

Landstingsstyrelsen

## Åtgärder för att stärka dietistresurserna

### Bakgrund

Under de senaste åren har behovet av dietistinsatser ökat kontinuerligt, bland annat på grund av utbildningsbehov i samband med behandling av levnadsvanor i primärvården, och vårdprevention mot undernäring, framförallt hos de äldre. Det finns också behov av dietister inom specifika områden allt från barnsjukvård till en rad kroniska sjukdomar och tillstånd efter åtgärder såsom fetmakirurgi.

I *Budget och verksamhetsplan 2013* finns utifrån detta beslutat att en översyn skulle tas fram med handlingsplan och i samband med detta ta ställning till en eventuell utökning.

Översynen visar att i jämförelse med övriga landsting i riket har landstinget i Jönköpings län ett av de lägsta antalet dietister per 100 000 invånare. Den organisatoriska tillhörigheten för dietisterna ser olika ut i länet och det är stora skillnader på hur och till vilka som dietistresurser erbjuds idag. Se bilaga.

### Åtgärder

Landstinget ska erbjuda lika vård oavsett var man bor i länet. På grund av de organisatoriska skillnaderna finns det olikheter i resursfördelning och arbetssätt. En justering av organisationstillhörighet för dietisterna på Höglandet och i Värnamo görs för att säkerställa att det ser lika ut i landstinget, vilket innebär att samtliga dietister kommer att tillhöra rehabiliteringsenheterna.

Genom att skapa en processgrupp för dietister i den planerade medicinska programgruppen för rehabilitering skapas möjligheter för ett utökat samarbete med genomgång av processer, arbetssätt och prioriterade områden. Med anledning av den knappa dietistresursen föreslås i dagsläget en utökning av medel med 1,5 mnkr motsvarande tre dietisttjänster i länet.

### Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

**att** för utökning av dietistverksamhet anvisa 1,5 mnkr

**att** utökningen finansieras ur anslaget för oförutsedda utgifter

LANDSTINGETS KANSLI

Agneta Jansmyr  
Landstingsdirektör

Mats Bojestig  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

**Landstingets kansli**  
Folkhälsa och sjukvård  
Emelie Andersen

Mats Bojestig

## **Dietistresurser och livsmedel för särskilda näringsändamål – 2 rapporter**

Rapport: Översyn dietistresurs i Landstinget i Jönköpings län

## Innehållsförteckning

<b>Dietistresurser och livsmedel för särskilda näringsändamål – 2 rapporter .....</b>	<b>1</b>
Rapport: Översyn dietistresurs i Landstinget i Jönköpings län .....	1
Översyn dietistresurs i Landstinget i Jönköpings län .....	3
Uppdrag och mål .....	3
Bakgrund .....	3
Metod .....	3
Representanter i referensgruppen: .....	4
Nuläge .....	4
Ohälsa kostar pengar .....	4
Vad gör dietisterna idag och vad prioriteras bort? .....	6
Orsaker till ökat behov av dietistresurser .....	7
Ökat remissflöde .....	7
Vårdprevention .....	8
Kronisk sjukdom .....	8
Barn .....	8
Psykiatri .....	9
Fetmakirurgi .....	9
Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och Hälsosamtal .....	9
Förskrivningsrätt Livsmedel för Särskilda Näringsändamål .....	10
Åtgärder .....	10
Organisation .....	11
Kommunsamverkan .....	12
Egenvård .....	13
Genomförandeplan .....	13
Slutsats .....	13
Bilagor .....	14
Referenser .....	14

## Översyn dietistresurs i Landstinget i Jönköpings län

### Uppdrag och mål

Att ta fram underlag för planering angående dietistresurs för att tillgodose invånarnas behov av dietistkompetens.

### Bakgrund

Under de senaste åren har behovet av dietistinsatser i vården ökat kontinuerligt. Bland annat uppmärksammas undernäring bland kroniskt sjuka och äldre allt mer, för tidigt födda barn samt barn med svåra sjukdomar och födoämnesintoleranser behöver dietistkontakt, fler får neuropsykiatriska diagnoser idag där medicineringen kan leda till undernäring. Förändrande kostvanor, överkonsumtion av mat och fysisk inaktivitet har bidragit till ökad förekomst av övervikt, fetma och diabetes typ 2, där dietistens kompetens är nödvändig i det förbyggande och behandlade arbetet.

