



Datum

2017-02-03

Strategisk grupp socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård
SärNär

SärNär – principöverenskommelse mellan Region Halland och Hallands kommuner

Sammanfattning

I stora drag är huvudmännen överens om vilket ansvar man har i nutritionsfrågor. Ett förslag till gränsdragning avseende huvudmännens nutritionsansvar presenteras här, men utan att hänvisa till vare sig vårdnivå (basal eller specialiserad nutritionsbehandling) eller hemsjukvårdsöverenskommelsen.

I remissvaren beskriver kommunerna det egna nutritionsansvaret på ett sätt som stämmer väl överens med intentionerna i tidigare förslag, med vissa viktiga undantag. Reviderat förslag förtydligar regionens ansvar att bistå med dietist avseende enteral nutrition (sondnäring), mer komplexa nutritionsproblem och för patienter med behov av konsistensanpassning på grund av diagnostiserad dysfagi (tugg- och sväljsvårigheter).

I övrigt lämnar det reviderade förslaget det öppet till verksamheterna själva att avgöra vad som krävs för att uppfylla gällande lagar och regler kring patientsäkerhet, utifrån respektive nutritionsansvar.

Högekostnads-skyddet föreslås endast skrivas in i regionens avgiftsreglemente, men kommunerna föreslås ordinera och förskriva nutritionsprodukter utifrån sitt nutritionsansvar och täcka eventuella kostnader för de ordinationer och förskrivningar man gör.

Reviderat förslag är att samma princip ska gälla samtliga patienter som ordinerar individuell nutritionsbehandling, oavsett boendeform. Respektive kommun avgör om avdrag skall göras på matabonnemanget inom särskilda boendeformer i de fall delar av patientens energi- och näringsintag täcks av nutritionsprodukter. Undantaget enteral nutrition (sondnäring) då avdrag skall erbjudas. Kommunerna kan välja att låta vissa nutritionsprodukter ingå i matabonnemanget under förutsättning att de serveras som en del av omvårdnaden, bland andra livsmedel, och inte som en del av en individuell nutritionsbehandling.

Kommunikation mellan vårdgivare ska ske i enlighet med hemsjukvårdsöverenskommelsen, vilket innebär att nutritionsbehandling skall vårdplaneras på samma sätt som övrig vård.

Denna överenskommelse bör beaktas i den kommande revideringen av hemsjukvårdsöverenskommelsen för att minimera risken att nutrition fortsättningsvis hanteras som ett separat spår, utanför övrig hälso- och sjukvård.

Beslutet kring överenskommelsen föreslås verkställas 1/10-2017.

Terminologi

Ordination:

Avser här bedömning av sort, mängd och administrerings sätt av nutritionsprodukt. Ordination kan utföras av läkare och dietist samt för ett bassortiment även av sjuksköterskor.

Förskrivning:

Avser här förskrivning av produkter genom det kommande gemensamma förskrivarsystemet, som skall tillhandahållas av Hjälpmedelscentrum.

Beställning:

Avser här avrop ur nutritionsavtalet direkt från leverantör. Det kan vara aktuellt för vårdavdelningar, särskilda boenden med flera, i de fall nutritionsprodukterna inte har en från början given mottagare.

Konsultation:

Avser här dietistrådgivning gentemot vårdpersonal, via Hjälpmedelscentrum. Den konsulterade dietisten övertar inte ansvaret för ordination eller förskrivningar i och med rådgivningen.

Nutritionsansvar – reviderat förslag

I mångt och mycket kommer nedanstående princip kunna tillämpas. Men en och samma diagnos leder inte självklart fram till samma typ av behandling och i de fall det inte är uppenbart vem som har nutritionsansvaret skall patientens behov styra.

Respektive organisation ansvarar för att den kompetens som krävs för uppdraget finns i verksamheten.

Kommunernas åtagande:

Ansvarar för basalt nutritionsomhändertagande för patienter på särskilt boende, boende med särskilt stöd och service samt patienter i hemsjukvården, enligt följande:

- Systematisk riskbedömning för malnutrition.
- Bedömning av behov respektive intag av energi och protein.
- Ordination och förskrivning av kosttillskott utifrån ett bassortiment av nutritionsprodukter.
- Anpassning av maten utifrån allergier, överkänslighet eller vid behov av förändrad konsistens.
- Översyn av måltidsfördelning, nattfasta och måltidsmiljö.

