

Sykdomsrelatert underernæring

Utfordringer, muligheter og anbefalinger



Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
1. Innledning	8
1.1 Sykdomsrelatert underernæring	8
1.1.1 Omfang	8
1.1.2 Årsaker.....	8
1.1.3 Definisjon	9
1.1.4 Identifisering av risikopasienter	10
1.1.5 Diagnosekriterier	11
1.1.6 Forebygging og behandling	12
1.1.7 Ernæringspraksis	13
1.2 Det juridiske grunnlaget	14
1.3 Målsetning	15
2 Metode	16
3 Ernæringspraksis i helsetjenesten	17
3.1 Sterke sider	17
3.1.1 Brukerperspektivet	17
3.1.2 Nasjonale føringer.....	17
3.1.3 God ernæringspraksis gir helseøkonomiske gevinster	19
3.1.4 Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU)	20
3.2 Svakheter	20
3.2.1 Manglende kompetanse	20
3.2.2 Variasjon i klinisk praksis.....	21
3.2.3 Holdninger og ansvarsfordeling	21
3.2.4 Manglende fleksibilitet i mattilbudet.....	22
3.2.5 Pasientjournal og terminologi	23
3.2.6 Underrapportering av uønskede hendelser	23
3.2.7 Samhandling	23
4 God ernæringspraksis	25
4.1 Muligheter.....	25
4.1.1 Brukerens helsetjeneste	25

4.1.2 Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	25
4.1.3 Ledelse.....	26
4.1.4 Pasientbehandlingen	29
4.1.5 Utdanning og kompetanse.....	30
4.1.6 Opplæring av pasienter og pårørende	31
4.1.7 Innovasjon og forskning	31
4.2 Anbefaling	33
5 Kilder.....	35
Vedlegg	38
Vedlegg 1: Nasjonale faglige retningslinjer	38
Vedlegg 2: Offentlige dokumenter som omhandler ernæring	39
Vedlegg 3: SWOT-analyser.....	40
Vedlegg 4: Rapporter fra Helse Vest.....	51
Vedlegg 5: Helse Bergens 12-punkts plan	53
Vedlegg 6: Fagbrev Matservicearbeider.....	59

Forord

Nasjonalt råd for ernæring (Ernæringsrådet) er et fagråd oppnevnt av Helsedirektoratet, for å gi faglige råd og bidra til å styrke Helsedirektoratets arbeid med ernæring i befolkningen og i helsetjenesten. Gjeldende ernæringsråd er oppnevnt for perioden 2015-2017, og har som visjon: Godt kosthold for god helse og gode liv.

Helsedirektoratet ga Nasjonalt råd for ernæring i oppdrag å utrede status på ernæring i helsetjenesten våren 2015 og en arbeidsgruppe ble nedsatt.

Medlemmer i rådet per 1.1.17

- Liv Elin Torheim, professor og forskningsgruppeleder, Høgskolen i Oslo og Akershus (leder)
- Nils Vagstad, forskningsdirektør Bioforsk Ås (permisjon)
- Audun Korsæth, forskningssjef ved Avdeling for Landbruksteknologi og Systemanalyse i NIBIO
- Kari Hege Mortensen, seksjonsleder for Helsefremmende arbeid, Nordland fylkeskommune
- Jøran Hjelmesæth, seksjonsleder Senter for sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold, professor II Universitetet i Oslo
- Magritt Brustad, professor og instituttleder, Institutt for samfunnsmedisin Tromsø
- Erik Arnesen, helsefaglig rådgiver Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Nina C Øverby, professor UiA, Institutt for folkehelse, idrett og ernæring
- Kjetil Retterstøl, professor dr. med Universitetet i Oslo, overlege Lipidklinikken, OUS-Rikshospitalet
- Christine Henriksen, førsteamanuensis, klinisk ernæringsfysiolog Universitetet i Oslo
- Ahmed Madar, forsker, Institutt for Helse og samfunn, Universitetet i Oslo
- Randi J Tangvik, leder Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring
- Helle Margrete Meltzer, forskningssjef, Divisjon for miljømedisin, Folkehelseinstituttet

Arbeidsgruppen: Randi J Tangvik og Christine Henriksen.

Øvrige bidragsytere: klinisk ernæringsfysiolog phd Lene Thoresen, St. Olavs Hospital og NKSU, klinisk ernæringsfysiolog Kari Sygnestveit, Haukeland universitetssykehus, klinisk ernæringsfysiolog Hanne J Juul, Stavanger Universitetssykehus og NKSU, klinisk ernæringsfysiolog Eli Skeie, Haukeland universitetssykehus.

Ernæring i helsetjenesten er et svært omfattende tema, og Ernæringsrådet og arbeidsgruppen har derfor valgt, i samråd med Helsedirektoratet, å fokusere på sykdomsrelatert underernæring hos voksne og eldre i helse- og omsorgstjenesten. Rapporten beskriver ulike sider ved dagnes praksis og peker på muligheter for å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring på en bedre måte.

Ernæringsrådet, ved arbeidsgruppen, har foretatt en gjennomgang av relevante rapporter, utredninger og forskning. Det ble gjennomført en SWOT-analyse ved Oslo Universitetssykehus som er sammenfattet med tilsvarende analyse utført ved Stavanger Universitetssykehus og Haukeland Universitetssykehus.

Denne rapporten kan sees på som en oppfølging av Nasjonalt råd for ernæring sin rapport « Når matinntaket blir for lite» som ble utgitt i 2006. Rapporten er også et bidrag til kunnskapsgrunnlaget for en ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2017).

Helsedirektoratet takker Nasjonalt råd for ernæring for arbeidet. Arbeidsgruppen er ansvarlig for innholdet. Helsedirektoratet vil ta rapporten med i sitt videre arbeid.

Sammendrag

Sykdomsrelatert underernæring er en stor menneskelig, medisinsk og økonomisk utfordring for helsetjenesten. Det anslås at hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring, noe som er assosiert med økt sykkelighet, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet. Det er publisert en rekke rapporter de siste 30 årene om hvordan utfordringen skal løses, men det er fremdeles et stort potensiale for forbedring når det gjelder å ivareta pasientenes ernæringsstatus i pasientforløpet.

Mattilbud og måltidsservice er ikke alltid tilstrekkelig tilpasset pasientenes behov. Uklar ledelse og uklar ansvarsfordeling bidrar til at ernæringspraksis ikke er tilstrekkelig systematisk. Ved overføringer mellom omsorgsledd representerer en mangelfull dokumentasjon og dårlig samhandling mellom helsepersonell og ulike instanser en risiko for pasienten. En stor utfordring i dag er mangelfull ernæringskunnskap blant grupper av helsepersonell og mangel på tilgjengelighet av kliniske ernæringsfysiologer.

Ernæringsarbeidet har store oppgaver som kunne trenge en nasjonal løsning. Det foreslås at det utarbeides en overordnet nasjonal ernæringsstrategi som inkluderer behandling, utdanning, opplæring og forskning. Ernæringsrådet foreslår videre en rekke tiltak for å styrke ernæringskompetansen hos helsepersonell og kvalitetssikre ernæringsarbeidet i tjenestene.

Det er mange muligheter for å jobbe mer strukturert og målrettet med ernæring enn i dag. En ledelsesforankret ernæringsstrategi med tilhørende handlingsplan, som forplikter, er en mulighet for å integrere ernæring bedre i sykehusets øvrige aktivitet. En investering i mer ernæringskompetanse enn i dag, i både kommuner og sykehus, vil være kostnadsbesparende. Avkastningen vil være bedre livskvalitet og redusert sykkelighet for pasientene, samt færre liggedøgn i institusjon.

1. Innledning

1.1 Sykdomsrelatert underernæring

Underernæring er en stor utfordring for helse- og omsorgssektoren. Det anslås at hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring, noe som er assosiert med økt sykkelighet, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet (10). For å lykkes med å forebygge og behandle underernæring kreves det gode rutiner for ernæringspraksis.

1.1.1 Omfang

Eldrebolgen er et resultat av den medisinske, sosiale og økonomiske utviklingen de siste tiårene. Medisinske framskritt gjør at sykdom kureres i større grad enn før og at flere lever lenger med ikke-kurabel sykdom eller kronisk sykdom (1). Flere eldre og syke betyr at antallet pasienter i risiko for sykdomsrelatert underernæring øker.

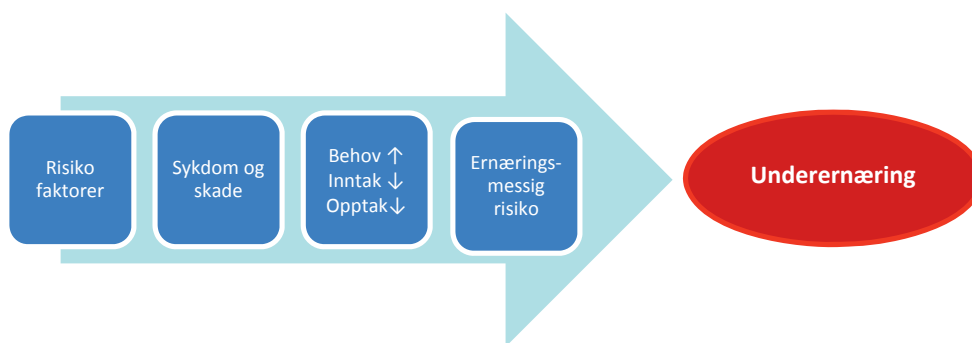
Selv om over halvparten av alle voksne i Norge er overvektige, er underernæring paradoksalt nok svært vanlig på norske sykehus. Nyere undersøkelser fra Helse Bergen viser at hver tredje pasient i sykehus er i ernæringsmessig risiko (2). Tilsvarende resultater fra AHUS, viser at hele 45 % av eldre pasienter (> 70) år er i ernæringsmessig risiko (3). I en tidligere studie blant eldre pasienter på medisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus ble hele 57 % klassifisert som underernært (4).

1.1.2 Årsaker

Mange forskjellige årsaker medvirker til at pasienter utvikler underernæring, se figur 1. Sykdom og den medisinske behandlingen gir ofte redusert matlyst og opptak av næringsstoffer, samtidig som behovene er økt. Sårhet i munnen, svelgeproblemer, kvalme, forstoppelse og diare er vanlige symptomer som kan påvirke matinntaket negativt. Typen mat som serveres og måltidsrytme spiller også en viktig rolle. Eksempelvis kan matvarevalget være annerledes enn det pasienten er vant til hjemmefra.

Under sykehusopphold er det nødvendig å faste i forbindelse med undersøkelser, noe som bidrar ytterligere til et lavt matinntak.

Underernæring forekommer i alle aldre og alle sykdomskategorier. Spesielt utsatt er eldre samt pasienter med lav KMI, infeksjon, kreft, lungesykdom og blant pasienter som har flere diagnoser (2).



Figur 1 Modell for utvikling av underernæring.