*Bra folkhälsa, God vård och Kostnadseffektivitet* är tre av Landstingets övergripande strategiska mål. Ska Landstinget nå upp till dessa mål krävs ett mer strategiskt och strukturerat nutritionsarbete, såväl på individnivå som i den övergripande organisationen. Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Säker vård med god kvalitet måste baseras på bedömning av risk för undernäring, utredning av orsak till undernäringstillstånd samt adekvat näringsbehandling. Denna vård är lika viktig för patienten som till exempel läkemedelsbehandling (1). Dietisten är sjukvårdens nutritionsexpert som ger nutritionsbehandling på individnivå. Ett nära samarbete, där dietisten är en del av teamet runt patienten, bidrar till effektiv och individuell behandling. Under 2013 kommer Socialstyrelsen med nya föreskrifter om förebyggande av och behandling vid undernäring där dietisten har en betydande roll.

Trots att dietistbehovet har ökat de senaste åren har bemanningen i Landstinget i Jönköpings län varit konstant. För att säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljön har dietistenheter i respektive sjukvårdsområde tvingats göra kraftiga prioriteringar som inte är hållbara i längden.

Denna rapport utgår från frågeställningarna i projektdirektivet (bilaga 1) gällande dietistresurs och organisation samt ger förslag på genomförandeplan.

### Metod

En referensgrupp bildades med dietistrepresentanter, såväl från sjukhusen som från primärvården, från alla tre sjukvårdsområdena. Projektledaren tog även kontakt med fler professioner för att få bredd i gruppen men på grund av tids- och resursbrist var det inte möjligt för de tillfrågade att delta. Deras åsikter och synpunkter samlades ändå in och bearbetades i referensgruppen. Gruppen har träffats fysiskt och haft kontakt via mail och telefon under arbetets gång. Projektledaren kontaktade alla verksamhetschefer på vårdcentralerna och sjukhusen med information om utredningen samt önskemål om åsikter och

synpunkter utifrån frågeställningarna i direktivet. Utifrån rekommendationer togs direktkontakt med ett antal personer. Kontakt togs även med utredare i andra landsting där man tillsatt eller äskat om fler dietisttjänster. Åsikter har även samlats in från deltagare i nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvårds (HFS) temagrupp matvanor samt från aktuella patientföreningar i länet. Allt har dokumenterats och återfinns i bilaga 2.

### *Representanter i referensgruppen:*

Monika Johansson	Värnamo sjukvårdsområdet
Lina Bringner	Höglandets sjukvårdsområde
Pernilla Wennerholm Hedén	Höglandets sjukvårdsområde
Anna Neymark Wolgast	Jönköpings sjukvårdsområde
Emelie Andersen	Projektledare

## Nuläge

### *Ohälsa kostar pengar*

Enligt Nationella folkhälsoenkäten (2) är övervikt och fetma relativt jämnt fördelat över landet, det skiljer sig dock åt mellan olika socioekonomiska grupper. Den senaste enkäten från 2012 visar att 35 procent av landets befolkning räknas som överviktiga (28 och 41 procent bland kvinnor respektive män). Motsvarande siffror för Jönköpings län är 38 procent (31 och 45 procent för kvinnor respektive män).

Vidare har samma undersökning visat hur många av landet invånare som lider av fetma. Totalt för landet har 13 procent ett BMI som faller inom definitionen för fetma (13 och 14 procent för kvinnor respektive män). Motsvarande för Jönköping visar totalt 13 procent (13 och 12 procent för kvinnor respektive män). Trots att prevalensen är någorlunda lika mellan könen tyder statistiken på att det är fler kvinnor än män som opereras. Sedan Höglandssjukhuset började med fetmaoperationer har totalt 187 kvinnor och 47 män opererats.

Enligt Folkhälsorapporten (3) är högre tjänstemän den socioekonomiska grupp i riket som har lägst prevalens av fetma (6 procent). Antagligen gäller detta även för Jönköpings län. Kostnadsberäkningarna i bilaga 3 visar hur kostnaderna för fetma skulle förändras om prevalensen i hela befolkningen sjönk så att den var likställd med högre tjänstemän.

De totala kostnaderna för att behandla fetman i länet uppgår till 1,8 miljarder per år, varav 128 miljoner belastar sjukvården direkt (bilaga 3). Enligt tabell 1 behöver landstinget anställa minst 8,6 dietister inom primärvården för att säkerställa god vård och patientsäkerhet. Den årliga kostnaden blir, för 8,6 dietister, 4,3 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka 3,7 procent av de direkta kostnaderna för fetma i länet (bilaga 3). Skulle landstinget erbjuda personer med fetma rätt stöd så att prevalensen sjönk till 6 procent (prevalensen bland högre tjänstemän) skulle 973 miljoner kronor kunna sparas (bilaga 3). Det finns evidensbaserade metoder för viktnedgång (4) och dietisten roll i teamet runt

personer med fetma är viktig då behandlingen kräver god kunskap om kost och näring. Övriga professioner i teamet är till exempel sjukgymnast, läkare, psykolog och sjuksköterska.

