



Dietisternas riksförbund  
Handläggare: Karin Kauppi,  
Josephine Garpsäter, Susann Ask

Yttrande/remissvar  
2019-11-09

SOU 2019:29

Till  
Utredningen Samordnad  
utveckling för god och nära vård

## God och Nära Vård -Vård i samverkan SOU 2019:29

Dietisternas riksförbund (DRF) tackar för möjligheterna att ta del av och lämna synpunkter på delbetänkande God och Nära Vård -Vård i samverkan SOU 2019:29.

### Sammanfattning

DRF stödjer den fördjupade målbilden och färdplanen, samt ställer sig positiva till de fördjupade beskrivningarna av nuläge och utmaningar. Speciellt anser vi det värdefullt med den fördjupade beskrivningen av det hälsofrämjande, förebyggande arbetet samt rehabilitering och habilitering, där vi ser att dietister har en mycket viktig roll och möjlighet att bidra till en god och nära vård, samt hälsa i hela befolkningen. DRF uppmärksammar med glädje att utredningen belyser nutritionens betydelse för hälsan och även dietistens roll, både i delbetänkandet och vid muntliga framföranden om utredningens arbete. Det är av stor betydelse för att synliggöra problematiken runt matvanornas bidrag till sjukdomsördan och vad hälso- och sjukvården skulle kunna göra för att stödja människor till mer hälsosamma matvanor.

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

DRF vill med följande kommentarer på utredningens delbetänkande ytterligare förtydliga och påminna om nutritionens roll i den goda och nära vården och vad dietister skulle kunna bidra med om kåren fick bättre förutsättningar. DRF hoppas med detta förtydligande ge argument till utredningen för att i slutbetänkandet ytterligare förstärka nutritionens betydelse för god och nära vård och med de medel som utredningen har till buds, stärka möjligheten till att

patienter med nutritionsproblem får rätt att möta rätt kompetens och därmed uppnå bättre hälsa och livskvalitet.

**Dietisternas riksförbund vill framföra följande allmänna synpunkter på förslaget:**

DRF har full förståelse för att utmaningarna för att nå målbilden om en god och nära vård är många och flerfaktoriella. DRF väljer dock att lyfta de aspekter som berör arbetet med nutrition utifrån perspektiven prevention, sjukdomsbehandling och systematiskt arbete mot undernäring bland äldre och svårt sjuka, då dessa utgör dietistens spetskompetens. 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 har i tidigare remissvar uppmärksammat 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 (med den passiva rökningen inräknat) till sjukdomsbördan i Sverige, enligt 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).
- 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. Över 20 % av barnen till föräldrar med låg utbildningsgrad eller låg inkomst har ohälsosamma matvanor jämfört med under 10 % hos barn där föräldrarna har hög utbildningsgrad.

- I UNICEFs senaste rapport ”The State of the World’s Children 2019” <https://www.unicef.org/sowc/> lyfts att hälsotillståndet för allt för många barn i världen är starkt hotat utifrån felnäring. ”Undernäring kan yttra sig på olika sätt; dels som akut undernäring orsakad av matbrist, dels som dold hunger orsakad av brist på viktiga näringsämnen, men även som övervikt. Det handlar alltså inte om att ge barn tillräckligt med mat, utan också om att ge dem tillräckligt med näringsrik mat”. Många av de barn som riskerar sjukdom och funktionsnedsättning på grund av undernäring visar inte tecken på yttre svält. De livshotande skadorna drabbar insidan av kroppen, framför allt hjärnan. Många barn lever på en bristfällig, näringsfattig kost som utsätter dem för försämrad hjärnutveckling, svag inlärningsförmåga och svåra sjukdomar.” Med underlag av ovanstående undersökningar finns dessa barn även i Sverige. Barn och ungdomars matvanor behöver uppmärksammas mer, liksom adekvat och effektivt stöd behöver ges till de familjer som av olika anledningar inte har möjlighet att tillgodose barnens näringsbehov i det breda perspektivet.
- 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- och nutritionsbehandling en viktig del av den medicinska behandlingen och i vissa fall kan den bästa behandling enbart bestå av rätt anpassad kost. Detta riskerar dock att inte komma patienter till del i så stor utsträckning som det skulle kunna, mycket på grund av att kost- och nutritionsfrågor inte tillmätts tillräcklig prioritet. Felbehandlingar och felaktiga råd till patienter vid olika diagnoser innebär stora patientsäkerhetsrisker och utebliven effekt som skulle kunna uppnås med rätt behandling.
- Det finns behov av att ta fram nationella indikatorer kring nutrition och matvanor, eftersom detta utgör en oberoende riskfaktor. I dag används ofta BMI som mått på grupperns matvanor, vilket inte speglar risker med inadekvat nutritionsstatus. Ett