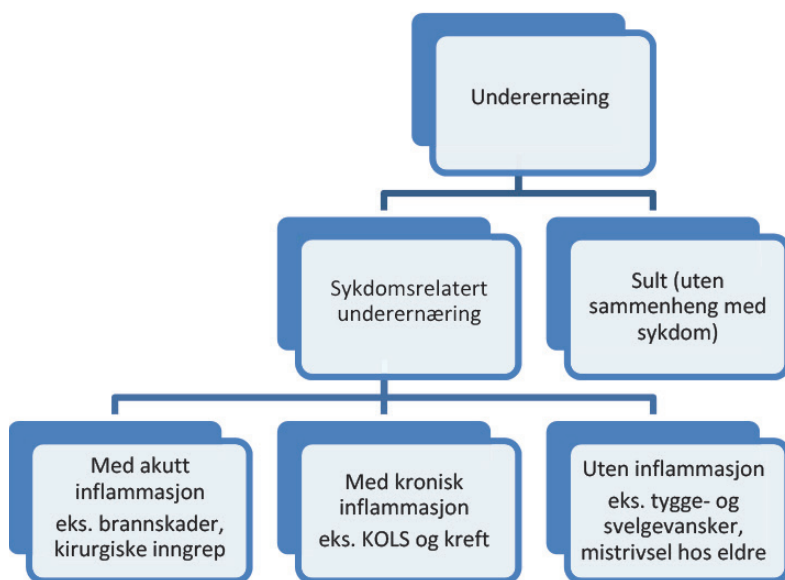
1.1.3 Definisjon

Underernæring er definert som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning, funksjon, og kliniske utfall. I litteraturen skiller det mellom underernæring som skyldes sult for eksempel ved krig og naturkatastrofer, og underernæring som skyldes sykdom, som illustrert i figur 2 (se neste side). Sykdomsrelatert underernæring kjennetegnes, som navnet tilsier, av at underernæringen oppstår som en konsekvens av en sykdom eller sykdomstilstand.

Sykdomsrelatert underernæring inndeles gjerne inn i undergrupper avhengig av inflammasjon. Den vanligste inndelingen er: ingen, kronisk eller akutt inflammasjon (5). Ved økende grad av inflammasjon kan basalmetabolismen øke, og man ser et raskere tap av vekt og muskelmasse sammenlignet med andre typer underernæring. Lavt matinntak kan forekomme ved alle typer sykdomsrelatert underernæring.

Sykdomsrelatert underernæring kan også deles inn avhengig av konsekvens. Sarkopeni er en konsekvens av underernæring karakterisert ved tap av muskelmasse og -styrke. Tilstanden kan enten være aldersbetinget eller sykdomsrelatert (6). Kakeksi er et komplekst syndrom som følge av en underliggende sykdom og karakterisert ved pågående vekttap og tap av muskelmasse, med eller uten tap av fettmasse (7). Tilstanden er vanlig hos pasienter med kreft og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

Riktig klassifisering av underernæring er viktig, fordi det er av betydning for både behandling og prognose (7, 8). Alle de overnevnte undergrupper av sykdomsrelatert underernæring forekommer i spesialisthelsetjenesten, og vil bli omtalt videre i denne rapporten som underernæring.



Figur 2 Underernæring

1.1.4 Identifisering av risikopasienter

Ernæringsmessig risiko omfatter pasienter som er underernærte eller i risiko for å bli underernærte. Pasienter i ernæringsmessig risiko skal i følge Helsedirektoratets retningslinjer ha en individuell ernæringsplan med tiltak for å forebygge at underernæring utvikles (1).

Helsedirektoratet har siden 2009 anbefalt at alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig ved bruk av et screeningverktøy. De verktøyene som er validert og anbefalt i spesialisthelsetjenesten er: NRS-2002, MUST eller MNA, se tabell 1 (9). Alle verktøyene inkluderer opplysninger om vektreduksjon og KMI. NRS-2002 og MNA har også med en vurdering av matinntak. MNA, som ble utviklet for eldre mennesker, inneholder også en kartlegging av bosituasjon fysisk og mental funksjon.

Tabell 1 Verktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko

	Ernæringsparametere	Andre faktorer
MUST	KMI Vekttap	Akutt sykdom
NRS2002	KMI Vekttap Matinntak	Sykdommens alvorlighetsgrad
MNA	Matinntak Vekttap Mobilitet KMI Måltidsrytme Kostanamnese (protein, frukt/grønt, væske) Egenvurdering av ernæringsstatus Muskelomkrets (overarm, legg)	Mobilitet Psykologisk helse/akutt sykdom Nevropsykologiske problemer Bosituasjon Medisiner Trykksår Egenvurdering av helse Mobilitet Spiseevne

1.1.5 Diagnosekriterier

Det internasjonale helsefaglige kodeverket for medisinske diagnoser ICD-10 skiller mellom ernæringsmessig risiko (E46), moderat og alvorlig underernæring (hhv E44 og E43) basert på KMI, vekttap, matinntak og grad av sykdom (9). Organisasjonen ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) har nylig foreslått en forenkling ved å utelate moderat underernæring (8), se tabell 2. Forekomsten av ernæringsmessig risiko vil ikke påvirkes av denne endringen, men forekomsten av underernæring vil endres med nye kriterier.

En norsk studie viser at NRS 2002 er velegnet til å finne pasienter med særlig høy risiko for sykkelighet, dødelighet og høye sykehuskostnader etter sykehusopphold (10).

Tabell 2 Diagnostiske kriterier for ernæringsmessig risiko og underernæring

Nasjonale retningslinjer (9)	Ernæringsmessig risiko (E46)	<ul style="list-style-type: none"> • NRS 2002 > 2 • MUST > 1 • MNA: skår < 11 • SGA: grad B¹ • Ernæringsjournal: kulepunkt 2
	Moderat underernæring (E44)	<ul style="list-style-type: none"> • Ufrivillig vekttap > 10 % siste 3-6 måneder eller > 5 % siste 2 måneder • KMI < 18,5 kg/m² (> 70 år: KMI < 20) • KMI < 20,5 kg/m² (> 65 år: KMI < 22) og samtidig ufrivillig vekttap > 5 % siste 6 måneder • Matinntak < halvparten av beregnet behov siste uke
	Alvorlig underernæring (E43)	<ul style="list-style-type: none"> • 15 % ufrivillig vekttap siste 3-6 måneder eller mer enn 5 % ufrivillig vekttap siste måned • KMI < 16,0 kg/m² (> 70 år: KMI < 18.5) • < 18,5 kg/m² (> 70 år: KMI < 20) og samtidig ufrivillig vekttap > 5 % siste 3 måneder • Matinntak < en fjerdedel av beregnet behov siste uke²
Foreslåtte kriterier fra ESPEN (8)	Underernæring	<ul style="list-style-type: none"> • KMI < 18,5 kg/m² • Vekttap > 10 % (uavhengig av tid) eller 5 % siste 3 måneder kombinert med: • KMI < 20 kg/m² (> 70 år: KMI < 22) • FFMI³ < 15 for kvinner og 17 for menn

¹ SGA grad B definerer moderat underernæring, men er i retningslinjene kriterium for E 46.

² Nye ICD-10-kriterier som er i bruk i dag utelater lavt matinntak som kriterium for E 43.

³ FFMI: Fettfri masse indeks = fettfri masse/lengde²

1.1.6 Forebygging og behandling

Det er ressurskrevende å behandle alvorlig underernæring, derfor er det ønskelig å identifisere risikopasienter slik at forebyggende tiltak kan settes i gang.

Forebygging og behandling av underernæring bør, når det er mulig, rette seg mot årsaken. Tilrettelegging av måltider, måltidsrytme, matvarevalg, konsistens, samt bruk av næringsdrikker kan ofte være nok. Denne type tiltak har dokumentert gunstig effekt på matinntak, vekt og kliniske utfall (11, 12). Ved behov gis ernæring gjennom sonde eller intravenøst. I økende grad brukes multimodal intervensjon som behandlingsstrategi, denne innebærer bruk av farmakologi og fysisk aktivitet, i tillegg til ernæring (13).

1.1.7 Ernæringspraksis

I følge ernæringsstrategien ved Stavanger Universitetssykehus kan arbeidet med kosthold og ernæring deles inn i tre hovedområder:



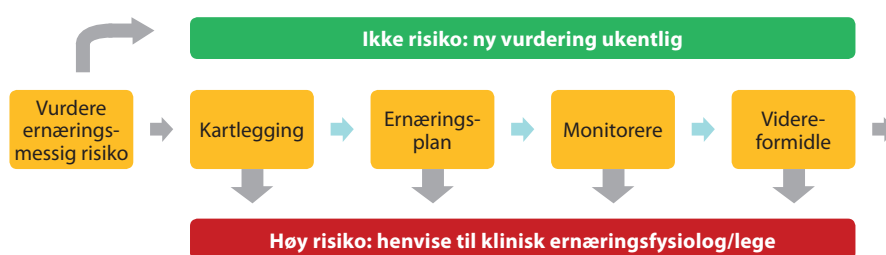
Figur 3 Mat- og ernæringsarbeidet i helsetjenesten

Mattilbud og service omfatter institusjonens generelle mattilbud til pasientene. Det inkluderer alt arbeidet med innkjøp, planlegging, produksjon og distribusjon av mat som foregår på institusjonskjøkkenene. Bestilling og tilrettelegging av måltider inngår i mattilbud og service. Kosthåndboken er en veileder i dette arbeidet.

Matomsorg blir en del av pleien når pasienten av ulike årsaker trenger individuell tilrettelegging for å klare å spise tilstrekkelig. Oppgavene som sikrer at den enkelte pasienten får dekt sitt individuelle behov inngår i matomsorg og pleie. Dette arbeidet ivaretas av pleiepersonell på post, gjerne i samarbeid med matfaglig personell, ergoterapeuter, logoped og andre yrkesgrupper.

Ernæringsbehandling inkluderer målrettede ernæringstiltak som ivaretar ernæringsmessige behov ved sykdomsrelatert underernæring eller ved risiko for å utvikle dette. Ernæringsbehandlingen er en del av den medisinske pasientbehandlingen og er behandlingsansvarlig lege sitt ansvarsområde. Ernæringsstatus og -behandling skal dokumenteres ved hjelp av ernæringsrelaterte diagnose- og/eller prosedyrekoder. Dette arbeidet ivaretas av sykepleiere, leger og klinisk ernæringsfysiologer, gjerne i samarbeid med logoped og andre yrkesgrupper.

For å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring er alle de tre områdene viktige. De systematiske rutinene, beskrevet i de nasjonale faglige retningslinjene (9) og skissert i figur 4, består av at alle pasienter skal risikovurderes (screenes) som en del av den kliniske undersøkelsen. Pasienter i ernæringsmessig risiko skal kartlegges og få iverksatt en målrettet ernæringsplan. Effekten av tiltakene skal evalueres regelmessig og dokumenteres. Ved overføring skal all informasjon om pasientens ernæringsstatus og behov, samt ernæringsplanen videreformidles. Disse rutinene er i tråd med internasjonale retningslinjer. Se også vedlegg 1.



Figur 4 Rutiner som forebygger og behandler sykdomsrelatert underernæring.

1.2 Det juridiske grunnlaget

Det juridiske grunnlaget for ernæringsarbeidet faller inn under kravene for det arbeidet helsepersonell generelt utfører, som beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om helsepersonell (14-16) Lovverket slår fast at helsepersonell skal gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (helsedirektoratet.no).

Forsvarlig helsehjelp innebærer at pasienten har krav på hjelp som er tilpasset individuelle behov når det gjelder helsetilstand og livssituasjon. Forsvarlighetskravet i lov om helsepersonell § 4 er en rettslig standard. Det betyr at innholdet vil endre seg over tid, i tråd med det som til enhver tid er anerkjent praksis. At en praksis er vanlig, behøver ikke uten videre bety at den er anerkjent og forsvarlig. Det stilles krav til at praksisen er kunnskapsbasert (helsedirektoratet.no).