Sammanlagt är kostnaderna 124 000 kronor per år för en person med diabetes typ 2 (bilaga 3). Genom sitt arbete behöver en dietist enbart försena debuten med ett år för fyra personer med diabetes för att arbetet ska löna sig samhällsekonomiskt totalt. Enligt diabetesfonden antas drygt 15 procent av befolkningen bära på anlag av diabetes, vilket innebär att dietisters arbete i Jönköpings län är lönsamt enbart med avseende på diabetes typ 2. Diabeteskostnaden ingår till viss del (cirka 50 procent) i kostnaden för fetma (5), varpå dessa kostnader inte kan adderas. Stroke, högt blodtryck, höga blodfetter och hjärt- och kärlsjukdom är andra kostrelaterade sjukdomar som delvis är relaterade till fetma och som innebär ytterligare kostnader utöver de för fetma.

Sjukdomsrelaterad undernäring och undernäring bland äldre är ett annat nutritionsproblem som bidrar till höga hälso- och sjukvårdskostnader. Undernäring leder till sämre resultat av medicinsk och kirurgisk behandling samt rehabilitering, förlängd vårdtid och ökad risk för komplikationer, lidande och död (6). Enligt Socialstyrelsen, som granskat 25 svenska studier som omfattar mer än 5000 patienter, är 28 procent av patienterna undernärda (6). Bland kroniskt sjuka äldre är siffran än högre (6). Data från Storbritannien visar att samhällets kostnader för sjukdomsrelaterad undernäring är minst lika stor som för övervikt och fetma (7). Flera studier har visat att vårdtiden ofta är upp till 50 procent längre för undernärda patienter än för välnärda (6). Enligt en studie från 1980-talet (8) är den genomsnittliga sjukhuskostnaden för en undernärld patient med allvarliga komplikationer fyra gånger så hög som för en välnärld patient utan komplikationer. Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga och dietistens kompetens är nödvändig för att nutritionsarbetet ska fungera på vårdcentraler och sjukhuskliniker.

Patienter med kronisk njursvikt (CDK) är en annan grupp som Landstinget kan erbjuda bättre vård och samtidigt spara pengar på genom att öka antalet dietistresurser. Enligt ett flertal studier (9, 10) är det kostnadsbesparande att till exempel låta CDK-patienter äta en proteinmodifierad kost istället för att genomgå dialys, vilket kräver dietistens kompetens. Under ett år kostar dialysbehandling (3 ggr/v) 34 000 Euro jämfört med kostbehandling inklusive Sär-När 13 000 Euro (9, 10).

För varje patient som skjuter upp dialysstart genom att aktivt äta proteinmodifierad kost i lindrande och förebyggande syfte sparas 410 000 kronor per år (dialys + resor). Om 10 patienter skulle välja proteinmodifierad kost som alternativ skulle sjukvården spara drygt 4 miljoner kronor per år.

### *Vad gör dietisterna idag och vad prioriteras bort?*

Totalt finns det 13,5 dietisttjänster i Landstinget i Jönköpings län idag, vilket innebär 3,8 dietister per 100 000 invånare. Jämfört med övriga landsting i landet är Jönköping det som har minst antal.

Inom Höglandets sjukvårdsområde finns det idag 3,9 dietister, vilka tillhör Serviceenheten på Höglandssjukhuset. I Värnamo sjukvårdsområdet finns det 2,4 dietister som tillhör medicinkliniken på Värnamo sjukhus. Dietisterna i Jönköping, 7,1 tjänster, tillhör Rehabiliterings- och beteendemedicinska enheten.

I Jönköping har vårdcentralerna inte tillgång till dietist, vilket Värnamo sjukvårdsområdet och Höglandet har med 0,8 respektive 1,5 tjänster. Dietisterna på Höglandet upplever ändå att de knappt klarar minimikravet för att säkerställa god vård och patientsäkerhet inom dessa tjänster.

Dietist är ett sjukvårdsyrke med legitimation och dietisten är hälso- och sjukvårdens expert inom kost och näring med sin 3-4-åriga utbildning. Sjuksköterskor, diabetessköterskor och distriktssköterskor har i bästa fall 7,5 högskolepoäng inom nutrition. Dietisten har kompetens att ge råd på individnivå medan andra yrkesgrupper kan ge generella råd. Dietisten har kunskap om samtalsmetodik och kan ge kvalificerat rådgivande samtal till patienter med ohälsosamma matvanor enligt rekommendationerna i Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (11). Dietistens kompetens när det gäller samtalsmetodik är viktig när det gäller många sjukdomar, exempelvis ätstörning, undernäring, diabetes och njursjukdom.

