

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Styrning av behörigheter

6 § Vårdgivaren ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalens och andra befattningshavares behörighet begränsas till vad som är nödvändigt för att ge en god och säker vård. Vårdgivaren ska vidare ansvara för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till patientuppgifter. Vårdgivarens beslut om tilldelning av behörighet ska föregås av en behovs- och riskanalys. Vårdgivaren ska även ansvara för att det finns rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna. ”

Patientjournalens innehåll

6 § Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att en patientjournal, utöver vad som krävs enligt 3 kap. 5-8 och 11 §§ patientdatalagen (2008:355), i förekommande fall innehåller

1. uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
2. uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar,
3. uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel,
4. undersökningsresultat,
5. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
6. uppgifter om vårdhygienisk smitta, samt
7. epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.

Rutinerna ska vidare säkerställa att patientjournalen innehåller en markering som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14> (den 2010-03-17)

TILLÄGG I HSL OCH SOCIALTJÄNSTLAGEN INFORMATIONSHANTERING OCH JOURNALFÖRING

Riksdagen har beslutat om tillägg i hälso- och sjukvårdslagen samt i socialtjänstlagen, SFS 2009:6 <http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20090979.pdf>

3 § När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde.

Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Ändring SFS 209:981

<http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20090981.pdf>

7 § När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

KOMMUNDIETISTER I SVERIGE

(tillsvidaretjänster) 090925

Kommun	%
Falun	100?
Göteborg Stad	
Huddinge	200
Hudiksvall	100
Hässleholm	100?
Jönköping	50
Kalmar	100
Karlskrona	100
Karlstad	100
Katrineholm	100
Landskrona	100
Lidköping	100
Marks kommun	100
Malmö	200
Mölnåls stad	100?
Skara	100
Skellefteå	300?
Solna	100?
Stenungsund	75
Sundsvall	100
Trelleborg	100
Tynnered (Göteborg)	100
Umeå	100
Uppsala	100
Varberg	100
Vännäs-Vindeln	100?
Växjö	100
Örnsköldsvik	100

Källa: Sammanställning av kommundietisten i Helsingborgs stad

STOR OSÄKERHET

Tack vare regeringens Stimulansmedel har ett omfattande utvecklingsarbete inletts i många kommuner. Kommundietisterna har varit drivande i detta arbete och dragit nytta av varandras erfarenheter, vilket inneburit en effektiv spridning av goda exempel över landet.

Kommunernas rädsla för att behöva tillsvidareanställa innebär att många tjänster nu avslutas. Mycket av det viktiga utvecklingsarbete som inletts riskerar att försvinna då det behövs bärande balkar för att upprätthålla och vidareutveckla arbetet. Det kommer att drabba de sjuka sköra äldre.

Fler dietister anställda i Sveriges kommuner ger ökad livskvalitet och värdigare vård för äldre och funktionshindrade med nutritionsproblem genom:

- att effektivt hindra att sjukdomsrelaterad undernäring uppstår
- att alla äldre med näringsproblem ges rätt individuell nutritionsbehandling
- ökad kostnadseffektivitet och säkrare vård avseende nutrition i äldreomsorgen
- utbildning och kompetenshöjning av övrig personal
- möjlighet till fortsatt utveckling av rutiner och kvalitetsarbete
- ökade möjligheter att satsa på folkhälsan i utsatta grupper, t ex genom utbildningsinsatser inom skola och förskola

Dietisternas Riksförbund (DRF) är en yrkesförening inom Naturvetarna. Medlemmarna är legitimerade och har en universitetsutbildning med huvudinriktning på näringslära och nutrition omfattande 3-4 års högskolestudier.

Av DRF:s drygt 1200 medlemmar arbetar de flesta inom sluten- och öppenvård samt kommunal äldreomsorg, med prevention och behandling av nutritionsrelaterade problem samt undervisning av personal. Dietister arbetar också inom folkhälsa och friskvård samt för olika livsmedels- och läkemedelsföretag.