Retten til fullgod mat og til forsvarlige helse- og omsorgstjenester er forankret i [FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter](#), som bygger på [Verdenserklæringen om menneskerettigheter](#) fra 1948. Norge har ratifisert konvensjonen og andre relevante konvensjoner, og har dermed en menneskerettslig forpliktelse til å sørge for at alle innlagte ved sykehus får oppfylt sine rettigheter. Staten er ansvarlig for at statens egne organer og representanter respekterer menneskerettighetene. Man kan snakke om «nested rings of responsibility» beskrevet av Karlsen og medarbeidere (17) hvor de ansatte ved f.eks et sykehus representerer staten og har et ansvar for å bidra til å oppfylle statens

menneskerettslige forpliktelser overfor hvert individ når det gjelder mat og ernæring.

I Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) argumenteres det for å styrke innsatsområdet ernæring i helse- og sosialtjenesten fordi: «Retten til mat innebærer ikke bare retten til nok og trygg mat, men også retten til et ernæringsmessig fullgodt kosthold som grunnlag for et aktivt liv med god helse. Myndighetene er derfor forpliktet til å legge til rette for at alle grupper i befolkningen har mulighet til å ha et fullgodt kosthold» (18). I ernæringsstrategien til St. Olavs Hospital vektlegges det at pasienter inngår i begrepet «alle grupper i befolkningen», sitat: «Retten til pasienter innebærer ikke bare retten til nok og trygg mat, men også at normalkost og spesialkost er ernæringsmessig tilfredsstillende og når fram til den enkelte pasient. Et fullgodt kosthold som kilde til helse og utvikling vil bevirke tilheling, oppbygging og rehabilitering, og forebygge under, over- og feilernæring» (19).

1.3 Målsetning

Hensikten med denne rapporten er å beskrive utfordringene med sykdomsrelatert underernæring og strategiske områder for å forebygge og behandle dette på en systematisk måte. Rapporten beskriver videre ernæringspraksisen i helsetjenesten med styrker og svakheter, og Ernæringsrådet foreslår tiltak for å oppnå bedre praksis.

2 Metode

Med utgangspunkt i tidligere publikasjoner har vi i denne rapporten beskrevet dagens praksis, identifisert mulige barrierer og kommet med forslag til tiltak.

Metoden vi har benyttet i denne rapporten er gjennomgang. Vi har gått gjennom offentlige dokumenter om betydningen av å forebygge underernæring som har vært publisert de siste 30 år (vedlegg 2). I tillegg er det blitt gjort søk i PubMed for å finne oppdatert litteratur på temaet «Disease-related malnutrition». Det ble også gjennomført et fokusgruppeintervju av fem frivillige sykepleiere på Oslo Universitetssykehus. På bakgrunn av dette er det utført en SWOT-analyse som er sammenfattet med tilsvarende analyse utført ved Stavanger Universitetssykehus (2014) og Haukeland Universitetssykehus (2016). Utdrag fra disse er sammenfattet i vedlegg 3.

3 Ernæringspraksis i helsetjenesten

3.1 Sterke sider

Det er grunn til å tro at ernæringspraksisen i norsk helsetjeneste er i en positiv utvikling. Blant styrkene ved dagens ernæringspraksis er brukerperspektivet, nasjonale føringer og de helse- og økonomiske gevinster knyttet til målrettet oppfølging av ernæringsstatus.

3.1.1 Brukerperspektivet

Helsemyndighetene er opptatt av å bygge pasientens helsetjeneste. I pasientenes helsetjeneste styrkes brukerperspektivet. Pasientenes behov blir lagt vekt på i større grad enn før og brukerne involveres i utviklingen av helsetjenesten. Brukernes og politikernes holdning til ernæring er en styrke. Det representerer en mulighet til å kunne videreutvikle og forbedre helsetjenestens ernæringspraksis.

3.1.2 Nasjonale føringer

Det eksisterer gode og velbegrunnede nasjonale styringsdokument for ernæringspraksis i helsetjenesten. Disse fastslår at god ernæringspraksis inkluderer en systematisk leting etter pasienter i ernæringsmessig risiko med hensikt å forebygge underernæring eller behandle underernæring så tidlig som mulig.

Retningslinjene beskriver hvordan ernæringsarbeidet bør styrkes. Grunnleggende forutsetninger for implementering av god ernæringspraksis beskrives som:

1. Ledelsesforankring
2. Tilstrekkelig ernæringskompetanse
3. Definerte ansvarsforhold
4. Samhandling og videreføring av dokumentasjon

Kosthåndboken (11), som er en veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, er en detaljert beskrivelse av god ernæringspraksis, og bakgrunnen for slik praksis. Den er et detaljert verktøy for å implementere de nasjonale retningslinjene og sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten.

Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2013) gav helseforetakene tydelige føringer for ernæringsarbeidet (20). I 2013 var oppdraget å etablere en overordnet ernæringsstrategi i tråd med de nasjonale retningslinjene og Kosthåndboken. Ernæringsarbeidet ved de ulike helseforetakene har hatt stor nytte av disse konkrete oppdragene for å utarbeide ernæringsstrategier og tilhørende handlingsplaner.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet inkluderte ernæring som innsatsområde i 2015 for å få ernæring implementert i behandling og pasientomsorg. Programmet gir en unik mulighet til å innarbeide god ernæringspraksis og bygge varige strukturer for ernæringsarbeidet i helsetjenesten. Ekspertgruppe for ernæring innunder pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet forslag til en tiltakspakke for å forbygge og behandle sykdomsrelatert underernæring. Tiltakene prøves ut i Stavanger høsten 2016 og skal evalueres og justeres før de blir spredt nasjonalt i løpet av 2017.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et hjelpemiddel for å overvåke klinisk praksis og brukes målrettet i helsetjenesten. Helsedirektoratet har utført et forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang i kommunene (21). Det vil bli pilotert målbare indikatorer for å synliggjøre i hvor stor grad tiltakene i de nasjonale retningslinjene er gjennomførbare. Pasientsikkerhetsprogrammets indikatorer er et viktig skritt på veien i arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer innen ernæring.

Følgende lokale og regionale ernæringsindikatorer er i bruk i Helse Nord, Helse Midt eller Helse Vest:

- Andel pasienter som er vurdert for ernæringsmessig risiko
- Andel pasienter i ernæringsmessig risiko
- Andel pasienter i ernæringsmessig risiko som får ernæringstiltak
- Andel pasienter med diagnosekode E 46: Ernæringsmessig risiko
- Andel pasienter med prosedyrekode «screening»
- Andel pasienter med prosedyrekode «ernæringstiltak»

Disse indikatorene brukes og rapporteres ulikt ved de ulike helseforetakene.

I Helse Vest ble ernæring inkludert i pasientsikkerhetsprogrammets verktøy «Trygg Pleie», som er en samlet risikovurdering av ernæring, trykksår og fall. Rapportene er fritt tilgjengelige og rapporteres månedlig til sykehusdirektørene i Helse Vest (vedlegg 4).

Helse Sør-Øst er eneste regionale helseforetaket uten slike kvalitetsmål på ernæring.

Kvalitetssikringssystem for mat. Institusjonskjøkkenene har tilgang på elektroniske verktøy for å beregne oppskrifter, porsjonsstørrelser og næringsinnhold, samt for å overvåke allergener. Alle institusjonskjøkken har systemer for å sikre trygg mat og styre faremomenter i prosessene som omhandler oppbevaring, produksjon, håndtering og servering av mat. Internkontrollsystem for å oppfylle næringsmiddelovgivningen (IK-Mat) er pålagt ved forskrift (22).

3.1.3 God ernæringspraksis gir helseøkonomiske gevinster

God ernæringsstatus er assosiert med mindre sykkelighet og kortere sykehusopphold. Pasienter med god ernæringsstatus har lavere risiko for nye innleggelser enn pasienter i ernæringsmessig risiko, også etter justering for alder og sykkelighet (10).

Samfunnsøkonomiske gevinster av å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring er først og fremst at et stort antall pasienter vil få et bedre utfall av sykehusoppholdet, sykehusopphold blir kortere og det blir færre reinnleggelser. Samfunnet vil dermed få mer igjen for helsekronene.

Sykehusøkonomiske gevinster av å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring er i tillegg økte inntekter. I helsevesenet brukes innsatsstyrt finansiering og økonomiske incitament for måloppnåelse. Økonomiske virkemidler vedrørende ernæring er:

- Underernæringsdiagnosene E46, E44 og E43 utløser i mange tilfeller høyere takst på hoveddiagnosen
- Fra 2016 gis det refusjon for behandling hos kliniske ernæringsfysiologer innenfor noen spesialiteter (fordøyelsesykdommer, sykdommer i lever- galleveier og bukspyttkjertel og indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer, inkludert underernæring)
- Pasienter med sykdomsrelatert underernæring får i mange tilfeller medisinske ernæringsprodukter på blå resept, på linje med medisiner.

3.1.4 Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU)

NKSU skal samle, utvikle og spre kunnskap om sykdomsrelatert underernæring i helsetjenesten.

- Kompetansetjenesten er en samarbeidspart i arbeidet med sykdomsrelatert underernæring og er representert i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet, Nasjonalt råd for ernæring og ved universitetene (UiO, UiB, NTNU og UNN).
- Kompetansetjenesten bidrar med veiledning i ernæringsarbeid, undervisning og formidling.
- Kompetansetjenesten både initierer og samarbeider med andre om forsknings- og innovasjonsprosjekter. NKSU bidrar i utvikling av relevante prosedyrer, retningslinjer, veiledere og verktøy.
- Kompetansetjenesten har litteraturliste, lokale strategier og verktøy er tilgjengelig på hjemmesiden.

En nasjonal tjeneste skal ha lik tilgang for hele landet. For å fremme samarbeid mellom fagmiljøene i helseregionene ble kompetansetjenesten organisert som et nasjonalt nettverk med ansatte fra alle helseregionene. Dette skulle gi helseregionene et eieforhold og et medansvar for å utvikle kompetansetjenesten. På denne måten ble det lagt til rette for at kompetansetjenesten skulle bli en faglig ressurs for alle.

3.2 Svakheter

På tross av at ernæring har veldokumentert effekt på sykdomsforløp og restitusjon, og at det er faglig konsensus om å prioritere ernæring til pasienter i ernæringsmessig risiko, er det et stort gap mellom klinisk praksis og ønsket praksis når det gjelder å identifisere, forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring.

3.2.1 Manglende kompetanse

Kjøkkenfaglig kompetanse mangler i stor grad i helsetjenesten, og matservering til syke krever dessuten mer enn matfaglig kompetanse. Kjøkkenene bemannes i dag av institusjonskokker, iblant restaurantkokker, men også av en stor andel ufaglærte. I 2015 ble den eneste kostøkonomutdanningen (kjøkkensjefutdanningen) i Norge nedlagt. Sykepleierne savner at kjøkkenet har kunnskap om diettene de lager og forståelse for hvordan de kan bidra til å sikre at pasienten kan spise det som serveres.

Sykepleiere og leger oppgir at de mangler kunnskap om å identifisere og behandle sykdomsrelatert underernæring (23). Sykepleierne er usikre på hvordan ernæringsstatus skal vurderes og hvordan de skal beregne pasientenes behov og næringsinntak. De kjenner retningslinjene i liten grad og vet ofte ikke hvordan de skal initiere ernæringstiltak. De kjenner heller ikke til hvilke konsekvenser lavt matinntak kan ha for pasientene (24) og ønsker kurs i klinisk ernæring. Men slike kurs er i liten grad tilgjengelig. Sykepleierne mener at samarbeidet med klinisk ernæringsfysiolog er nyttig (vedlegg 3), men forteller at kliniske ernæringsfysiologer er få, travle og stort sett fraværende (24).