Dietistens huvudsakliga arbetsuppgift är att ge nutritionsbehandling, vilket är en viktig del i den medicinska behandlingen. Behandlingen kan bygga på allt från vanlig mat till sondnäring och näringsdropp. Den sker oftast individuellt men ibland även i grupp. Dietisten ger också individuell kostbehandling för att förebygga sjukdom, exempelvis fetma, diabetes och hjärtkärlsjukdom. Dietisten ansvarar mestadels för förskrivning av livsmedel för särskilda näringsändamål, exempelvis sondnäring och näringsdrycker.

Dietisten deltar i arbetet med att utforma vårdriktlinjer och Fakta-dokument samt arbetar med fortbildning av läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper i vården, inom nutritionsområdet. För att patientens hela behandling ska bli optimal deltar dietisten i team kring patienter med vissa diagnoser, exempelvis njursjukdom, medfödda hjärtfel och ätstörningar. Samverkan med patient, familj, personliga assistenter, personal på boende, läkare, sjuksköterskor, hemtjänst, rehabiliterings- och psykosocial personal är en självklar och naturlig del i dietistens arbete.

Dietistbehovet har ökat de senaste åren men bemanningen har varit konstant. För att säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljön har dietistenheter i respektive sjukvårdsområde tvingats göra kraftiga prioriteringar i samråd med klinikerna



(bilaga 4 och 5). Till exempel tar dietistmottagningen i Jönköping inte emot patienter med diabetes typ 2, övervikt/fetma, hjärtkärlsjukdom och psykiatriska diagnoser. Liknande prioriteringar görs på Högländet och i Värnamo sjukvårdsområdet. Att välja bort dessa patientgrupper är inte hållbart i längden och innebär att lika vård i länet inte kan ges. Se bilaga 6 för riskanalys.

**Bild 1.** Ett autentiskt patientfall som visar både på brister i den individuella nutritionsbehandlingen samt brister i vårdcentralens rutiner. Se bilaga 7 för ytterligare fall.

### **Remiss**

”78-årig kvinna med KOL och stabil angina pectoris. Minst 50 paketår tobak i anamnesen. Opererad bröstcancer 1983 utan tecken till recidiv. Har i sin KOL försämrats senaste åren och närmar sig stadium 3. Senaste åren successivt tilltagande aptitnedsättning samt tillhörande viktnedgång. Minskat drygt 7 kg under 1 år, nu nere på BMI 20. Tacksam för er uppföljning av patientens nutrition”

### **Hantering**

Remissen till dietistmottagningen avvisades eftersom den kom från primärvården. Enligt prioriteringsbeslut ska dietistmottagningen inte ta emot remisser från primärvården

### **Risk**

Det är stor risk att patienten har näringsbrister. Om patienten hade fått komma till dietist hade orsaken till hennes bristande nutrition utretts. Hon hade därefter fått en individuell nutritionsbehandling med fokus på att optimera måltidsordning och energi- och näringsintag på ett sådant sätt att ytterligare viktnedgång kunnat förhindras. Vid behov hade dietisten även kunnat förskriva lämplig näringsdryck med hänsyn tagen till patientens individuella behov och preferenser.

Ett halvår efter att remissen skrevs finns ingen ny vikt på patienten i journal, vilket tyder på att det saknas rutiner på vårdcentralen för att följa upp viktnedgång hos KOL-sjuka patienter och vilket ökar risken att hennes tillstånd förvärras och att hon kommer behöva sjukhusvård. Enligt Läke-medelsverkets riktlinjer rekommenderas remiss till dietist vid BMI under 20, otillräcklig viktuppgång, fortsatt viktnedgång eller vid aptitlöshet. Vårdcentralerna i Jönköpings sjukvårdsområde saknar dietister.

## **Orsaker till ökat behov av dietistresurser**

### **Ökat remissflöde**

Dietisten är den yrkesgrupp inom vården som har högst kompetens när det gäller nutrition. Andra yrkesgrupper är också viktiga i nutritionsarbetet, men det är dietisten som har spetskompetensen och som ansvarar för den individuella nutritionsbehandlingen. Behovet av mer dietistresurs på länets sjukhus och i primärvården har blivit allt tydligare de senaste åren, bland annat beroende på den

ökade kunskapen om nutritionen och matens betydelse för livskvalitet, tillfrisknande och överlevande. Antalet remisser och patientkontakter har ökat de senaste åren utan ökad bemanning. Exempelvis har kontakterna ökat med 78 procent inom Höglandets sjukvårdsområde från 2010 till 2012.