Region Hallands åtagande:

Ansvarar för basalt nutritionsomhändertagande för samtliga patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården, enligt samma princip som beskrivet ovan.

Ansvarar därutöver för att tillhandahålla dietist för:

- Samtliga patienter som ordinerar enteral nutrition (sondnäring), oavsett boendeform. För att möta regionens strategi kring sammanhållen vård och vård på rätt nivå föreslås att man kompletterar teamet "Läkarmedverkan i hemsjukvården" med dietist och sjuksköterska med ansvar för samtliga vuxna patienter med enteral nutrition. Detta arbetssätt skulle öka både resurseffektiviteten och patientsäkerheten.
- Samtliga patienter som behöver konsistensanpassning på grund av diagnostiserad dysfagi (tugg- och sväljsvårigheter).

- Samtliga patienter som behöver nutritionsbehandling vid mer specialiserade nutritionsproblem (till exempel neurologisk sjukdom, ämnesomsättnings sjukdom, cancer-, lever- eller njursjukdom).

Verksamhetssystem och förskrivarkompetens

Hjälpmiddelscentrum (HMC) har i uppdrag att utarbeta ett system för beställning, fakturering och distribution av nutritionsprodukter. Samtliga huvudmän ska kunna förskriva ur systemet och HMC kommer också att ansvara för att tillhandahålla förskrivartutbildning.

Hjälpmiddelscentrum bör även ansvara för att tillhandahålla uppdragsutbildningar samt att erbjuda förskrivarstöd i form av konsultationer via telefon, till samtliga förskrivare i systemet.

Läkare, dietister och distriktssjuksköterskor skall kunna få full förskrivningsrätt, det vill säga för samtliga nutritionsprodukter inklusive enteral nutrition medan sjuksköterskor skall kunna få förskrivningsrätt för ett brett bassortiment av nutritionsprodukter. Samtliga förskrivare skall erbjudas förskrivartutbildning.

Högekostnadsskydd

En höjning av högekostnadsskyddet rekommenderas, från dagens 1400:- till 1500: per månad. Kommunerna föreslås ordinera och förskriva nutritionsprodukter utifrån sitt nutritionsansvar och täcka eventuella kostnader för de ordinationer och förskrivningar man gör. Högekostnadsskyddet hör dock till regionens reglemente.

Kostnadsansvar

Region Halland:

Ansvarar för kostnader som överstiger högekostnadsskyddet avseende sondnäring samt för den utrustning som krävs för att behandlingen skall kunna fortgå för samtliga patienter som ordinerar enteral nutrition (sondnäring), oavsett boendeform. Används kosttillägg som ett komplement till den enterala nutritionen skall den ses som en del i en sammanhållen nutritionsbehandling och skötas av den som ordinerar sondnäringen. Ansvarar för kostnader som överstiger högekostnadsskyddet avseende övriga nutritionsprodukter för ineliggande patienter, patienter i specialiserad öppenvård och närsjukvård, utifrån sitt nutritionsansvar.

Hallands kommuner:

Ansvarar utifrån sitt nutritionsansvar för kostnader som överstiger högekostnadsskyddet för patienter inskrivna i hemsjukvården samt för patienter inom särskilda boendeformer. I de fall nutritionsprodukter används inom särskilda boendeformer som en del i omvårdnaden på samma sätt som andra livsmedel, det vill säga inte som en del av en individuell nutritionsbehandling, ingår produkterna i matabonnemanget.

Patient:

Ansvarar för den kostnad som understiger högekostnadsskyddet, oavsett typ av nutritionsbehandling. Patient på särskilt boende eller boende med särskilt stöd och service betalar matabonnemang enligt aktuell kommuns taxa. Avdrag görs då patienten är ordinerad enteral nutrition (sondnäring). Avdrag på kostnaden för matabonnemanget görs inom särskilda boenden

då patienten får enteral nutrition (sondnäring). Respektive kommun avgör om avdrag skall erbjudas om patienten använder andra nutritionsprodukter än sondnäring.