exempel på detta är att Kolada använder andel med fetma som ett mått på mål 2 ”Ingen svält” i Agenda 2030, vilket inte alls speglar målet. Både fetma och svält är tillstånd med svåra hälsorisker och en person med fetma kan samtidigt vara felnärd. Detta mått missar också helt de risker som ohälsosamma matvanor innebär, oberoende av BMI.

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 myndighetsverige och kunskapen inom området är generellt låg.

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. Dietistens roll är bred och innefattar att optimera hälsa genom individanpassade matvanor, utbilda och uppmuntra grupper och befolkning till mer hållbara och hälsosamma matvanor genom hela livet, vara kunskapsbärare inom offentliga måltider, utveckla specialkost, delta i forskning, handleda och utbilda studenter och andra vårdprofessioner samt medverka till att utveckla strategier och policys för hållbara matvanor och hälsofrämjande verksamheter. Framför allt spelar dietisten en unik nyckelroll som bärare av nutritionskunskap inom hälso- och sjukvården, då dietister är den enda profession som har specialistkunskap inom nutrition. Detta är något som även den europeiska samarbetsorganisationen för dietister, EFAD, lyfter i sammanhanget där även övriga Europa arbetar för att förstärka primärvården.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/411917/European-Federation-of-the-Associations-of-Dietitians-5g.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/411917/European-Federation-of-the-Associations-of-Dietitians-5g.pdf?ua=1)

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

DRF vill med detta förmedla att det finns ett stort behov av att utveckla arbetet inom nutritionsområdet för att uppnå en god och nära vård, då det finns både hälsovinster och ekonomiska vinster om arbetet kan växlas upp. Dietister har en unik roll i detta arbete, men yrkesgruppen är marginaliserad och har svårt att få genomslag. DRFs förhoppning är att utredningen ska lyfta nutritionens betydelse i den nära vården och verka för att dietisters roll kan förstärkas för att gynna befolkningen och komma även grupper med sämre förutsättningar till del.

**Nedan följer DRF:s mer detaljerade kommentarer enligt dispositionen i delbetänkandet:**

### **3 Nulägesbild**

#### **3.2.1 Kompetensförsörjning**

DRF har i tidigare delbetänkanden kommenterat problematiken med kompetensförsörjning av dietister. Som tidigare beskrivits ser DRF att dietistens kompetens är underutnyttjad inom många arenor inom hälso- och sjukvården. Det finns stora svårigheter för en liten yrkesgrupp att visa på brister. Som DRF tidigare beskrivit råder det brist både på dietisttjänster och brist på dietister. Strukturen i hälso- och sjukvårdsregionerna är framför allt fokuserad kring de stora professionsgrupperna. Om det exempelvis i en av Sveriges mindre regioner saknas 100 sjuksköterskor, 150 undersköterskor, 50 läkare så blir avsaknaden av 2 dietister en ickefråga och lyfts inte vidare trots att det kanske motsvarar 30 % av regionens befintliga tjänster. När den proportionella delen av dietisttjänster är så liten är det också svårare att visa på nyttan av dietistens arbete. Rätt insats i rätt tid kan ge stor nytta för en persons hälsoläge, men det är svårt att visa på effekter när åtgärder kommer för sent eller inte kan erbjudas i tillräcklig omfattning. Samtidigt har det blivit allt svårare att rekrytera dietister, då det finns få utbildade till antalet.