Kliniske ernæringsfysiologer er kvalifisert til å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle ernæringsrelaterte sykdommer. Utdanningen er en profesjonsutdanning på masternivå ved UiO og UiB. Per 2012 var det omlag 380 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge, hvorav 180 i spesialisthelsetjenesten og 20 i kommune/fylke. Resten var ansatt utenfor helsetjenesten (25). Tatt i betraktning det store behovet for ernæringskompetanse både i og utenfor sykehuset, er dette svært lave antall. Våre naboland og andre vestlige land har et betydelig høyere antall klinisk ernæringsfysiologer (26). I SWOT-analysene fra både Oslo, Stavanger og Bergen etterlyses det flere kliniske ernæringsfysiologer (vedlegg 3).

3.2.2 Variasjon i klinisk praksis

Til tross for tydelige nasjonale føringer er det fortsatt utfordringer i klinisk praksis. Etter 2013 har oppdragsdokumentene ikke hatt fokus på ernæring og setningen «relevante mål og krav gitt i tidlige oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende» er ikke gjentatt i oppdragsdokumentene 2014-2016.

De nasjonale faglige retningslinjene og Kosthåndboken er i liten grad kjent og tatt i bruk for å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring. Tall fra Helse Vest indikerer at det fremdeles er en stor andel av pasienter i ernæringsmessig risiko som ikke får ernæringstiltak og at diagnosekoder og prosedyrekoder brukes sjelden (10). Det er ikke kjent hvor mange sykehus som har utarbeidet og implementert en ernæringsstrategi henhold til oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2013.

3.2.3 Holdninger og ansvarsfordeling

Holdningen til ernæring er en klar svakhet. Selv om leger og sykepleiere oppgir at de mener at ernæring er viktig å prioritere, blir ikke dette gjort i praksis (23). Eide og medarbeider fant nylig i en kvalitativ studie blant sykepleiere at ernæringspraksis ble viet liten oppmerksomhet, ernæring

var lett å overse og mange oppgaver ble ansett som viktigere enn mat og ernæring. Ernæring ble bare prioritert dersom det var en nødvendig del av den medisinske behandlingen, og pasienten ble hovedsakelig veid når det var andre årsaker til å veie enn å følge ernæringsstatus (24).

Ansvarsfordelingen i ernæringsarbeidet er tydelig beskrevet både i Kosthåndboken (11) og på helsedirektoratet.no. Det er uvisst i hvor stor grad dette er kjent og implementert i klinikken. Både i Norge og i andre land rapporteres det om at sykepleierne føler seg alene om ernæringsarbeidet. De kjenner frustrasjon over at de kliniske ernæringsfysiologene er lite til stede på sengepostene og at legene ikke involverer seg i ernæring. Sykepleierne påpeker at ernæringsarbeidet blir lite prioritert når det ikke etterspørres av legene (vedlegg 3, 24).

3.2.4 Manglende fleksibilitet i mattilbudet

Medisinske og kirurgiske framskritt gjør at flere lever lenger, mange med ikke-krabel sykdom. Behovet for individualiserte ernæringstiltak øker tilsvarende, noe som burde gjenspeile seg i budsjettet for mat og ernæring.

Mattilbudet, og krav til dette, er detaljert beskrevet i Kosthåndboken (11). Den brukes som grunnlag for å utarbeide kravspesifikasjoner når mattilbudet lyses ut på anbud. Det er likevel stor variasjon i hvordan maten tilberedes og serveres ved norske institusjoner. Mattilsynet inspiserer hygieniske forhold, men det er sjelden kvalitetssikring og kontroll av måltidsrytme, næringsinnhold, spisemiljøet og hvordan maten smaker og tilbys.

Sykepleierne etterlyser fleksibilitet. Ved effektivisering og storkjøkkendrift savnes muligheten for å kunne innfri individuelle behov i større grad, særlig til dem med lang liggetid. Det kan også være sykdomsrelaterte så vel som religiøse og kulturelle hensyn som må tas. Mattilbudet kan bli ensidig til langliggere hvis det er få muligheter til individuelt tilpassede måltider og mellommåltider. Regler for oppbevaring av mat til pasienter som ikke er til stede under måltidet, oppleves som unødig rigide. Med-spising kan fremme matinntaket til pasienten, men sykepleierne mangler mulighet for å spise selv eller gi pårørende mat sammen med pasienten (24).

Matbestillingssystemet oppleves komplekst og tidkrevende, og at det er lang tid mellom bestilling og levering (vedlegg 3, 24). Individuelle bestillinger kommer ikke alltid fram til rett person fordi matbestillingen er anonym, og selv individuelle bestillinger er anonyme. Maten kommer gjerne til rett avdeling, men finner likevel ikke fram til rett person. IKT-systemene i institusjonskjøkkenene gir verdifull oversikt over mattilbud

og næringsinnhold, men de gir også store mengder informasjon som er vanskelig å forholde seg til (kaliumverdier, «spor av»-ingredienser osv.).

3.2.5 Pasientjournal og terminologi

Pasientjournalen er ikke tilrettelagt for å dokumentere ernæringsstatus og ernæringspraksis, registrere matinntaket og følge utvikling av for eksempel vekt og inntak over tid. Eide rapporterte at ufullstendig dokumentasjon av ernæringsrelatert informasjon ble kompensert med å registrere det samme flere steder, f.eks. ved at opplysning om vekt og matinntak ble oppgitt flere steder i journalen. Videre kom det fram at det er vanskelig å få informasjon om ernæring fra sykehjemmene ved innleggelse i sykehus (24). At pasientjournalene ikke er hensiktsmessige til ernæringsrapportering er til hinder for implementering av retningslinjer og samhandling, både internt og eksternt.

Ernæringsfaget mangler en felles terminologi slik andre fag har. Det gir mindre presisjon, kan være forvirrende og i verste fall misvisende (24). Selv kliniske ernæringsfysiologer er lite bevisste på hvilken terminologi de bruker og kan ha lav presisjon når de kommuniserer blant annet fordi de mangler entydige klassifiseringer (27). Eksempelvis kan det være ulike oppfatninger om hva som er «lav KMI» og «et signifikant vekttap». Terminologien må utarbeides av ernæringsfaglig ekspertise, og bør, hvis mulig, koordineres med terminologi i sykepleie, medisin og andre helsefag.

3.2.6 Underrapportering av uønskede hendelser

Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten mottok i 2015 41 meldinger knyttet til ernæring (28). I to hendelser døde pasienten, mens tre hendelser var assosiert med betydelig skade. Tjuen av hendelsene gjaldt barn under tolv år, mens de resterende 20 gjaldt eldre (over 66 år). Det lave antallet meldinger kan vitne om at meldeordningen ikke fungerer som en meldeordning for ernæring. Når vi vet at hver tredje pasient i spesialisthelsetjenesten er i ernæringsmessig risiko, er det sannsynlig at det forekommer flere uønskede hendelser knyttet til sykdomsrelatert underernæring i helsetjenesten. I fokusgruppeintervjuet fortalte sykepleierne at det mangler muligheter for å avdekke om pasientene får feil spesialkost, og det er ikke praksis å rapportere feil leveranse fra kjøkkenet som uønsket hendelse.

3.2.7 Samhandling

Intern samhandling mellom de ulike aktørene, personalgrupper, sengeposter og klinikker, er særlig utfordrende. Videreformidling av allerede

4 God ernæringspraksis

4.1 Muligheter

Vi har beskrevet hvordan det er lagt til rette for at ernæringsarbeidet i helsetjenesten skal være integrert i pasientbehandlingen, med vist at det likevel er svakheter ved dagens praksis. Gapet mellom ønsket ernæringspraksis og dagens praksis gir medisinske og økonomiske konsekvenser. I det følgende vil Ernæringsrådet skissere muligheter som vil bidra til å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring.

4.1.1 Brukerens helsetjeneste

Brukerne er opptatt av kosthold og helse og de har meninger om helse-tjenestens mat- og ernæringsarbeid. Arbeidet med å utvikle landets første ernæringsstrategi i Helse Bergen i 2006 var et brukerinitiativ. Brukerne etterlyste ernæringsfokus i helsetjenesten. De var opptatt av kvalitet i mattilbudet og at ernæring skulle inngå som del av pasient-behandlingen, og de etterlyste mer kunnskap om ernæring og helse ved ulike sykdommer (19). Spesialisthelsetjenestens lave vektlegging av ernæring kan være resultat av at brukerne ikke har vært tilstrekkelig involvert. Økt brukermedvirkning vil være en mulighet til å styrke ernæringsarbeidet.

4.1.2 Samhandling mellom kommune- og spesialist-helsetjenesten

Kommunenes ansvar for helse er i endring. Kommunen må i større grad enn før ta hånd om alvorlig syke pasienter, ofte pasienter med ernærings-svikt. Bare to prosent av pasientene med sykdomsrelatert underernæring er på sykehus (29). En norsk studie viser at 41 % av pasientene som overføres fra sykehus til sykehjem er i ernæringsmessig risiko (2). Sykehusene er et egnet sted for å identifisere underernæring, men det er nødvendig å heve kompetansen i kommunene for å kunne gi nødvendig oppfølging av pasientene etter utskrivning.

Et kommunalt ernæringsfaglig tilbud som forebygger og behandler sykdomsrelatert underernæring og gir individuell oppfølging etter sykehusopphold vil kunne redusere behovet for re-innleggelser. Et forsøk fra Nordlandssykehuset viste at ernæringsmessig oppfølging av pasienter etter sykehusopphold reduserte re-innleggelser med inntil 40 % (30). Særlig hjemmeboende eldre, beboere i sykehjem og boliger med helse- og omsorg og pleie har behov for dette, men også pasienter med livsstilssykdommer, hjerte-kar-sykdommer og overvekt vil ha helsefremmende nytte av et slikt tilbud.

Ernæringsfaget spenner vidt. Ved å sikre nøkkelkompetanse via personer med ulike utdanninger innen kost og ernæring for innsatsområdene (figur 3) «mattilbud og service», «matomsorg og pleie», «ernæringsbehandling» kan kommunene få mulighet til å forebygge sykehusinnleggelser og reinnleggelser som følge av ernæringssvikt, på en systematisk måte.

Fastlegen har ikke hatt tradisjon for å følge opp ernæringsstatus og mangler hensiktsmessige verktøy til å vurdere ernæringsstatus og endringer i denne. Det er nødvendig at legene har hensiktsmessige verktøy til å følge opp pasientenes ernæringsstatus og at de ved behov kan henvise pasienten til ernæringsfaglig personell.

Klinisk ernæringsfysiolog bør være tilgjengelig i alle kommuner for å kvalitetssikre kommunens ernæringsarbeid, bygge strukturer, gi opplæring i hjemmetjeneste og kommunehelsetjeneste og ivareta individuelle pasienter med ernæringsmessige utfordringer.