Summering av remissvaren

Ett förslag på ansvarsfördelning avseende nutrition lämnades till kommunstyrelserna. Remissvar kom från Varberg, Halmstad, Hylte, Laholm och Falkenberg medan Kungsbacka valde att avstå från att svara. Laholms kommun ställer sig bakom förslagen medan övriga kommuner är kritiska till flera delar i förslagen även om man är positiva till själva intentionen i förslagen.

Samtliga kommuner instämmer i att dietistkompetensen måste säkras för alla patienter, då tillgången idag är mycket begränsad. Däremot anser man att dietist är en specialistfunktion som regionen ska tillhandahålla. Dubbla specialistorganisationer överensstämmer inte med den inriktning som rapporten Effektiv vård beskriver som framtiden.

I remissvaren beskriver kommunerna det egna nutritionsansvaret på ett sätt som i de flesta delar stämmer väl överens med intentionerna i tidigare förslag. Som exempel nämns riskbedömning, utredning och behandling av undernäring. Enligt kommunerna är detta något som ryms inom sjuksköterskornas kompetens medan tidigare förslag beskrev att det krävs dietistkompetens för att utföra detta på ett patientsäkert sätt. Kommunerna efterfrågar dietistkompetens vid enteral nutrition (sondnäring) och behandling av mer komplexa medicinska tillstånd.

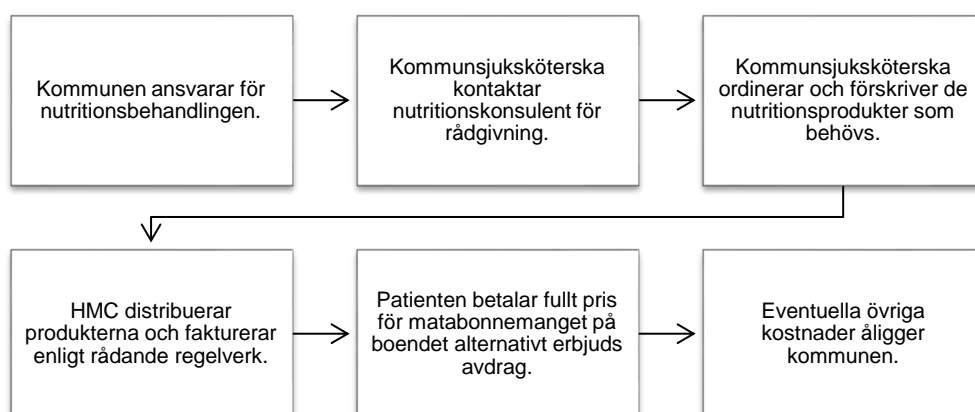
Svårigheter beskrivs avseende att införa ett högkostnadsskydd i de kommunala reglementen, då det skulle få konsekvenser för den enskildes avgiftsutrymme. Patientavgifterna skulle inte bli enhetliga, trots de goda intentionerna, och kommunerna skulle få svåröverblickbara intäktsförluster. Samhällsekonomiskt vore det därför att föredra att högkostnadsskyddet ligger kvar på regionen. Däremot instämmer kommunerna i att det är rimligt att respektive verksamhet står för eventuella kostnader för de produkter man har ordinationsrätt för, dvs. att kostnadsansvaret följer ordinationsrätten. Det system som Hjälpmedelcentrum har i uppdrag att utforma behöver därför också ta ställning till hur kostnadsreglering huvudmännen emellan kan se ut.

Även Region Hallands driftsnämnder gavs möjlighet att lämna synpunkter på underlaget. Svar inkom från Driftsnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH) samt från Driftsnämnden Hallands Sjukhus. Man ställer sig bakom principen att låta nutritionsbehandling ingå i hemsjukvårdsöverenskommelsen då detta är i linje med hälso- och sjukvårdsstrategin, men menar att ansvarsfördelningen ändå måste tydliggöras ytterligare. Vidare belyser man behovet av en adekvat resursfördelning kopplat till eventuella förändringar av nuvarande uppdrag.