Dietisternas riksförbund anser att den bedömning som redovisas i Socialstyrelsens rapport ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård, samt tandvård, 2019”, som återges i tabell 3.1 i delbetänkandet, inte stämmer överens med den bild som DRF har angående behovet av dietister i framtiden. Det finns en svaghet i hur den fackliga inrapporteringen skett från Naturvetarna. Dels redovisas dietister som är en legitimerad profession ihop med nutritionister, som är en icke legitimerad profession. (Dietister är utbildade för att ge patienter nutritionsbehandling vid olika sjukdomstillstånd, medan nutritionistens inriktning handlar om nutritionsforskning). Den andra svagheten är att den fackliga bedömningen gjorts utifrån att dietistens löneläge inte har förbättrats nämnvärt av att det råder brist på dietister att rekrytera, och därmed blir slutsatsen att det inte är tillräcklig brist på dietister

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

#### **3.3.2 Beslutsprocess för den högspecialiserade vården**

Dietisters kompetens och möjlighet att ingå i interprofessionella team runt patienter inom den högspecialiserade vården är av stor vikt för den typen av avancerad sjukvård. Detta förekommer inom olika sådana motsvarande verksamheter i dag, men långt ifrån som regel. Detta påverkar möjligheten att erbjuda en jämlik och rättvis vård. Som exempel är att det inom flera verksamheter som bedriver neonatalvård och vård av patienter med sällsynta diagnoser inte standard att dietister finns i teamen runt patienterna. Det som också kan vara problematiskt är att det uppkommer svårigheter att möta upp med kompetens när patienter flyttas till sin hemort. Detta påverkar då i hög grad arbetssituationen för de dietister som finns

inom den högspecialiserade vården, då de kan behöva fortsätta ge råd och förskriva nutritionsprodukter, även efter att patienten avslutats av övriga professioner i de högspecialiserade teamen.

### **3.3.3 Behovsstyrd vårdgaranti**

När det gäller redovisningen från regionerna om hur den nya behovsstyrda vårdgarantin kan efterlevas, reflekterar DRF över att andelen som fått medicinsk bedömning hos dietist var låg med endast 9 %. Det är svårt att tolka vad denna siffra innebär, men utifrån resonemanget ovan angående kompetensbrist är det lockande att dra slutsatsen att detta förstärker bilden av att fler dietister behövs i primärvården för att motsvara befolkningens behov. DRF reflekterar också över vems ansvar det är att leva upp till lagen om inte förutsättningarna finns. Det har kommit till DRFs kännedom att Västra Götalandsregionen beslutat att exkludera dietister från den utökade vårdgarantin, då det inte finns möjlighet att 1 dietist/60 000 invånare i primärvården skulle kunna klara att leva upp till vårdgarantin. Det är olyckligt om det ska vara upp till varje region att ta egna beslut om vårdgarantin, då kvarstår verksamhetsstyrd vård istället för behovsstyrd vård.

## **5 Personcentrerad samverkan**

DRF ser mycket positivt på utvecklingen av en mer personcentrerad hälso- och sjukvård och att den behöver genomsyra den nära vården. När det gäller matvanor och nutritionsbehandling finns en mycket tydlig koppling till den personcentrerade vården. För många patienter handlar svaret på frågan "Vad är viktigt för dig?" många gånger om maten. Vid ett stort antal sjukdomstillstånd påverkas patienters energi- och näringsbehov och möjlighet att tillgodose dessa blir ofta utmanade av symtom och behandling. När vården tillsammans med patienten avslutar mötet är det viktigt att de frågor om mat och näring som är betydelsefulla för patientens tillfrisknande och livskvalitet, har tagits om hand och kan förvaltas framåt. För att detta ska vara möjligt behöver dietister, på ett mer självklart sätt än i dag vara en del i teamet. När visionen att vården ska bli mer fokuserad på det relationella, snarare än det organisatoriska, brukar möjligheten att erbjuda kontinuitet, relationskapande och tillit lyftas som viktiga pusselbitar. Detta är något som DRF ser som en utmaning för de verksamma dietisterna, också kopplat till det låga antalet tjänster.