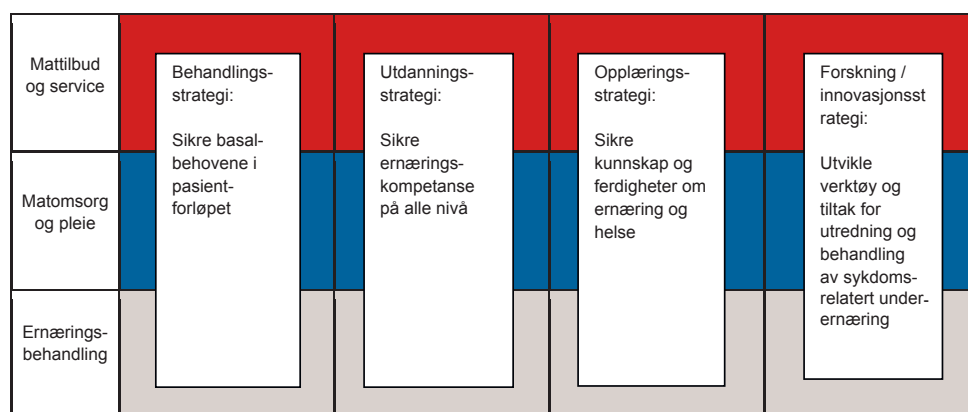
Overføring mellom avdelinger og omsorgsnivåer representerer en risiko for pasienten. Samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten skal sikre videreføring av preferanser, ernæringstiltak og -behandling. Under utarbeidelse av rutiner, verktøy og retningslinjer er det viktig at pasienter med ernæringssvikt sikres en trygg overføring mellom omsorgsnivåene.

4.1.3 Ledelse

Ledelsen har et overordnet ansvar for å legge forholdene til rette slik at pasientene kan sikres et forsvarlig kosthold. Det innebærer:

- Tydelig definerte ansvarsforhold
- Sikre kvalitet og kontinuitet i kosthold og ernæring.
- Sikre hensiktsmessige rutiner og prosedyrer
- Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse

En god strategi er et viktig ledelsesverktøy. Ernæringsarbeidet består av et stort antall enkeltoppgaver som utføres av mange forskjellige personer hver dag. Enkeltoppgavene må henge sammen ved å bygge på eller utfylle hverandre. En overordnet ernæringsstrategi vil bidra til at oppgavene henger sammen. Det trengs lokale ernæringsstrategier, men Ernæringsrådet foreslår også at det lages en nasjonal strategi for å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring, som viser vei for kommunene, sykehusene og utdanningsinstitusjonene i dette arbeidet. Figur 5 viser et eksempel på hvordan en slik nasjonal ernæringsstrategi kan bygges opp.



Figur 5 Eksempel på hvordan en nasjonal ernæringsstrategi kan bygges opp.

Helse Bergen har utviklet en 12-punkts ernæringsstrategi for spesialisthelsetjenesten som ivaretar hvert av de tre ernæringsfaglige områdene innenfor pasientbehandling, opplæring, utdanning og forskning (vedlegg 5). Det er ledelsens ansvar at alle de 12 områdene fungerer hver for seg og sammen.

Økonomiske incitament er brukt i innsats- og kvalitetsstyrt finansiering for måloppnåelse. Ernæringsrådet foreslår økonomiske virkemidler som gir helsetjenesten muligheten til å skaffe tilstrekkelig ernæringskompetanse. Tidligere nevnte eksempler viste at økonomiske ordninger som øker tilgang på ernæringsfaglig kompetanse kan spares inn igjen i færre sykehusinnleggelse.

Kvalitetsindikatorer brukes til å dokumentere kvalitet ved å vise omfanget av et problem (andel i ernæringsmessig risiko) og kan måle virksomhetens praksis for å løse problemet (andel pasienter som blir vurdert for ernæringsmessig risiko). Nasjonale kvalitetsindikatorer skal måle tjenestekvalitet og om praksisen i tråd med eksisterende retningslinjer, veiledere og lovverk. Kvalitetsindikatorer kan være et nyttig hjelpemiddel for å innarbeide minimumskrav til ernæringsarbeidet.

Følgende minstekrav til praksis som kan være utgangspunkt for kvalitetsindikatorer:

1. Maksimum 11 timers nattfaste
2. Minimum 4 hovedmåltider per dag
3. Å vurdere ernæringsmessig risiko inngår som del av pasientbehandlingen
4. Alle i ernæringsmessig risiko skal ha en ernæringsplan
5. Alle i ernæringsmessig risiko skal få dekt sitt behov for energi og protein
6. Riktig bruk av ernæringsdiagnoser

Det er ønskelig å få nasjonale tall på disse viktige parameterne og en regelmessig rapportering av disse og av diagnosekoder og prosedyrekoder. Det er ikke tradisjon for dette og det finnes ikke systemer for strukturert ernæringsdokumentasjon uten dobbeltføring.

Rapportering: Ernæringsrådet etterlyser ernæring som et fast punkt i styringsdokumentene til helseforetakene. I tillegg etterlyser Ernæringsrådet at myndighetene får et system for å følge opp om sykehusene har ernæringsstrategier, og i hvilken grad pasienters ernæringsstatus blir kartlagt og fulgt opp med målrettet behandling ved behov.

Meldeordningen er helsetjenestens ordning for å varsle uønskede hendelser. Det er nødvendig at meldeordningen tas i bruk i større grad for avvik innen ernæring.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (9) har vært et viktig dokument gjennom mange år, men trenger oppdatering. Kunnskapsgrunnlaget har økt, og nye studier har kommet til. Anbefalingene kan bli tydeligere. For eksempel vil det lette implementeringen i klinisk praksis (31) hvis man har ett screeningverktøy å forholde seg til framfor å velge blant tre som en *nesten* identiske. Utviklingen av (elektroniske) verktøy er enklere om man har bare ett screeningverktøy, og kommunikasjonen mellom omsorgsnivåene blir enklere. Dagens retningslinjer omhandler ikke behandlingen som gis ved poliklinikk og dagbehandling. God ernæringspraksis ved disse stedene vil kunne bidra til unødige forsinkelser og redusert komplikasjonsrisiko som følge av ernæringssvikt. Det er også et savn at barn, rus og psykiatri ikke er omtalt i retningslinjene.

Kosthåndboken er en detaljert veileder for arbeidet med måltider og service i helseinstitusjoner, men kunnskap kan være vanskelig å omgjøre til praksis. Vi foreslår å kartlegge i hvilken grad Kosthåndboken er tatt i bruk i helsetjenesten for å ha et utgangspunkt for arbeidet videre med implementeringen av denne. Deler av Kosthåndboken kunne for eksempel lages som en app for å gjøre innholdet mer tilgjengelig.

Pasientsikkerhetsprogrammet inkluderte ernæring som innsatsområde i juni 2015 og representerer en mulighet til å integrere ernæring i pasientbehandlingen. Ernæringsrådet anbefaler at ernæring blir obligatorisk innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet for å kunne ivareta pasientsikkerheten til alle med ernæringssvikt. Det er i tråd med brukernes interesse og nyere forskning. Det er god helseøkonomi og underbygger all medisinsk og kirurgisk pasientbehandling. Det er også i tråd med nasjonal helsepolitikk (retningslinjer, Kosthåndboken og oppdragsdokumentet).

4.1.4 Pasientbehandlingen

Sykdomsrelatert underernæring er et undervurdert og kostnadsdrivende problem. Nasjonale og internasjonale studier viser at forebygging og behandling av tilstanden kan redusere utgifter i milliardklassen i helse-tjenesten (32). Men dette krever først omprioriteringer med økte bevilgninger innen følgende områder:

De fleste pasienter ivaretas gjennom et felles mattilbud for alle, men stadig flere har behov for kosthensyn av medisinske, kulturelle, religiøse og andre årsaker. Innovasjonsprosjekter på kjøkkenet kunne utviklet dagens serveringssystemer.

Det er behov for

- Mer fleksibilitet
 - Mulighet for å tilby mat utenom måltidene
 - Ivareta alle preferanser og behov
- Kortere responstid fra bestilling til servering
- Lettere tilgang på informasjon om sammensetning
- Kvalitetssikret mattilbud

Ernæring støtter opp under annen behandling og bidrar til et godt behandlingsgrunnlag, forebygger komplikasjoner og fremmer optimal restitusjon. Det stiller krav til et individualisert mattilbud og til den ernæringsfaglige kompetansen til de som skal ivareta pasienter med ulike behov.

Følgende faktorer er viktige:

- Tilstrekkelig bemanning og kompetanse blant sykepleiere og leger til å identifisere pasienter i ernæringsmessig risiko, forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring/henvise til klinisk ernæringsfysiolog ved behov
- Praktisk tilrettelegging for god ernæringspraksis som
 - Vekt og høydemåler på hver pasientrom

- Elektroniske verktøy som erstatter manuell beregning av KMI, vekttap og summering av ernæringskår
- Pasientforløpene må inkludere ernæring på en systematisk måte. Særlig relevant er det å innarbeide systematisk ernæringsfokus i pakkeforløpene for kreft

Medisinsk ernæringsbehandling. Det er behov for å definere hvilket tilbud om ernæringsbehandling som skal inngå i pasientens helsetjeneste. Kliniske ernæringsfysiologer er de eneste med spesialkompetanse på medisinsk ernæringsbehandling, men antallet klinisk ernæringsfysiologer står i sterk kontrast til antall pasienter med behov for denne kompetansen. Ernæringsrådet anbefaler at det defineres et minimumsbehov for kliniske ernæringsfysiologer i primær- og sekundærhelsetjenesten.

4.1.5 Utdanning og kompetanse

Tilstrekkelig ernæringsfaglig kompetanse er grunnleggende for å lykkes med ernæringsarbeidet (33). Det må være helsetjenesten som definerer sitt behov for ernæringskompetanse og utdanningsinstitusjonene som tilpasser seg dette, ikke omvendt. Det er i dag en rekke utdanninger innen ernæring, komponert av utdanningsinstitusjonene selv, som det ikke er stillinger til. Det trengs en faglig vurdering av om blant andre utdanningene bachelor ernæring og master i samfunnsernæring er egnet for helsetjenesten, eventuelt hvorfor ikke. En ny forskrift som skal definere felles innhold i helse- og sosialfagutdanningene, gir mulighet til å sette en standard for ernæringskompetanse www.uhr.no.

Kjøkkenfaglig kompetanse er mangelvare, både institusjonskokker og kostøkonomer. I tidligere rapporter anbefales større institusjonskjøkken å ha kostøkonomer for å kvalitetssikre institusjonsmaten (26) Denne utdanningen finnes ikke lenger og det må utredes hvordan denne kompetansen kan erstattes.

Helsetjenesten trenger å definere minimumskrav til ernæringsinnholdet i utdanningen av sykepleiere, leger, logopeder, fysioterapeuter, ergoterapeuter og tannhelsetjenesten, og kommunisere det til de respektive utdanningene.

Mange ufaglærte deltar i ernæringsarbeidet i ulike institusjoner. For eksempel er det de senere årene kommet matverter som ferdigstiller mat til pasienter og brukere. Vedlegg 6 er eksempel på en studieplan som er foreslått, men avvist av Kunnskapsdepartementet, for denne yrkesgruppen. Ernæringsrådet foreslår en sertifiseringsordning som en overgangsordning. Eksempler på områder der en sertifiseringsordning kunne være aktuelt:

- Ufaglærte matverter og pleieassistenter
- Ufaglærte ansatte ved sykehuskjøkkener

Ide'

Ved Fusa videregående skole er det mulig å bestille en utdanning. Trolig har flere videregående skoler samme tilbudet. Det kunne være en mulighet å lage en felles bestilling for utdanning av for eksempel matverter.

4.1.6 Opplæring av pasienter og pårørende

Helsetjenesten har plikt til å gi tilstrekkelig opplæring til at pasientene kan ivareta sin egen helse. I spesialisthelsetjenesten foregår dette på læring og mestringssentre. Kommunene har ikke tilsvarende tilbud, men frisklivssentraler og pasientorganisasjoner ivaretar noen av disse oppgavene. Det er nødvendig å stille faglige minimumskrav til opplæring rettet mot pasienter, selv om det er organisert under likemannsarbeid.