Patientexempel 1

Patienten är en 82-årig kvinna som bor på ett äldreboende. I samband med en influensa var patienten sängliggande en period och hon utvecklade då ett trycksår på höger underben. Såret sköts dagligen och läkte fint i början. Nu har dock sår läkningen stannat av och såret vätskar och smärtar.

Personalen på boendet har uppmärksammat att kvinnan äter ensidigt och endast små portioner åt gången. Vikten är stabil vilket tyder på att patienten täcker sitt energibehov. Men för att möjliggöra sår läkning behöver hon täcka även sitt protein- och näringsbehov.

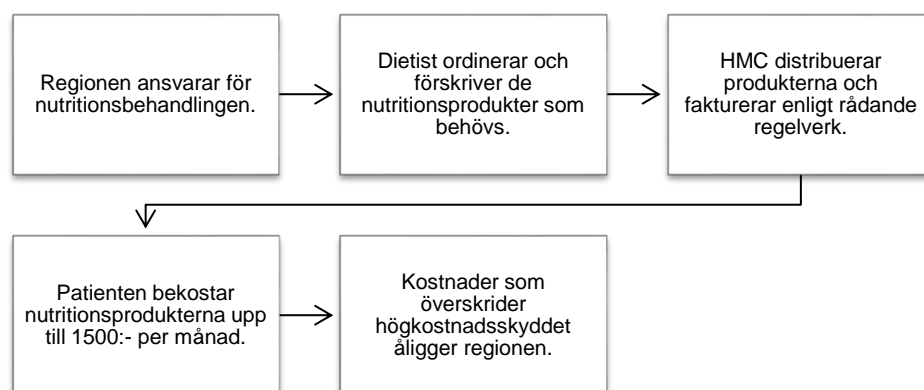


Patientexempel 2

Patienten är en 66-årig kvinna som behandlas på neurologmottagningen på grund av multipel skleros. Patienten har en urinkateter till följd av sin neurologiska skada och får daglig hjälp med medicinhantering av hemsjukvården. På grund av sväljsvårigheter relaterade till grundsjukdomen får patienten all näring via gastrostomi.

Energibehovet är relativt lågt men för att bevara muskelmassan i så stor utsträckning som möjligt är proteinbehovet högt. Behovet av vätska, vitaminer och mineraler är minst lika högt som för personer med högre energiomsättning. Kvinnan går successivt upp i vikt vilket börjat hämma hennes rörlighet ytterligare.

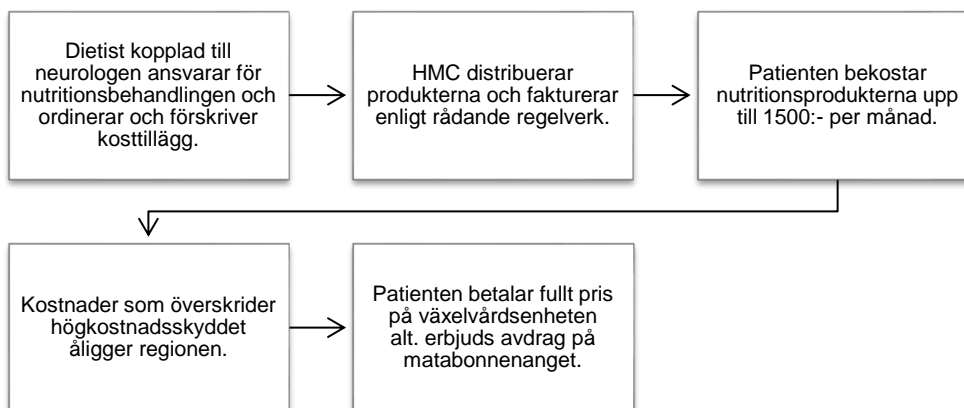
Hon behöver en nutritionsbehandling som minimerar viktuppgången men ändå tillgodoser hennes näringsbehov.



Patientexempel 3

Patienten är en 63-årig kvinna som har Parkinsons sjukdom. Hon vårdas på växelvårdsenhet varannan vecka och får hjälp av hemsjukvården de veckor hon vårdas i hemmet. Uppföljning på neurologen sker en gång om året.

