2020-05-06 Dnr 4.3-14599/2020

Socialstyrelsen
Avdelningen för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Remiss
Rehabilitering efter covid-19 i primärvården

Dietisternas riksförbund (DRF) tackar för möjligheten att ta del av och besvara snabbremissen rörande rehabilitering i slutenvården efter covid-19.

Sammanfattning

Dietister verksamma inom både kommunal och regional sjukvård har tagit del av remissen och DRF önskar framföra följande allmänna synpunkter på förslaget:

Generella kommentarer

Dokumentet är kortfattat och allmänt hållet för att kunna ge värdefull praktisk vägledning. De utredningar och bedömningar som behöver genomföras beskrivs ej närmare och ej heller vilken kompetens som krävs. Dokumentet skulle vinna på att inkludera information om vilken profession som har specialistkunskaper inom de olika rehabiliteringsområdena.

Specifika kommentarer

Inledande undrar vi över definitionen av rehabiliterande insatser och om nutritionsaspekten kan läggas till, t ex ”…bidrar till att patienter återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga *samt nutritionsstatus*…”

Rehabiliterande insats när det gäller nutrition handlar om nutritionsbehandling, så vi föreslår att det ändras i hela dokumentet - från nutrition eller nutritionsinsatser till nutritionsbehandling. Viktigt att specificera om ”nutrition” handlar om nutritionsbehandling, nutritionsstatus eller annat.

Sid 2
”Äldre multisjuka har extra stor risk att få komplikationer och bestående funktionsnedsättningar efter covid-19” utgörs huvudsakligen av den grupp som bor i kommunens särskilda boenden som redan innan covid-19 är sköra och i många fall undernärda. Våra interna mätningar visar att cirka 20 % av de äldre på boendena är undernärda. I dokumentet beskrivs komplikationer som förlust av muskelmassa i relation till nedsatt funktionsförmåga och ökad risk för fall. Här önskar vi att man även lyfter undernäring som en möjlig och allvarlig komplikation till covid-19.

Sid 3
Kompetens och Team
Viktigt att tydliggöra vilka professioner som behöver finnas i teamet så att rehabiliteringen verkligen kan utgå från individens behov och inte organisationens struktur. I slutenvårdsdokumentet nämns dietist i uppräkningar av professioner i rehabteamen, vilket inte görs i primärvårdsdito.

Sid 5
Generellt om funktionstillstånd, punkt 3. Lägg till enl detta förslag (kursiverat): ”En äldre person som är eller har varit sängliggande, *och eller har haft för lågt intag av energi och näringsämnen,* pga covid-19…”

punkt 4. Lägg till (kursiverat): ”...kan snabbt leda till *försämringar av nutritionsstatus*, styrka och balansförmåga.....

Nästa stycke, Efter covid-19, punkt 1. Lägg till (kursiverat): ”En individuell bedöming av den enskilda personens *nutritions- och* rehabiliteringsbehov samt funktionsförmåga...”

Lägg till en punkt: ”Rehabiliterande insatser för patientens röst, tugg och sväljförmåga och nutritions planeras och genomförs utifrån individuella behov.”

Sid 9
Insatser vid dysfagi, Åtgärder
Lägg till punkt ”Säkerställ att patientens energi- och näringsintag tillgodoses.”

Insatser vid nutritionsbehandling, Riskbedöming
Lägg till punkt: ”Om patienten har ätsvårigheter följ regelbundet energi- och näringsintag i relation till patientens behov.”

Utredning
Lägg till punkt: ”Utredning inkluderar bedömning av energi, protein och näringsbehov, alla åtgärder ska sedan sträva mot att säkerställa patientens behov. Andra sjukdomar som innebär kostbehandling tex diabetes, cancer, högt blodtryck, fetma, celiaki, allergier samt etiska och kulturella aspekter behöver inkluderas i utredningen. Om patienten har påverkan på njurarna måste individuell anpassning av proteinmängd, kalium, fosfat och vätska göras utifrån medicinsk bedömning.”

Ätsvårigheter
Lägg till: ”Följ upp insatserna med kost och vätskelista och utvärdera mot patientens energi, protein och näringsbehov.”

Sid 9
Insatser vid dysfagi

Det är önskvärt att riskbedömningar inte görs bara för de med kraftigt nedsatt allmäntillstånd, utan även för en större grupp - i syfte att fånga upp de vi annars inte hade upptäckt.

Insatser vid nutritionsbehandling
Vi vill lyfta avsaknaden av kompetens när det gäller kliniskt nutritionsarbete på kommunens särskilda boenden. I många kommuner ligger nutritionsansvaret på sjuksköterskan, som förväntas kunna sköta den individanpassade nutritionsbehandlingen till t ex en äldre, multisjuk patient på egen hand. Riskbedömning. Här hänvisas till ESPEN expert statement. För att kunna tolka och omsätta denna teori i praktiken krävs god kompetens inom området, vilket idag saknas i flertalet kommuner.

Dietisternas Riksförbund
Karin Haby
Leg dietist