### *Vårdprevention*

Patientsäkerhetsarbetet har satt fokus på nutrition, bland annat genom vårdpreventionsarbetet och kvalitetsregistret Senior alert. Sjukvården har börjat screena för risk för undernäring och hittar därmed personer i riskzonen i högre utsträckning än tidigare. Omkring 30 procent av alla svenskar över 70 år riskerar att bli undernärda. Undernäring bedöms förekomma hos 1-5 procent av äldre som bor hemma, 10-35 procent av individer på äldreboenden och hos 20-40 procent av äldre patienter som vårdas på sjukhus (1). Nutritionsbehandlingen kan starta såväl på sjukhusen som på vårdcentralerna och i kommunerna. Åtgärder och uppföljning görs ofta inom primärvården och kommunen. Dietistens kompetens behövs i större utsträckning för direkt patientkontakt på vårdavdelningar, dagvård och på vårdcentraler. Dietisten ska även handleda och hålla övrig personal uppdaterad när det gäller nutrition, om resurserna förstärks. Dietisten behövs också för förskrivning av speciallivsmedel, som sondnäring och näringsdrycker, vilka är viktiga delar i nutritionsbehandlingen.

### *Kronisk sjukdom*

Det är vanligt med sjukdomsrelaterad undernäring, speciellt vid vissa kroniska sjukdomar som man idag kan leva länge med. Exempel på sådana sjukdomar är KOL, cancer, hjärtsvikt, demens och tillstånd efter stroke. För dessa patientgrupper är nutritionskompetens nödvändig såväl bland personal på sjukhuset som inom primärvården.

### *Barn*

Även när det gäller barn med svåra sjukdomar som exempelvis medfödda hjärtfel, cancersjukdom, cystisk fibros och inflammatoriska mag-tarmsjukdomar, är det vanligt med svårigheter att täcka sitt energi- och näringsbehov. Överlevnaden för barn med medfödda hjärtfel och cancersjukdom har ökat och därmed även antalet barn med problem att täcka sitt energi- och näringsbehov under sjukdomsperioden. Förutom energi- och näringsbrist leder detta till icke-optimal tillväxt.

Fler barn drabbas av multipla födoämnesallergier och intoleranser, där kunskap om specialkost, till exempel glutenfri kost, är viktig. Berörda familjer har stort behov av den specialkompetens som dietisten har. Bland barn med multipla födoämnesallergier är familjer med utländsk bakgrund överrepresenterade. Dessa familjer kräver ofta ett större engagemang av dietisten på grund av attderas matkultur är annorlunda. I dietistens arbete ingår också att vara en länk till skola och förskola så att maten fungerar även där.

Fler barn med svåra medfödda sjukdomar och skador överlever idag och hamnar på habiliteringen. Problem att nutriera sig är ofta en del av sjukdomsbilden. För dessa barn är en optimal nutrition avgörande för om de ska utvecklas till sin fulla potential. Nutritionsbehandlingen är ofta livslång och fortsätter på vuxenhabiliteringen. Barn med diabetes typ 1 kräver också stora insatser av dietist.

### *Psykiatrin*

Fler personer får neuropsykiatriska diagnoser idag, exempelvis ADHD. Undernäring på grund av medicinering är vanligt bland dessa patientgrupper, vilket gäller både barn och vuxna. På Ryhov får patienter med psykiatriska diagnoser, där även ätstörningar inkluderas, i dag ingen behandling av dietist då de är en patientgrupp som inte prioriteras (bilaga 4).

### *Fetmakirurgi*

Dietisten är viktig såväl inför som efter operation. Antalet fetmaoperationer har ökat i länet utan ökat antal dietisttjänster, vilket bidrar till sämre kvalitet och patientsäkerhet. Även patienterna själva efterfrågar kontakt med dietist efter operation (bilaga 2). Dietisterna ansvarar även för uppföljning av de patienter som valt att operera sig i andra landsting på grund av vårdgarantin.

### *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och Hälsosamtal*

Implementeringen av riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (11) kan innebära stora framsteg i arbetet med att minska klyftorna i samhället. Kvalificerat rådgivande samtal om kost är den metod som enligt riktlinjerna rekommenderas vid ohälsosamma matvanor, vilket kräver god ämneskunskap samt att strukturerad och/eller teoribaserad samtalsmetod används. Metoden kan minska ojämlikheten i hälsa om den utförs med rätt kompetens, vilket dietisten med sin omfattande utbildning har. Om behandlaren inte har adekvat kunskap är risken stor att felaktiga råd, utifrån förutsättningarna hos individen, förmedlas. Detta kan innebära en hälsorisk. Ytlig kunskap ger inte bara sämre kvalitet på informationen utan försvårar också ett patientcentrerat arbetssätt.