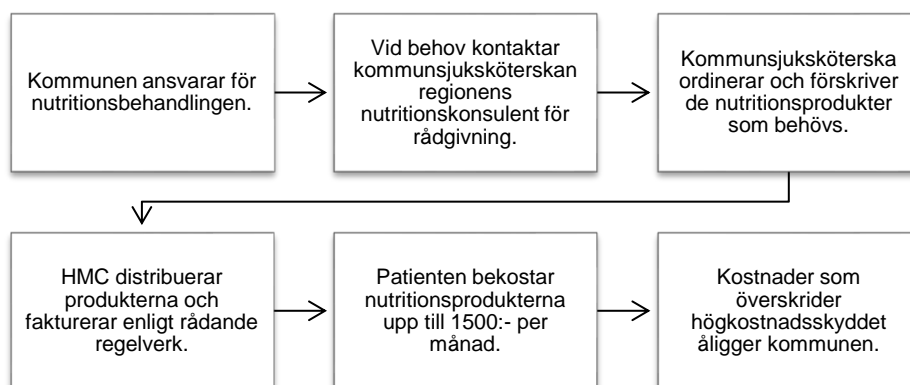
Patientens energi- och proteinbehov är förhöjt på grund av sjukdomsbilden och hon har gått ner fyra kilo i vikt de senaste fyra månaderna. Energibalans uppnås de flesta dagarna tack vare näringsdryck, små och täta måltider och berikning av den vanliga maten.



Patientexempel 4

Patienten är en 89-årig kvinna som bor i ordinärt boende. Patienten är inskriven i hemsjukvården då hon behöver hjälp med såväl daglig medicinhantering som omvårdnad.

Hon har svårt att tugga på grund av nedsatt tandstatus och behöver anpassad konsistens av maten. Timbalkost fungerar väl och patienten är viktstabil så länge maten konsistensanpassas och kompletteras med kosttillägg.

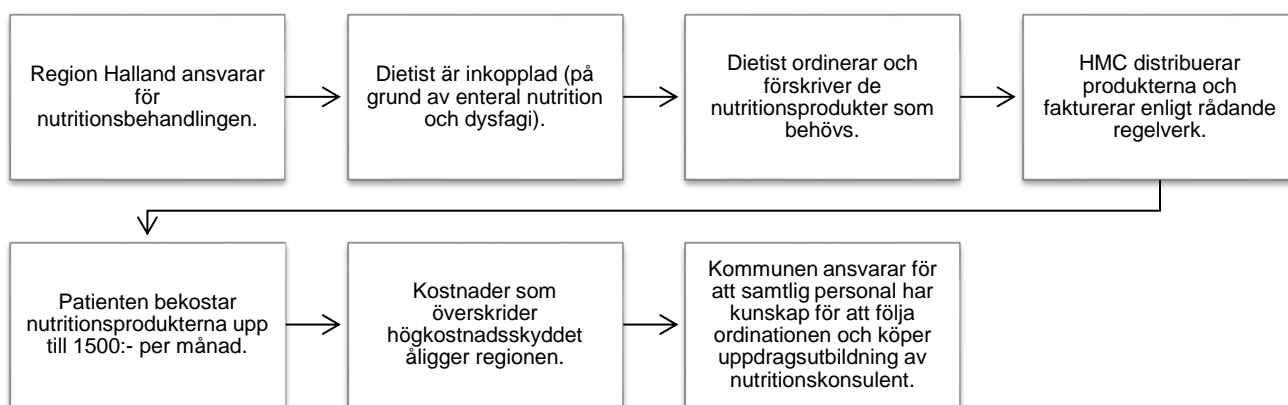


Patientexempel 5

Patienten är en 22-årig man som på grund av en medfödd CP-skada har en grav mental retardation. Han flyttade nyligen från sitt föräldrahem till en gruppbostad. I hemmet åt han passerad kost på grund av dysfagi (tugg- och sväljsvårigheter). Det fungerade bra så länge det var föräldrar eller trygg personal som assisterade.

Med ny miljö och ny personal totalvägrade patienten till en början att äta och sondnäring stod därför för hela energi- och näringsbehovet. Nu när tillvaron stabiliserats fungerar passerad kost och kosttillskott oftast bra, men de dagar patienten av någon anledning är för trött eller orolig för att äta används sondnäring istället.