Sykehusene har ansvar for at pasienter som trenger det skal få tilstrekkelig teoretisk og praktisk ernæringsfaglig opplæring under eller etter sykehusopphold. Slik opplæring støtter den medisinske og kirurgiske behandlingen og kan hindre nye sykehusinnleggelser.

- Mattilbud: Ernæring kan være eneste form for behandling av en rekke sykdommer
- Matomsorg: Ernæringsplanen som ble iverksatt i sykehus videreføres hjemme
- Ernæringsbehandling: Pasient/pårørende trenger opplæring og oppfølging for å kunne overta ansvaret for sonde- og intravenøs ernæring i hjemmet

For å sikre at ernæringsarbeidet videreføres etter sykehusoppholdet, bør det kartlegges i hvor stor grad kommunen følger opp ernæringsplaner fra sykehus og hvorvidt pasientens opplæringsbehov er innfridd.

4.1.7 Innovasjon og forskning

IKT er nødvendig for å lykkes med ernæringsarbeidet og redusere risikoen for feil og uønskede hendelser. Gjennomføringsgraden av ernærings tiltakene er avhengig av et system for dokumentasjon, monitorering og ordinerings.

I dag er data lagret mange steder, er ikke standardisert og ofte «gjemt» i lange tekstfelt. Som regel får man da bare ut data på en og en pasient.

Data er vanskelig tilgjengelige for kliniske ernæringsfysiologer som mangler ernæringsrelevante elektroniske verktøy.

Noen ønsker og krav til IKT-verktøy:

- Enkle systemer som hjelper til med beregninger av behov
- Systemene må gjenspeile anbefalte nasjonale prosedyrer og retningslinjer, forenkle arbeidet og sikre kvaliteten på ernæringsarbeidet
- Domenene må være tverrfaglige med tilgang på tvers i helsetjenesten. Pasienter, pårørende og fastlegen må også ha tilgang.
- Samling og forbedring av dokumentasjon av ernæringsparametere
- Generere en ernæringsplan
- Generere en ordinasjon og monitorere effekt av den
- Kostregistrering som både pleiere og pasient/pårørende kan delta på for å estimere inntak av energi, protein, væske og relevante næringsstoffer opp mot behov
- Monitorere ernæringsvariabler og måle effekt av tiltakene
- Generere ernæringsrapport som viser effekt av tiltak
- Basert på innsamlet informasjon, forslå diagnose, varsle risiko som for eksempel risiko for re-ernæringssyndrom osv.
- Generere ernæringsepikrise
- Ha brukerstøtte/ beslutningsstøtte i programmet som tilfører kompetanse og sikrer at ting blir riktig (pasientsikkerhet)
- Varsle ved feil og hjelpe med å komme videre (pasientsikkerhet)

Det er behov for å kartlegge hva som finnes av IKT- verktøy som tilbyr prosessstøtte og innsamling av strukturerte data for ernæringsbehandling som en del av medisinsk behandling. Det bør utredes hva trengs av løsninger og hvordan man skal satse fremover.

Matvaretabellen er en nasjonal database som er lett tilgjengelig og brukes i klinisk ernæringsarbeid på ulike måter. Det er i tillegg behov for en nasjonal database med ernæringsprodukter, samt et kostberegningsprogram med tilgang til disse to nevnte databasene.

Kartlegging av hvordan ansatte jobber kan fremme utvikling av hensiktsmessige løsninger og bedre infrastruktur. Vi foreslår utviklingsprosjekt med hensikt å forbedre matkjeden i helsetjenesten. Matkjeden starter med en med anbudsrunde og vurdering av leverandører, råvarer og produkt, og ender hos pasienten. Ulik teknologi og systemer bidrar til å forenkle prosessen, sikre kvalitet og presise leveranser, men utfordringene er fremdeles store. Ernæringsrådet foreslår å initiere prosjekter med hensikt å utvikle:

- Enklere matbestilling
- Mer fleksibelt mattilbud
- En kortere responstid
- Bedre tilgang på viktig informasjon som brukerne trenger

Flere lever lenger med uhelbredelig sykdom. Flere vil trenge spesialtilpasset ernæring, spesialprodukter, tilrettelegging og oppfølging. Innovative prosjekter som forenkler, fornyer og forbedrer mat- og ernæringsarbeidet må initieres. Legemiddelindustrien har næringsdrikker og andre ernæringsprodukter som det brukes mye av i helsetjenesten. Det er behov for at deres sortiment suppleres med matvarebaserte produkter, gjerne fra andre aktører. Det er særlig stort behov for porsjonspakkette middager for ulike behov for sykehus, sykehjem og hjemmeboende (energi- og næringstett, glutenfri osv.).

Eksempler på vellykkede innovasjonsprodukt.

- 1: E+ produktene til Tine er energi og proteinrike melkebaserte produkter som Tine utviklet i samarbeid med Haukeland Universitetssykehus og Bergen kommune
- 2: Skje med innebygd stabilisator som gjør det mulig for pasienter med store skjelvinger (Parkinson) å spise suppe med skje uten å søle. (Facebook)

Det trengs et kvalitetsregister for pasienter som utredes og behandles for sykdomsrelatert underernæring. Et register til å overvåke og kvalitetssikre ernæringsbehandlingen ved å dokumentere løpende resultater i et individuelt behandlingsløp. Ved å samle opplysninger om diagnostikk, behandling og behandlingsresultat kan det måle effekt av behandlingen på følgende:

- Ernæringsstatus
- Livskvalitet
- Kliniske utfallsmål

Registeret må kunne være nasjonalt tilgjengelig for å sikre lik behandling i hele landet og må kunne kobles til relevante register for dokumentasjon og forskning.

4.2 Anbefaling

Her kommer en oversikt over anbefalte tiltak fra Ernæringsrådet til Helsedirektoratet. De foreslåtte tiltakene bør drøftes, og prioriteres av brukerne i samarbeid med en tverrfaglig sammensatt gruppe.

- Utarbeide en overordnet nasjonal ernæringsstrategi med hensikt å integrere ernæring i større grad i behandling, opplæring utdanning og forskning
- Revidere retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring
- Gjøre Kosthåndboken mer tilgjengelig
- Definere minimumsbehov for kliniske ernæringsfysiologer i primær- og sekundærhelsetjenesten
- Innføre økonomiske virkemidler som gir helsetjenesten muligheten til å skaffe tilstrekkelig ernæringskompetanse slik at klinisk ernæringsfysiolog er tilgjengelig for alle kommuner
- Innføre ernæring som obligatorisk innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet
- Innføre nasjonale kvalitetsindikatorer innen ernæring for å monitorere om praksisen i tråd med eksisterende retningslinjer, veiledere og lovverk
- Kartlegge hvorvidt pasientens opplæringsbehov er innfridd
- Kartlegge hva som finnes av IKT-løsninger og utrede behovet for nye verktøy og beslutningsstøtte
- Satse på forskning og innovasjon innen mat og klinisk ernæring

5 Kilder

1. National Institute on Aging, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. Why Population Aging Matters A Global Perspective. 2007.
2. Tangvik RJ, Tell GS, Guttormsen AB, Eisman JA, Henriksen A, Nilsen RM, et al. Nutritional risk profile in a university hospital population. Clin Nutr. 2015;34(4):705-11.
3. Eide HK, Saltyte Benth J, Sortland K, Halvorsen K, Almendingen K. Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling. J Nutr Sci. 2015;4:e18.
4. Mowe M, Bohmer T, Kindt E. Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. Am J Clin Nutr. 1994;59(2):317-24.
5. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. Clin Nutr. 2010;29(2):151-3.
6. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010;39(4):412-23.
7. Muscaritoli M, Anker SD, Argiles J, Aversa Z, Bauer JM, Biolo G, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". Clin Nutr. 2010;29(2):154-9.
8. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr. 2015;34(3):335-40.

9. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2009.
10. Tangvik RJ, Tell GS, Eisman JA, Guttormsen AB, Henriksen A, Nilsen RM, et al. The nutritional strategy: four questions predict morbidity, mortality and health care costs. Clin Nutr. 2014;33(4):634-41.
11. Helsedirektoratet. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. 2012.
12. Stratton RJ. Elucidating effective ways to identify and treat malnutrition. Proc Nutr Soc. 2005;64(3):305-11.
13. Thorne F, Baldwin C. Multimodal interventions including nutrition in the prevention and management of disease-related malnutrition in adults: a systematic review of randomised control trials. Clin Nutr. 2014;33(3):375-84.
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). 2001.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). 2012.
16. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). 2001.
17. Elisabeth I Karlsen KSA LT, Wenche Barth Eide og Per O Iversen. A Human Rights-Based Approach to Challenges and Opportunities in the Process of Fulfilling Nursing Home Residents' Right to Adequate Food. Nordic Journal of Human Rights. 2013;13(3):401-26.
18. Departementene. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Oppskrift for et sunnere kosthold. 2007.
19. underernæring Nkfs. Ernæringsstrategier ved norske sykehus/helseforetak. Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sykdomsrelatert-underernering-nksu>.
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument. 2013.
21. IS-2336 Hr. Forprosjekt innen kvalitetsindikator for ernæring og legemiddelgjennomgang (primærhelsetjenesten). 2015.
22. Lovdata. Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddel-lovgivningen. 1994.

23. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr.* 2006;25(3):524-32.
24. Eide HD, Halvorsen K, Almendingen K. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *J Clin Nurs.* 2015;24(5-6):696-706.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter. 2015.
26. Helsedirektoratet. Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten 2012.
27. Ter Beek L, Vanhauwaert E, Slinde F, Orrevall Y, Henriksen C, Johansson M, et al. Unsatisfactory knowledge and use of terminology regarding malnutrition, starvation, cachexia and sarcopenia among dietitians. *Clin Nutr.* 2016;35(6):1450-6.
28. Helsedirektoratet. Årsrapport 2015. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. 2016.
29. Elia, M. on behalf of the Malnutrition Action Group of BAPEN and the National Institute for Health Research Southampton Biomedical Research Centre. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (short version). A report on the cost of disease-related malnutrition in England and a budget impact analysis of implementing the NICE clinical guidelines/ quality standard on nutritional support in adults. 2015.
30. Medisin D. Fikk ned reinnleggelsene for kolspasienter 2016. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/16/fikk-ned-reinnleggelser-for-kols-med-opptil-40-prosent/>.
31. Leistra E, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Visser M, van der Hout A, Langius JA, Kruizenga HM. Systematic screening for undernutrition in hospitals: predictive factors for success. *Clin Nutr.* 2014;33(3):495-501.
32. Elia M, Normand C, Norman K, Laviano A. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr.* 2016;35(2):370-80.
33. Europe. ECCo. Europe Co. Council of Europe. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition 2002. Available from: http://lis.tees.ac.uk/campus/food_and_nutritional_care_in_hospitals.pdf.

Vedlegg

Vedlegg 1: Nasjonale faglige retningslinjer

Oppsummering

Dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses og behandlingstilbud.