DRF håller med utredningen om behovet att fortsätta lyfta att primärvården är en vårdnivå som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård, och inte motsvaras endast av vårdcentral. De tydligaste konsekvenserna av detta misstänk, som DRF ser, är vilken vård kommunerna erbjuder. Som DRF tidigare lyft är den vård som kommunerna i dag erbjuder inte jämlik och rättvis när det kommer till nutritionsinsatser, då ungefär två tredjedelar av landets kommuner inte har dietister som kan ge stöd inom kommunal vård. I många kommuner råder en missuppfattning om att den vård som ska erbjudas enligt Ädelreformen endast ska ges upp till sjuksköterskenivå, vilket gör att många kommuner väljer att tolka detta som att dietistkompetens inte behöver erbjudas. Samtidigt finns inom de flesta kommuner både fysioterapeuter och arbetsterapeuter. När ädelreformen infördes var dietist inte en skyddad yrkestitel och dietister fick legitimation 2005. DRF hoppas att utredningen tar chansen att tydliggöra hela primärvårdens roll, inklusive den som bedrivs med kommunerna som huvudman, för att möjliggöra just det basala behov befolkningen har av hälso- och sjukvård. I annat fall blir möjligheten till en jämlik och rättvis vård svår att uppnå.

Den beskrivning som utredningen återger av Socialstyrelsens statistik om antalet dietister som arbetar inom kommunerna talar sitt tydliga språk. (80 dietister att jämföra med 4100 arbetsterapeuter eller 2500 fysioterapeuter). Att möjliggöra samverkan för ökad personcentrerad vård anpassat till individens behov utifrån nutritionsaspekten blir mycket svårt. Likaså påverkas möjlighet att fullfölja patientlagen när det kommer till tillägget av patientens rätt till sammanfattande information inom just nutritionsområdet.

När det kommer till avtalssamverkan om hemsjukvård hoppas DRF på ett förslag om tydliggörande från utredningens sida, av vilken kompetens som behövs och att krav ställs för att utjämna skillnader mellan olika kommuner och regioner i den vård, som ska kunna erbjudas till invånarna.

För samverkan vid fortsatta behov av insatser efter 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, som DRF tidigare påpekat. 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. Här finns också kopplingen till samordnad individuell plan vid rehabilitering, rehabilitering eller tillhandahållande av hjälpmedel. Då dietister ofta saknas i de interprofessionella teamen tas inte hänsyn till patientens nutrition och de insatser som skulle kunna gynna patientens rehabilitering och hälsotillstånd uteblir. Många personer inom rehabilitering skulle behöva stöd kring matvanor för att ges rätt fysiologiska förutsättningar att återfå funktionsförmåga. Inom rehabilitering är ohälsosamma matvanor i kombination med övervikt/obesitas och/eller undernäring vanligt. Dessa individer utgör också en särskilt utsatt grupp med högre andel ohälsosamma levnadsvanor och därtill ohälsorelaterade tillstånd, färre friska år i livet och förtida död.

## **6 Verksamheter som bedrivs inom lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi**

DRF anser att ett nytt ersättningssystem och ny lag för etablering av privata näringsidkare inom hälso- och sjukvård, behöver utformas så att flera legitimerade professioner kan ansluta sig. Det är ytterst angeläget att skapa incitament och förutsättningar för aktörer som vill medverka i systemet med patientens bästa för ögonen. DRF ser ett behov av att öka möjligheten för dietister att etablera sig som egenföretagare med anslutning till det offentliga ersättningssystemet. Det skulle kunna öka möjligheten för patienter att få stöd av dietist, något som i dag är begränsat med anledning av att det finns få tjänster inom primärvården. Det skulle också gynna möjligheten för patienter att etablera en kontinuitet i kontakten. Det skulle kunna uppväga många vårdgivares och huvudmäns ovilja att skapa utrymme för dietister att verka inom primärvården i dess breda definition. DRFs förhoppning är att utredningen tar detta i beaktande i ett nytt förslag för etablering av privata näringsidkare.