Då vårdcentralerna inom Landstinget erbjuder alla som fyller 40, 50 och 60 år ett hälsosamtal antas fler invånare med ohälsosamma matvanor identifieras. Det är viktigt att kunna svara upp till patientens önskade behov av stöd. Flera vårdcentraler samt sjukhuskliniker uttrycker idag frustration över att de inte vet vart de ska vända sig när en patient önskar stöd i att förbättra sina matvanor (bilaga 2).

### *Förskrivningsrätt Livsmedel för Särskilda Näringsändamål*

Rekommendationen enligt den parallella utredningen angående Livsmedel för särskilda näringsändamål (Sär-När) är att dietisten ensam ska ha förskrivningsrätt för speciallivsmedel för vuxna och att förskrivningsrätten för barn delas mellan dietister och läkare. Utifrån detta antas resursbehovet öka då fler patienter uppmärksammas samt får åtgärder.

### **Åtgärder**

Förutom att arbeta direkt gentemot patienterna har dietisterna en viktig roll i att stödja och utbilda övrig vårdpersonal. Med knappa resurser prioriteras ofta detta område bort. Med den ökade kunskapen om kostens betydelse för en god hälsa och vård krävs också att all vårdpersonal har grundläggande kunskap om kost och näring samt att verksamheter har goda rutiner och strukturer för arbetet. De verksamheter som inte har tillgång till dietistens kompetens saknar också denna viktiga pusselbit.

Enligt fördelningen av antalet tjänster inom primärvården och på sjukhusen (bilaga 9) framgår att det är stor skillnad mellan de olika sjukvårdsområdena vad gäller dietistresurs. Gränsen mellan resurserna inom primärvården respektive sjukhusen är i en del fall otydlig men patientens behov är desamma oavsett var hon/han behandlas. Primärvårdsdietisterna på Höglandet behandlar ibland patienter från sjukhusets verksamheter, exempelvis när det är närmre för patienten att åka till vårdcentralen än sjukhuset. I Jönköping, där det inte finns några dietister alls inom primärvården, kan patienten som inte får komma i kontakt med dietist på sin vårdcentral bli remitterad till dietist via en av sjukhusets verksamheter.

I första hand borde Landstinget sträva efter att erbjuda alla invånare lika vård oavsett var man bor i länets samt täcka upp för de mest akuta behoven i den länsgemensamma vården på sjukhusen. På grund av de olika organisationerna samt resursfördelning ser det olika ut idag. Följande områden borde prioriteras i första hand:

- Förebygga och behandla fetma
- Fetmaoperationer
- Diabetes
- Graviditetsdiabetes
- Tugg- och sväljsvårigheter, stroke och neurologiska sjukdomar
- Hjärtkärlsjukdom
- Mag-tarmsjukdomar
- Ätstörningar

Följande verksamheter borde prioriteras i respektive sjukvårdsområde:

- Jönköping: barnkliniken, habilitering, medicinkliniken och primärvården
- Högländet: njurmedicin och barnmottagningarna
- Södra: fetmaoperationerna

I det andra steget borde en utökning ske inom övriga prioriterade områden där behov finns, inklusive primärvården. I det tredje steget borde fokus vara på att förstärka det preventiva arbetet. En tidsplan för dessa olika steg bör arbetas fram i samband med beslutet.

Idag är det bara Jönköping som har en fastslagen prioriteringslista (bilaga 4). En liknande lista bör arbetas fram för hela länet för att skapa konsensus i vilka patientgrupper dietisterna ska prioritera. Listan bidrar till en bättre arbetsmiljö då ansvarsområdena tydliggörs såväl för dietisterna själva som för vårdpersonal, patienter och anhöriga.

## Organisation

För att åstadkomma en god och jämlik vård i hela länet är det viktigt att först och främst se till patientens behov. Det är behovet som måste styra behandlingsprocessen runt patienten, dietisten ska därför vara en naturlig del i denna process. Detta bör gälla oavsett om patienten behöver ha direktkontakt med en dietist eller om dietisten stöttar och handleder annan personal. Det är högst troligt att såväl arbetsmiljö som kvalitet skulle bli bättre om dietisterna organiserades under samma chef och blev en länsresurs. Även möjligheterna för utvecklingsarbete inom området ökar. Landstingets logopedier är en länsresurs och har samma chef, vilket enbart verkar upplevas som positivt utifrån de kommentarer och synpunkter som samlats in (bilaga 2). Logopederna driver utvecklingsarbete tillsammans och strävar mot samma mål. Detta gör att de har lätt för att sprida ny information och kunskap. En annan fördel med länsövergripande organisation, som logopederna ser det, är att det både finns de logopedier som har specialistkompetens samt de som är mer allmänpraktiserande, vilket gör att de har stort utbyte av varandra. Detta är något som dietisterna saknar idag då de inte har möjligheten att bli specialister inom ett visst område på grund av resursbrist, de flesta dietister är verksamma i alltför många olika verksamheter.