- Spesialisthelsetjenesten: Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg
- Primærhelsetjenesten: Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg
- Fastlegen: skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke osv.) regelmessig

Individrettede tiltak ved forebygging og behandling av underernæring:

- Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak
- Tiltak bør vurderes i prioritert rekkefølge. Ha alltid fokus på spisesituasjon og godt spisemiljø. Skjerm måltidet i den grad det er mulig
- Faglige, etiske og juridiske aspekter må ivaretas ved beslutninger om og type Ernæringsbehandling

Forutsetninger og prinsipper

- Helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten
- Oppfølging av ernæringsstatus er en del av behandlingsansvaret

- Ledelsesforankring og en definert ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandlingen
- Dokumentasjon om ernæringsstatus og -behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasienten/bruker overføres til et annet omsorgsledd
- Helseforetakene og kommunene skal bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig opplæring om ernæring

Vedlegg 2: Offentlige dokumenter som omhandler ernæring

1985: Retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner

1987: Strategi/tiltak for å forebygge underernæring blant pasienter

1993: Stortingsmelding nr. 37 Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid

1995: Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner

2006: Når matinntaket blir for lite. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet

2007: Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan fra departementene

2008: Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen

2009: Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

2012: Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten

2012: Kosthåndboken, veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

2012: Melding til Stortinget nr.10 God kvalitet- trygge tjenester

2013: Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet

2015: Melding til Stortinget nr.19 Folkehelsemeldingen

Vedlegg 3: SWOT-analyser

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
STYRKER		
1: Forankring		
<ul style="list-style-type: none"> • Ernæring er allerede integrert i noen pasientforløp • Ernæring er noe integrert i helsefremmende tiltak • Har evidens 		<ul style="list-style-type: none"> • God forankring i leiinga og Helse Bergen sine retningslinjer for ernæringsbehandling • God forankring i nasjonale regelverk og Kosthåndboken • Viktigheita av ernæring i somatisk og psykiatrisk sektor er godt dokumentert
2: Kompetanse		
<ul style="list-style-type: none"> • Screening for ernæringsmessig risiko (NRS-2002) er noe kjent • Har evner; helseforetakene er kunnskapsbedrifter med høy kompetanse • Helsearbeider har ofte høyt ernæringsfokus privat 	<ul style="list-style-type: none"> • «Ernæringskole» for ansatte i voksenavdelingene i somatikken • Ernæringsundervisning på sengepostene og LMS • Høy kompetanse innen klinisk ernæring • Noen postverter er kokkeutdannede 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukehuset har tillit til kjøkkenet, noko som gjer at det blir satsa på og får muligheit til nyskaffingar av utstyr og maskiner • Viktigheita av ernæring i somatisk og psykiatrisk sektor er godt dokumentert • Høg kompetanse i alle ledd, tverrfageleg samarbeid og system for faglig oppdatering • Høg kompetanse i eit effektivt kjøkken med gode bestillings- og leveringsrutinar er viktig føresetnad • Menyar for spesielle behov og med informasjon om allergener
3: Internt samarbeid og kommunikasjon		
	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk dokumentasjon: Etablert behandlingsplaner med ernæringsplan i DIPS • Fokus på diagnosekoding for underernæring 	<ul style="list-style-type: none"> • Sjukehuset har tillit til kjøkkenet, noko som gjer at det blir satsa på og får muligheit til nyskaffingar av utstyr og maskiner
4: Organisering/rutiner		
<ul style="list-style-type: none"> • Har aktuell diagnosekode 	<ul style="list-style-type: none"> • Satsing på bedre mattilbud: «Kjøkkenløftet» 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablert ansvar og rutinar for screening • Bestillingsrutinar er gode • God tilgjengelegheit for servering av mat heile døgnet • Matverter følgjer opp buffé/kjøkken • Aukande tilgang på Spisestover gir høy fleksibilitet
5: Støtteverktøy		
<ul style="list-style-type: none"> • Har verktøy, DIPS og AIVO 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er kjøpt inn en del utstyr som vekt og blendere • AIVO elektroniske bestillingssystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablerte reiskap for å identifisere ernæringsmessig risiko (Trygg pleie)

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
6: Samhandling (ekstern)	6: Samhandling (ekstern)	6: Samhandling (ekstern)
	<ul style="list-style-type: none"> Etablerer videreføring dokumentasjon til kommunene og i kommunen 	
7: Brukerperspektiv	7: Brukerperspektiv	7: Brukerperspektiv
<ul style="list-style-type: none"> Har betydning for hvordan pasientene opplever helsetjenesten Ernæring styrker pasientene Brukerne mener sykehusene må bli bedre på kost og ernæring 	<ul style="list-style-type: none"> Kjøkkenavdelingen har kundeundersøkelser og innrapportering av KPI 	<ul style="list-style-type: none"> Pasientane sine behov er i fokus, faglig iver for å lykkes med ernæring Brukara og pårørende er gode samarbeidspartnarar Økt interesse for kosthold og ernæring blant pasientar og behandlarar Pasientar med psykiske lidingar er også opptatt av vekt, slutte å røyke, trene, dvs leve sunt
8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel	8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel	8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel
<ul style="list-style-type: none"> Hjelpemidler er billige (vekt og blendere) Ernæring på dagsorden mange steder 		
9: Holdninger, diverse	9: Holdninger, diverse	9: Holdninger, diverse
<ul style="list-style-type: none"> Kostnadseffektivt, forbedring av pasient-behandlingen rettferdiggjør tid- og ressursbruk Ernæringsstrategien sier noe om sykehusets filosofi og verdier Budskapet er etisk riktig 		<ul style="list-style-type: none"> Meir status på ernæring
SVAKHETER		
1: Forankring		
<ul style="list-style-type: none"> Mangler ledelsesforankring 	<ul style="list-style-type: none"> Lite ledelsesfokus 	<ul style="list-style-type: none"> Screening og koding er ikkje «pålagt» og blir ikkje «målt» Manglar eit overordna system med ansvarsfordeling og prosedyrar for gjennomføring på avdelingane «Strategiar er for leiarar» BK/barn har falt utanfor ernæringsstrategien/-satsinga på HUS

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
2: Kompetanse		
<ul style="list-style-type: none"> • Få kliniske ernæringsfysiologer • Mange underernærte får ikke ICD-10-kode for dette • For lite ernæring i utdanning av leger og sykepleiere • Mangler utdanning/kompetansekrav til postverter 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på personell som er autorisert i klinisk ernæring • Mange underernærte får ikke ICD-10 kode • Mangler dokumentasjon av ernæringskompetansekrav postverter • Manglende kunnskap innen ernæring i hele kjeden (matfaglig og ernæringsbehandling) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kef er ein avgrensa ressurs i klinikken • Ernæring er mangelfullt tema i grunnutdanningane til sjukepleiarar og legar • Mangelfull matfaglig kompetanse i Spisestovene (også vanskelig å rekruttere) • Mangelfull kompetanse på matbestilling på postane • Mangel på mat/ernæringskunnskap blant personalet?
<ul style="list-style-type: none"> • Kompliserte retningslinjer • Mangler retningslinjer for barn • Skriftlige dokumenter spriker • Ernæringsarbeidet er tilfeldig og ustrukturert • Mangler krav til kompetansen på de ulike nivåene i matarbeidet • Retningslinjene (2009) anbefalte flere screeningverktøy, det ble overlatt til den enkelte institusjon å velge. Det ble en barriere 	<ul style="list-style-type: none"> • Postvertene ønskes med på «Ernærings-skolen» 	<ul style="list-style-type: none"> • Interne e-læringskurs om ernærings-screening og mat hygiene er ikkje obligatorisk for alle relevante grupper • Kompetanse på sunn, førebyggjande kosthold er ikkje sikra inn i psykiatrien
3: Internt samarbeid og kommunikasjon		
<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tverrfaglig samarbeid • Samarbeidsutfordringer • Mange sykehus mangler ernæringskomite og ernæringskoordinator/kvalitetssjef-ernæring 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tverrfaglig samarbeid • Manglende samarbeid somatikk/psykiatri innen ernæring • Utilfredsstillende samarbeid postverter/pleiegruppen • Manglende informasjon om vakttilbud apotek 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklar oppgave- og ansvarsfordeling for: • Screening, formidling av resultat og igangsetting av tiltak, ernæringsarbeidet mellom lege, sjukepleiar og kef • Ernæringsfagleder på avd og ernæringskontakt på post • Ikkje optimal kommunikasjon og samarbeid mellom: • Klinikk (avdelingspersonell og kef) og kjøkken/spisestove med tanke på matbestilling og arbeidsfordeling • Kef og ernæringskontakt • Kommunikasjon utfordrande i stor personalgruppe

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
4: Organisering/rutiner		
<ul style="list-style-type: none"> • Sykehusenes kompleksitet og hierarki gjør endring vanskelig • Utydelig ansvarsfordeling • Ernæring er ikke integrert i pasientbehandlingen • Mangler systematisk og ernæringspraksis, rutiner og prosedyrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende informasjonsflyt og kompetanseoverføring internt og mellom omsorgsleddene • Ernæringsarbeidet er tilfeldig og ustrukturert • Mangler overordnet ernæringskomité og ernæringskoordinator • Ernæring ofte ikke integrert i det øvrige behandlingstilbudet/pasientforløp (ernæringsbehandling har ofte lav prioritet) • Utydelig ansvars- og oppgavefordeling • Psykiatrien: Noen postverter har også renholdsoppgaver, ikke alle avdelingene har implementert standardene i «helsefremmende fokus» 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsnettverket er mangelfullt bemanna og manglar heilt på BK og i psykiatrien • Matarbeidet på postnivå er dårlig organisert og fordelt på alt for mange personer • Ikkje etablert forum/rutine for kommunikasjon av resultat av screening og tiltak • Manglar forum for regelmessig oppfølging av ernæringsnettverk, samt møtepunkt for fagpersonale • Felles kultur / tankegang kring ernæring er ikkje innarbeida • Stor organisasjon der endringar kan ta lang tid å få til • Økonomiske nedprioriteringar (begrensing av matbestilling på post, teknisk utstyr og upraktisk plassering av buffear) kan føre til at mattilbodet vert dårlegare • Mattilbodet er ikkje marknadsført nok til at avdelingar kjenner det • Kjøkkenet opplever det utfordrande å få kontinuitet i tilbodet pga. vanskar med levering av store volum råvarer/matvarer • Manglende registrering av pasientanes matinntak
5: Støtteverktøy		
	<ul style="list-style-type: none"> • Trenger flere stå-veker og stolveker • Trenger stavmiksere til postene • Trenger flere convection-ovner på kjøkkenene 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende intranettsider og screeningsverktøy for barn og psykiatri • Ernæringsinformasjon på Intranett ikkje godt nok kjent
6: Samhandling (ekstern)		
	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende informasjonsflyt og kompetanseoverføring internt og mellom omsorgsleddene 	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandling med kommunane ikkje optimal • Dårlig dokumentasjon om ernæringsstatus- og behandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta
7: Brukerperspektiv		
<ul style="list-style-type: none"> • Pasientene er for lite involvert i behandlingen • Pasientene vet ikke hva de kan forvente 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende pasientmedvirkning 	<ul style="list-style-type: none"> • Mattilbodet er ikkje tilpassa barn og deira foreldre på sjukehus, også med tanke på spisemiljøet og fleksibilitet • Psykiatrien treng fleksibilitet og lett tilgjengelig nøkkelrådsrost