## **7 Hälso- och sjukvårdens roll i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga**

DRF ställer sig mycket positiva till utredningens fördjupade analys av primärvårdens roll i det hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och rehabiliterande/habiliterande uppdraget. Här ser DRF att dietister kan bidra mycket mer än i dag och stödja de grupper som är mest sårbara. Dessa är områden där det i dag råder stor brist på dietistens kompetens, som beskrivits i tidigare remissvar och berörts i tidigare stycken.

### **7.2 Hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet**

För att på allvar nå hälso- och sjukvårdens mål om ”god hälsa och vård på lika villkor i hela befolkningen samt att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa”, krävs att nutritionens och matvanornas betydelse tillmäts avsevärt högre prioritet inom svensk hälso- och sjukvård, än vad som görs i dag. Detta med bakgrund av de förhållanden som råder och som redovisas i denna skrivelses sammanfattande inledning. DRF vill knyta an till den analys av Myndigheten för vård och omsorgsanalys, som lyfts i utredningen. Denna visar att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete riskerar att öka skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, snarare än att motverka dem, såvida inte arbetet genomsyras av ett systematiskt jämlikhetsfokus. Stöd för mer hälsosamma matvanor spelar en nyckelroll i arbetet för en mer jämlik vård, som minskar hälsoskillnader i befolkningen, eftersom sårbara grupper har sämre förutsättningar för hälsosamma matvanor och därmed mer utsatta för ohälsa kopplat till ohälsosamma matvanor. Därför är det viktigt att det finns kompetens inom nutrition i primärvården för att kunna göra likvärdiga bedömningar av personers matvanor och nutritionsstatus, samt för att motverka stigmatisering utifrån de nutritionsrelaterade tillstånd som kan finnas bland utsatta grupper. Denna problematik spänner över hela livsspannet från det tidiga livets villkor, inklusive de första 1000 dagarna av ett barns tillblivelse, där moderns matvanor och nutritionsstatus påverkar hälsoförutsättningar för individens fortsatta liv, till den åldrade individens sista tid i livet och allt däremellan.

DRF ser ett speciellt stort behov av dietistens kompetens inom de arenor som finns för barn och unga. Genom att uppmärksamma och erbjuda adekvat stöd barn/ungdomar och deras familjer för mer hälsosamma matvanor, skulle stora hälsovinster vinnas och en stor andel ohälsa förebyggas. Detta stöd behövs hela vägen från mödravården, barnhälsovård, elevhälsa och ungdomsmottagningar. Inom detta område ser DRF att dietisters samverkan även med tandvården och socialtjänsten utgör en viktig funktion. Inom samtliga dessa områden är dietistens ställning svag och få av dessa verksamheter har tillgång till dietist. Ett undantag är Västra götalandregionen som är något av ett föredöme. Dietist inom MHV har möjlighet att ge individuella råd om ett adekvat energi- och näringsintag för den gravida, partnern och familjen. Jämställdheten kommer på köpet när familjens vuxna engageras i att dela på ansvaret för maten. MHV-dietisten når alla grupper i samhället vilket bidrar till jämlik hälsa.

När det gäller dietistens roll inom barnhälsovården handlar det om att stödja BVC- sköterskor i arbetet med att uppmärksamma matvanor på ett relevant och respektfullt sätt, att vara kunskapsbärare inom nutritionsfrågor inklusive förmedla uppdaterad forskning inom området, liksom att kunna träffa familjer med behov av riktat stöd för mer hälsosamma matvanor eller för barn med olika svårigheter att nutriera sig. Dietister har även en viktig roll i insatser





riktade mot Familjecentraler i form av föreläsningar och diskussionsgrupper vilket kan ge bli effekter på befolkningsnivå.

Elevhälsan är nog den aktör där frånvaron av dietister lyser starkast. Här skulle rollen vara den samma som inom BHV, i form av kunskapsspridning och möjlighet att ge riktade insatser vid behov.

Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Läkarförbund och Dietisternas Riksförbund har publicerat en gemensam rapport som bygger på en enkät som besvarats av skolsköterskor och skolläkare i ungefär hälften av landets kommuner. Resultaten visar att skolsköterskor och skolläkare anser att problem med övervikt och fetma ökat bland elever de senaste tio åren och att det är vanligt att föräldrar är oroliga över barnens matvanor, konsumtion av godis och sötsaker eller brist på motion.

88 procent av skolsköterskorna och skolläkarna vill ha stöd vid frågor om barnens matvanor, konsumtion av godis och sötsaker eller brist på motion. Det stöd som främst efterfrågas är informationsmaterial till föräldrar, samt information om näringsriktig mat. Samtal och stöd kring matvanor ska ges utifrån vetenskapligt grundade budskap om livsmedel och hälsa. Här behövs ett samlat grepp, mer samverkan och ökad kunskap och dietisten behöver ges en nyckelroll. Trots problemen med ohälsosamma matvanor, övervikt och fetma, och trots att 88 % av skolsköterskor och skolläkare vill ha stöd vid frågor om barns matvanor saknas dietister helt inom elevhälsan.

Även ungdomshälsans hälsofrämjande insats skulle kunna stärkas med mer kunskap och fokus på hälsosamma matvanor tillsammans med övriga levnadsvanor. Även om Ungdomshälsans uppdrag främst är inriktat mot sexuell och psykisk hälsa är det viktigt att minnas kopplingen mellan levnadsvanor inklusive matvanor och den psykiska hälsan, något som i dag inte ges så stort utrymme.

För samtliga arenor som möter barn och unga är det positivt att det i den reviderade versionen av Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling även ingår rekommenderade åtgärder för barn och unga med ohälsosamma levnadsvanor. DRF ser dock en farhåga i att regionerna inte kommer växla upp arbetet med just matvanor och fysisk aktivitet i den omfattning som skulle krävas, då åtgärderna inte ges mer än *kan-* prioritet i riktlinjerna.

När det gäller regionernas och kommunernas roll som huvudman och beställare har problemen berörts indirekt i tidigare remissvar och stycken i denna kommentar. Sammantaget finns problem med att kunskapen om befolkningen nutritionsrelaterade hälsa är splittrad. Å ena sidan finns kunskap om BMI i form av övervikt och fetma, men inte när det gäller undernäringens utbredning. Samtidigt är det också viktigt att uppmärksamma att ohälsosamma matvanor innebär en oberoende riskfaktor. Till viss del finns denna kunskap, men regioner och kommuner underlåter till stor del att agera utifrån kunskapen och möjliggör inte adekvata åtgärder. DRFs analys av detta är att kunskapen om nutrition och matvanornas betydelse för hälsa och sjukdom är låg inom samtliga nivåer av hälso- och sjukvården och därmed tillmäts inte problemet tillräcklig uppmärksamhet och resurser. Det finns behov av att utveckla en struktur för hälsoekonomiska data för det främjande och förebyggande arbetet.

DRF delar utredningens reflektion att tillgång till rätt kompetens är avgörande för att nå framgång i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, både när det gäller

baskompetens hos vårdens professioner och hos chefer som ska leda och planera för olika professioner, så att deras kompetenser kompletterar varandra. DRF ser det mycket positivt att utredningen särskilt uppmärksammar dietisters potential, men dåliga förutsättningar inom mödra- och barnhälsovård.

### **7.3 Stärkt samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och övriga aktörers hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete**

Dietisters roll i primärvården har en kompetenshöjande effekt kring nutrition inom många angränsande verksamhetsområden, samt i folkhälsoarbetet. Dietister inom den kommunala verksamheten kan bidra med kompetens inom omsorg, elevhälsa, skolmåltider, äldremåltider, LSS-måltider, samhällsplanering etcetera. DRF erfar dessvärre att medlemmarna rapporterar om att i takt med att dietistresurser saknas inom verksamheter och arbetsbördan ökar, snävas dietistens uppdrag in och det skapas hårdare gränsdragningar som motverkar samverkan och kunskapsutbyte.