KOMMUNDIETISTER KOSTNADSEFFEKTIV VÅRDSÄKERHET OCH ÖKAD LIVSKVALITET



SJUKDOMSRELATERAD UNDERNÄRING I ÄLDREOMSORGEN – HAR VI RÅD?

Andelen äldre ökar i Sverige. Det ställer allt högre krav på vårdresurserna, då hög ålder är den största riskfaktorn för sjukdom och funktionshinder.

Näringsproblem är en naturlig del i många sjukdomsförlopp som drabbar äldre. Det kan leda till sjukdomsrelaterad undernäring, vilket betyder en brist (eller obalans) av energi, protein och andra näringsämnen och innebär bland annat minskat välbefinnande, försämrad kroppsfunction och ökat vårdberoende.

Obehandlat är tillståndet livshotande och leder både till minskad funktion och livskvalitet, ökad risk för komplikationer, framför allt infektioner, och ökad vårdtyngd. Tre av fyra vårdtagare i äldreomsorgen är drabbade eller ligger i riskzonen.

Kunskap finns om hur vi skall undvika, förebygga och behandla sjukdomsrelaterad undernäring. Tyvärr är denna kunskap allt för dåligt spridd. Alla som arbetar med äldre har en del i ansvaret för ett gott näringsomhändertagande. Men för att det skall fungera fordras specialistkunskap för utbildning, för att bygga upp rutiner och för att stötta övrig personal. Äldre med nutritionsproblem har rätt till individuell behandling.

Dietisten förebygger, utreder och behandlar näringsrelaterade problem. Syftet är att stoppa ofrivillig viktnedgång och att bibehålla vikt och muskulatur, som är viktiga för kroppsfunction och möjligheten till självständighet. Mat, måltid och ätande skall också vara lustfyllt trots funktionsnedsättningar, här kan dietisten hjälpa till med individriktade insatser. I arbetsuppgifterna ingår också utbildning av personal, och utveckling av goda rutiner för mat, måltid och nutritionsbehandling tillsammans med övrig personal.

Nutritionen utgör en grundläggande del i omhändertagandet av vårdtagare inom äldreomsorgen. En dietist i varje kommun (290 st) motsvarar mindre än 1 % av vad sjukdomsrelaterad undernäring kostar.

SPECIALISERING OCH HELHETSSYN

En sammanhållen lagstiftning och etisk kod för hela vård- och omsorgsområdet är viktiga verktyg. Men värdig vård för äldre måste också bygga på kompetens och evidens. Det krävs därför tillgång på specialister inom olika områden, som tillsammans kan skapa en helhetsbild av vilka insatser som behövs för stunden. Behoven kan variera över tid och därför måste också vårdteamet kunna vara flexibelt och erbjuda olika insatser efter behov. Ett tvärprofessionellt team bör bland annat erbjuda kompetens inom medicin, omvårdnad, nutrition och rehabilitering och därför krävs tillgång på läkare och sjuksköterskor med specialitetsinriktning inom äldreomsorg och äldreomsorg, samt dietister, sjukgymnaster, logopedier och arbetsterapeuter.

För att kunna erbjuda äldre god och säker vård när det gäller nutritionsproblem, för utarbetande av rutiner och för utbildning av personal måste antalet dietister inom äldreomsorg och äldreomsorg öka.

Varje kommun bör ha tillgång till NAD (Nutritionsansvarig dietist), med befogenheter och formellt inflytande över kvalitets- och utvecklingsfrågor. Socialstyrelsen måste tydliggöra dietistens ansvar så att personer i behov av individuell nutritionsbehandling får adekvat hjälp.

Nutritionsbehandling i kombination med fysisk träning kan öka muskelmassan, och kan också öka den funktionella förmågan. Med god nutritionsbehandling höjs livskvalitet för den enskilde samtidigt som vårdkostnader för samhället kan minska, genom minskad vårdtyngd och färre komplikationer bland sjuka äldre.

Målsättningen måste vara att ingen skall lida av obehandlad under- eller felnäring.