Med tanke på att flera enheter på Rehabiliterings- och beteendemedicinska enheten på Ryhov redan idag arbetar länsövergripande på ett välfungerande sätt skulle det vara naturligt att den eventuella dietistenheten har sin tillhörighet här. Verksamhetschefen har förståelse för dietistens arbete, vilket är högst relevant, och har erfarenhet av att driva verksamheter ur ett länsperspektiv. Med en gemensam enhetschef för de tre dietistmottagningarna kommer dietisterna ha lättare för att driva utvecklingsarbetet framåt. Det leder i sin tur till en god och jämlik vård.

Ett annat alternativ är att även dietisterna på Högländet och i Värnamo sjukvårdsområdet tillhör sjukhusens respektive rehabiliteringsenheter (Värnamo: Samrehab, Högländet: Rehabiliteringsenheten). Med detta alternativ får alla dietister en närmsta chef med en rehabiliteringsprofession som är väl insatt i det främjande och förebyggande arbetet och i att arbeta konsultativt för olika kliniker och enheter.

Oavsett hur dietisterna organiseras är det viktigt att dietisten blir en del av teamet runt patienten, vilket flertalet av de tillfrågade kontakterna uttrycker (bilaga 2). Det möjliggörs genom att dietisten regelbundet finns på plats i verksamheten. Verksamhetschefer och vårdpersonal inom primärvården i det Värnamo sjukvårdsområdet och Jönköpings sjukvårdsområde uttrycker ett stort behov av fler dietister som finns på plats i verksamheten och blir en del av teamet. I Jönköping finns det idag ingen möjlighet att ta remisser från primärvården alls och i södra länsdelen uttrycker man stort missnöje över att den dietistresurs de förr hade på vårdcentralen nu flyttats till sjukhuset. På grund av dettaminskar möjligheten för en god och jämlik vård då många patienter får längre resväg. Dietisten är inte längre en naturlig del i teamet till skillnad från då dietisten regelbundet fanns på plats. Steget var då aldrig långt till att konsultera dietisten i olika nutritionsfrågor och kost och näring diskuterades mer flitigt än idag.

På Högländet upplever såväl dietister som personalen på vårdcentralerna att teamarbetet runt patienten fungerar bra då dietisten regelbundet finns på plats i verksamheten. En sådan organisation i hela länet ökar möjligheten för en god och jämlik vård. Patienten bör erbjudas samma vård oavsett var hon/han bor.

Även på flera kliniker på sjukhusen lyfter man vikten av att dietisten måste vara en del av teamet för att behandlingen ska bli komplett (bilaga 2).

### Kommunsamverkan

Enligt avtalet mellan Landstinget och kommunerna i Jönköpings län (16) ansvarar Landstinget för dietistkompetens gentemot de invånare som får vård i hemmet och där deras tillstånd kräver nutritionsbehandling. En ökad samverkan måste ske mellan landsting och kommun för att minska risk och behandla undernäring. Genom utbildning och stöd av dietist till den kommunala vård- och omsorgspersonalen kan förebyggande åtgärder sättas in i tid och risken för undernäring, och därmed sämre livskvalitet, minskar. Projektet ”Aptit för livet” (17) visade goda resultat vad gäller förbättringsarbeten i detta område. I projektet deltog bland annat personal från hemtjänst, kostenheter, vårdcentraler, dietister och sjukhus och flera framgångsfaktorer hittades. Bland annat krävs det ett gott teamarbete och god nutritionskompetens. Strukturer för detta borde utarbetas genom samverkan mellan primärvårdsdietisterna och personal i kommunerna. Med sin kunskap besitter dietisten stora möjligheter att såväl stötta och utbilda personal som att träffa den sjuka individen när så krävs.

Allt fler kommuner har insett behovet av nutritionskompetens och det finns idag ca 70-80 kommundietister i landet. Inom Jönköpings län är Vaggeryds Kommun den enda kommun som i nuläget har valt att anställa en dietist på 50 procent.

### **Egenvård**

En stor del av nutritionsbehandlingen omfattar egenvård. Dietisten förmedlar kunskap och information samt hjälper och stöttar patienten i att förändra sina matvanor utifrån det individuella behovet. Det är sedan mycket upp till patienten själv att praktisera detta. E-hälsotjänsten ”Min Hälsoplan”, som är under utveckling, är något som dietisterna kan använda som verktyg i mötet med patienten. Min Hälsoplan underlättar kommunikationen med patienten samt ökar möjligheten till egenvård. En dietist borde involveras i den fortsatta utvecklingen av tjänsten.