Resultaten från de fyra professionsföreningarnas enkät till elevhälsan, i stycket ovan, visar även att skolsköterskor och skolläkare upplever att det finns brister i samordningen kring barnens hälsa. 98 procent uppger att samhällets insatser för barnens hälsa i stor, eller i viss utsträckning, behöver samordnas bättre. Skolsköterskor och skolläkare uppger att de samverkar minst med primärvården och tandvården. Om utvecklingen när det gäller ohälsosamma matvanor, övervikt, fetma och en försämrad munhälsa hos barn och unga ska kunna vändas, behövs en utökad multiprofessionell och interprofessionell samverkan över organisationsgränserna och att dietister får förutsättningar att ha en självklar roll i elevhälsans uppdrag och utveckling.

### **7.4 Hälso- och sjukvårdens roll i rehabilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel**

När det gäller dietistens roll inom rehabilitering och habilitering handlar det om att rätt nutrition är en avgörande förutsättning för att bygga funktionsförmåga. Rehabiliterande insatser blir mindre verkningsfulla om inte personens energi- och näringsbehov är tillgodosedda. Detta är ett faktum som inom dessa verksamheter ofta är negligerat. DRF vill påminna om att i sammanhanget där krav lyfts att kommuner bör införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) utöver den lagstadgade funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), bör även funktionen nutritionsansvarig dietist (NAD) lyftas. 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 sex stycken uppdraget nutritionsansvarig dietist (NAD). Detta påverkar i hög grad antalet äldre med undernäring som vårdas på sjukhus. Nyligen har DRF fått signaler om att flera dietister inom kommunerna i stället har sagts upp och tjänsterna avvecklas, vilket DRF ser mycket allvarligt på ur patientsäkerhetssynpunkt.

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, liksom inom rehabilitering och psykiatri. Det gäller inom det breda perspektivet från undernäring, över- och felnäring på grund av ohälsosamma matvanor. Det är speciellt angeläget då dessa verksamheter till stor del möter sårbara och utsatta grupper.

När det gäller förskrivning av hjälpmedel har DRF i tidigare remissvar lyft problematiken kring förskrivning av livsmedel för särskilda medicinska ändamål och medföljande tillbehör, så som infarter, kopplingar och nutritionspumpar för barn och vuxna. Detta är en patientsäkerhetsrisk, bidrar till ojämlik och orättvis tillgång till adekvat nutritionsvård och innebär stora ekonomiska förluster för regioner och kommuner, liksom för den enskilde.

## **8 Forskning, utveckling och utbildning**

DRF stödjer utredningens slutsatser och förslag gällande forskning, utveckling och utbildning. DRF ser en stor potential i att forskning och utveckling förstärks i primärvården och omfattar alla vårdprofessioner inklusive nutrition och dietistens arbete. Särskild uppmuntrar DRF de möjligheter som interprofessionellt lärande kan medföra och stödjer att detta utvecklas på universiteten, men vill också lyfta att det också behövs möjligheter att få arbeta interprofessionellt i den kliniska vardagen. Interprofessionellt lärande och teamarbete är viktiga förutsättningar för dietistens arbete, så att patienten får ut mesta möjliga av vårdinsatsen. Ett personcentrerat arbetssätt är också en förutsättning för genomslag av kostbehandlingen. Som tidigare uppmärksammats behöver dietister få möjlighet att vara en del i teamet runt patienten på likvärdiga villkor som andra professioner.

Både möjlighet till forskning, utveckling och utbildning är förutsättningar tillsammans med god arbetsmiljö, för att hälso- och sjukvården ska vara en attraktiv arbetsgivare och kunna rekrytera och behålla personal. De är också viktiga faktorer för ett hållbart arbetsliv: Dessa delar är mycket utmanande för dietister då arbetsbördan blir allt större och dietistens kompetens många gånger underskattas av huvudmännen. Det behövs ett erkännande i organisationerna för dietistens kunskap för att rätt förutsättningar ska kunna ges.

När det gäller forskning i kliniskt och folkhälsovetenskapligt arbete, är det DRFs bild att medlemmarna har svårt att få stöd och möjlighet att medverka i forskning utanför utbildningsorterna.

Dietisternas Riksförbund

Susann Ask  
*Ordförande*