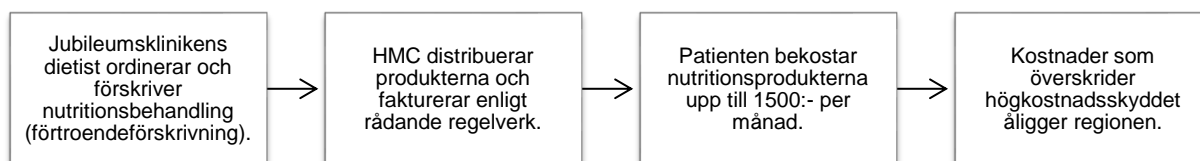
I dagsläget är det inte aktuellt med någon daglig verksamhet då det skulle störa patienten för mycket, men målsättningen är att han ska bli så stabil att tillvaron kan erbjuda honom lite mer stimulans.



Patientexempel 6

Patienten är en 75-årig man som är bosatt i Halland men behandlas på Jubileumskliniken i Göteborg på grund av cancer i halsregionen. Vid insjuknandet minskade patienten 12 kilo i vikt på mindre än tre månader. I samband med inläggande behandling på Jubileumskliniken ordinerades enteral nutrition (sondnäring) i kombination med näringsdryck vilket fungerade väl. Vikten stabiliserades och patienten upplevde förbättrad livskvalitet i en i övrigt svår livssituation.

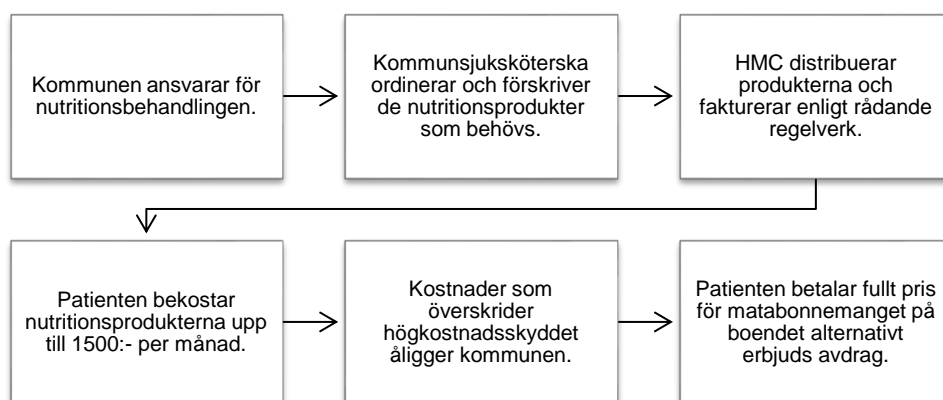
Efter utskrivningen får patienten hjälp med sondnäringen av hemsjukvården, medan cancerbehandlingen på Jubileumskliniken kommer att fortgå under hela det kommande året.



Patientexempel 7

Patienten är en 78-årig man som bor på ett äldreboende. Mannen lider i perioder av depression och aptitlöshet och har till följd av detta successivt gått ner i vikt och utvecklat undernäring. Han är sedan en tid viktstabil på 35 kilo, men behöver enligt ortopeden gå upp till 45 kg för att kunna genomgå en operation av sin höft.

Patienten är motiverad att äta i och med den förestående operationen men orkeslösheten gör att han endast kan äta små mängder vanlig mat. Näringsdryck däremot fungerar väl och det i kombination med vanlig mat kan möjliggöra den önskade operationen.



Patientexempel 8

Patienten är en 61-årig man som bor på ett gruppboende och arbetar på ett dagcenter. Han har en medfödd utvecklingsstörning på grund av mikrocefali och stora motoriska svårigheter. Mannen är 150 cm och hans normalvikt är 42 kg. Hans allmäntillstånd och livskvalitet försämras snabbt vid viktnedgång.

Tilltagande svårigheter med motoriken gör att han frekvent sätter i halsen och allt oftare behöver hjälp med matning. Läkarens bedömning är att förändringarna är åldersrelaterade och att patienten är för skör för att klara insättning av gastrostomi. Däremot klarar han näringsdryck väl och de är avgörande för att han ska täcka sitt energi- och näringsbehov.