1177 är ett lämpligt och tillförlitligt forum för egenvård vad gäller kost och näring. Länetts vårdgivare, oavsett dietist eller annan profession, ska kunna hänvisa patienter och anhöriga dit. Utvecklingspotentialen är stor och i huvudsak, om det inte krävs specialistkompetens inom något visst ämne, bör det vara primärvårdsdietisterna som hjälper till med utvecklingen.

### **Förslag på utvecklingsområden**

- Förebygga och behandla undernäring
- Mat vid fetma
- Kost vid olika sjukdomar

### **Genomförandeplan**

De nya dietistresurserna bör anställas på samma gång då introduktionen går smidigare samtidigt som det underlättar för den eventuella organisationsförändringen.

### **Slutsats**

För att erbjuda patienterna en god och säker vård i enlighet med nationella och lokala riktlinjer och föreskrifter bör Landstinget i Jönköpings län utöka antalet dietister. Utökningen kan ske successivt. En samordning av dietisternas arbete i länet är nödvändig för att kunna erbjuda likvärdig vård i länet. En länsorganisation med en enhetschef alternativt att dietisterna tillhör respektive rehabiliteringsenhet på sjukhusen främjar sannolikt utvecklingsarbetet och skapar mer tyngd i kostfrågorna. En ökad samverkan med kommunerna möjliggörs genom fler primärvårdsdietister som kan utbilda och stötta den kommunala hemsjukvården. Egenvård är en viktig del i många patienters nutritionsbehandlingar och 1177 är ett tillförlitligt forum med utvecklingspotential.

## Bilagor

- 1: Direktiv
2. Åsikter och synpunkter
3. Kostnadsberäkningar fetma och diabetes
4. Åtgärder och prioriteringar för att kortsiktigt klara patientsäkerheten och arbetsmiljön på dietistmottagningen, Ryhov
5. Beskrivning Dietistverksamheten Södra Sjukvårdsområdet
6. Riskanalys
7. Fallbeskrivningar, Ryhov
8. Uppdragsbeskrivning Barnhälsovårdsdietist
9. Uppskattat behov

## Referenser

1. Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen, 2011.
2. Nationella Folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor? Statens Folkhälsoinstitut, 2012.
3. Scandinavian journal of public health. Socialstyrelsen, 2012.
4. Mat vid fetma. SBU, 2013.
5. Odegaard K, Borg S, Persson U och Svensson M. The Swedish cost burden of overweight and obesity – evaluated with the PAR approach and a statistical modeling approach. *Int J PediatrObes.* 2008; 51-7.
6. Nutritionsproblem i vård och omsorg. Socialstyrelsen, 2000.
7. Elia M, Russell CA, Stratton RJ. Malnutrition in the UK: policiesto address the problem. *ProcNutr Soc.* 2010 Nov; 69(4):470–6.
8. Reilly J, et al. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. *JPEN.* 1988;12:371-6.
9. Fouque D et al, Cost-effectiveness analysis for the treatment of chronic kidney disease with low-protein diet, *Functional Foods in Health and Disease* 2013; 3(7):259-273.
10. Scalone L et al, Cost-benefit analysis of supplemented very low-protein diet versus dialysis in elderly CDK5 patients. *NephrolDial Transplant* 2010 Mar;25(3):907-13.
11. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen, 2011.
12. Ledningsplan för vuxenpsykiatri i Landstinget i Jönköpings län, 2013
13. Landstingsgemensamma behandlingsplaner för dietister. Landstingets Intranät: Landstinget/Hälsa och vård/Rehabilitering/Dietetik
14. Nationella riktlinjer för diabetessjukvården. Socialstyrelsen, 2010.
15. Mat vid diabetes. SBU, 2010.
16. Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Jönköping, 2012.
17. Aptit för livet. Landstinget i Jönköpings län, Länssjukhuset Ryhov, 2012.



## Planeringsdelegationen §§ 45-59

Tid: 2014-04-15, kl 09:00-11:25

Plats: Landstingets kansli, sal A

§ 51 *Åtgärder för att stärka dietistresurserna*  
Dnr Föreligger förslag till en utökning av dietistresurserna.  
LJ2013

/289 **Beslut**

Planeringsdelegationen föreslår landstingsstyrelsen besluta

**att** för utökning av dietistverksamhet anvisa 1,5 mnkr samt,

**att** utökningen finansieras ur anslaget för oförutsedda utgifter.

*Utdrag: Landstingsstyrelsen*

Vid protokollet

Siw Kullberg

Justeras

Håkan Jansson

Rätt utdraget,

Intygar

Lena Sandqvist