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/etterspørsel		
<ul style="list-style-type: none"> • Mangler utstyr for å veie akutt syke • Kjøkkendriften er langt fra pasientene • Menyene er ikke næringsberegnet • Mangler kvalitetssikring kvalitetsindikator i klinisk ernæring 	<ul style="list-style-type: none"> • Lav kapasitet for ernæringsbehandling • Kjøkkendriften langt fra pasienten • De fleste postverter jobber kun dagtid • Mangler kvalitetssikring, rutiner og prosedyrer-dokumenter som finnes er ikke samlet og fremstår heterogene • Ikke alle pasienter blir per i dag ernæringscreenet, spesielt i psykiatrien og i Kvinne- og barneavdeling • Mangler kvalitetsindikator for ernæringsbehandling • Mattilbudet: Menyene er ikke næringsberegnete, ikke alltid faste oppskrifter 	
9: Holdninger, diverse		
<ul style="list-style-type: none"> • Utfordringene er usynlige når avvik ikke blir meldt • Utsatt for sparetiltak og kutt • Matarbeidet på sykehuset er i utakt med «tiden» • Aksept for at pasienter sulter • Aksept for at rutiner ikke er gode nok • Mangler innsikt om kunnskapsmangel • Lavstatus • Utbredt vent-og-se-holdning 	<ul style="list-style-type: none"> • Lav prioritering og manglende etterspørsel av ernæringsrelaterte data fra legene – «vent å se» -holdning 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsmessig risiko og ernæringsbehandling blir ikke alltid tatt på alvor (t.d. bruk av eigenvurdering framfor systematisk screening) • Ernæringsbehandling ikke prioritert • Manglende registrering av pasientar sitt matinntak
MULIGHETER		
1: Forankring		
<ul style="list-style-type: none"> • Har politisk fokus • Tydelig oppdrag fra HOD • Har retningslinjer m/veileder 		<ul style="list-style-type: none"> • Auka fokus på screening og tiltak

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
2: Kompetanse		
<ul style="list-style-type: none"> • Definere kvalifikasjoner innenfor de 3 nivåene (sertifisering?) • Flere KEFer og andre med ernæringskompetanse • Hever kunnskapen og bevisstgjøringen • Prosedyrer er under utarbeidelse 		<ul style="list-style-type: none"> • Meir kompetanse kan føre til meir bruk av spesialkostar og enteral ernæring i stadedet for intravenøs ernæring • Meir ernæring i grunnutdanningane • Kompetansen til matverter kan nyttas betre til å lage «det lille ekstra» for pasientane • Utnytte etablerte arenaer til internundervisning om ernæringsrelaterte problemstillingar, eksempelvis: • Ferdighetssenteret: eksempelvis trene på bruk av sonde, beriking, screening, konsistens etc. • Internundervisning og 10-min-opplæring: Kunnskap om mat og ernæring, f.eks. holdningar til mat, screening • Seminar og fagdagar på tvers i sjukehuset • Etablere oversikt over kurstilbod, eksempelvis eit årshjul med oversikt over opplæring i ernæring (tilsvarende personalavdelinga), kan bidra til betre kompetanseheving • Gjør gode forbilde synlige, vise de som får det til, f.eks. Kreftavdelinga • Einingane kan tilsette meir ernæringsfaglig fagkompetanse
3: Internt samarbeid og kommunikasjon		
<ul style="list-style-type: none"> • Inkludere retningslinjer for barn i eksisterende retningslinjer 		<ul style="list-style-type: none"> • Opprette forum for tverrfaglig samarbeid mellom kjøkken og avd. • Betre kommunikasjon kan • Synleggjere kjøkkenet sitt utval og KEF-tenesta sitt tilbod • Betre rutinar for screening og oppfølging av resultat av screening • Ernæring er en naturlig del av tavlemøte

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
4: Organisering/rutiner		
<ul style="list-style-type: none"> • Store forskjeller mellom HF'ene • Kan bidra til å redusere liggetid og komplikasjoner • Fremmer restitusjon • I tråd med «god pasientbehandling» 		<ul style="list-style-type: none"> • Betre organisering kan bidra til at: • Matbestillinga blir enklare og matleveransen meir presis • Rutinane som bidrar til at pasienten får rett mat til rett tid vert kvalitetssikra • Oppgåveskildringar og ansvarsfordeling for matbestilling og -levering vert tydeligare. • Ernæringsbehandling på post kan betrast ved å: • Ha eit forutsigbart tilbod om kef på post • At kef er ein del av den klinisk kvardagen (sikrar betre dialog) • Ha kef som ein del av eit «Ambulerande team» • Innsatsstyrt finansiering (ISF) gir nye muligheiter: • Kef kan ta inn pasientar frå primærhelsetenesta som andre spesialister • Gir muligheit for å auke kef-stillingar • Vidareutvikla spisestovekonseptet • Spisestove i alle etasjar og i nybygg • Kokk ved alle buffear • Enkle og tydelige bestillingsrutinar • System som sikrar oversikt over pasientane som skal ha mat • Utsifting/oppgradering av teknisk utstyr som ikkje fungerer optimalt • Frivillighetssentralen kan ha roller som spiseselskap og eventuelt hjelpe til rundt måltida • Meir matfaglig personell ute i klinikken
5: Støtteverktøy	5: Støtteverktøy	5: Støtteverktøy
		<ul style="list-style-type: none"> • Betre rutinar kan gi muligheit for å følgje opp pasientar med særskilte behov, eksempelvis eldre og dei som ikkje klarer å gi uttrykk for ønskjer og behov, og pasientar med hyppige og lengre sjukehusopphald • Utvikle støtteverktøy for å regne næringsinntak og gjennomføre kostregistreringar • Gjere elektroniske vekstkurver tilgjengelig for interessentar og optimalisere bruk av MEONA/DIPS og Trygg pleie

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
6: Samhandling (ekstern)	6: Samhandling (ekstern)	6: Samhandling (ekstern)
		<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at informasjon blir overført i overgang mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta • Pasientane kan i mange tilfelle bli screena før dei kjem til sjukehuset. Informasjonen kan formidlast • God kommunikasjon og samhandling med primærhelsetenesta/ fastlegen er viktig • Pasientane må komme best mulig utrusta til sjukehuset (levevanar) • Trygg pleie resultat må vidareformidlast i epikrisane • Ernæringsstilbod i kommunen som kan følgje opp pasientar etter utskriving • Bruke eksisterande arenaer (ernæringskompetanse i treningsarenaene) • Samarbeid med pasientforeiningar, som Kreftforeningen og Forening for hjertesyke barn • Pedagogisk mattilbod: Det ein serverer på posten kan være eksempel på det sunne
7: Brukerperspektiv	7: Brukerperspektiv	7: Brukerperspektiv
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorere og dokumentere at pasientene får nok 		<ul style="list-style-type: none"> • Lærings- og mestringssenteret ønsker større tilgang til kef og matfaglig kompetanse • Gi foreldre innsyn i barnas journal for å kunne følgje opp tiltak • Utvikla eit betre tilbod til barn, eigen barnemeny. • Økt mulighet for ønskekost
8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel	8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel	8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel
<ul style="list-style-type: none"> • Utviklingsmuligheter/stort forbedringspotensiale • IKT: videreutvikle metoder for innsamling og bruk av ernæringsparameter 		

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
9: Holdninger, diverse	9: Holdninger, diverse	9: Holdninger, diverse
<ul style="list-style-type: none"> • Synliggjøre ernæringsarbeidets 3 nivåer som er viktig for hvordan helsetjenesten griper an dette • God helseøkonomi; sterkere fokus vil trolig medføre reduserte utgifter • Helsefremmende; sterkere fokus vil fremme god helse • Har vært neglisjert, enkle tiltak kan gi stor effekt • Fornye og forenkle retningslinjene • Hever statusen • Revidere Kosthåndboken • Innovasjon og forskning kan gi gode resultat 		
TRUSLER		
1: Forankring		
		<ul style="list-style-type: none"> • Mange strategiar på sjukehuset • Dårlig kjennskap til kva kvar enkelt aktør er pålagt i forhold til ernæringsstrategien • Ernæring har lav status og det kan være lite fokus på mat. Vert prioritert • Strengt regelverk innanfor tilverking av mat minskar moglegheita for fleksibilitet og involvering av brukarane
2: Kompetanse		
<ul style="list-style-type: none"> • Konkurrerende ressursbruk; heller IKT/teknologi enn mat • Konkurrerende stillinger; heller kirurger enn kokker • Konkurrerende aktivitet; heller medisiner enn mat • Begrenset kapasitet på KEFer • Kostøkonomutdanningen lagt ned • Mangler kompetanse i kommunene • Begrenset utdanning for KEFer 		<ul style="list-style-type: none"> • For lange e-læringskurs • Ulike meininger for kva som er greitt og ikkje med tanke på mat blant personalet • Legen set diagnosekode innan ernæring utifrå ei skjønsmessig vurdering og ikkje ved hjelp av validerte metodar (pre- og postoperativt vektta) • Dersom evidensen ikkje er sterk nok, eller at miljøa «ikkje trur på det» må ein ha fagfolk med for å få ernæringsarbeidet inn i daglig rutine på post • Vanskelig å rekruttere nøkkelpersonell innan matarbeidet
3: Internt samarbeid og kommunikasjon		
<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig informasjonsflyt internt 		<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon mellom sjukepleier og klinisk ernæringsfysiolog når ikkje alltid legen. • Lite tilgang til klinisk ernæringsfysiolog

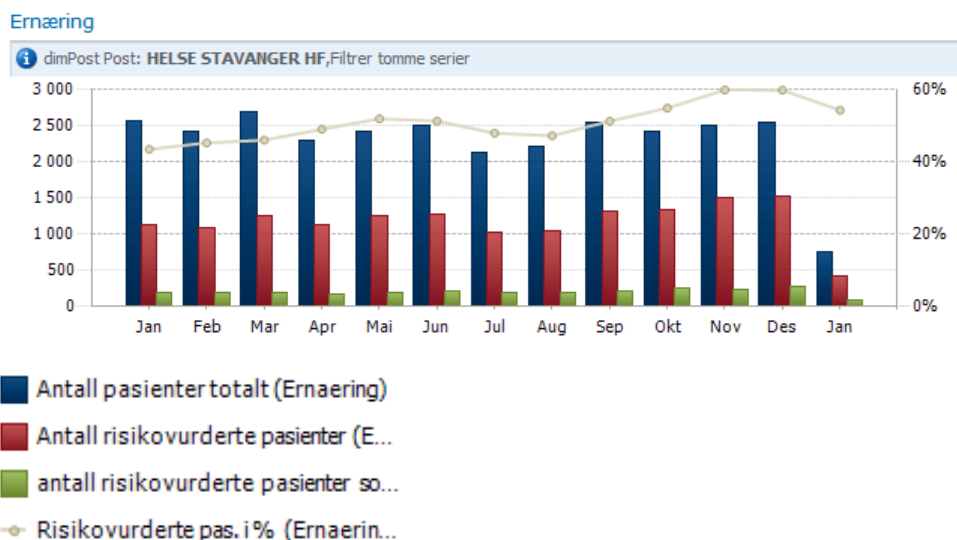
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
4: Organisering/rutiner		
<ul style="list-style-type: none"> • Mattilbud legges ut på anbud 		<ul style="list-style-type: none"> • Mange som arbeider med mat (bestilling, servering, ryddar bort) • Svært travelt på sengepost med mange prosjekt. Dersom screening ikkje er rutine vert det ikkje prioritert • Pasientane er kort tid på sjukehuset, og ein del vert først screena kort tid før utreise • Lange fasteperiodar før operasjon og undersøkingar kan førekoma • Opne og lukka postar har ulike utfordringar. Til dømes avgrensar lukka post aktivitet og pasient blir avhengig av det som blir servert. Pasientane har fleire freistingar tilgjengelig ved opne postar • Det kan være mangel på interesse for å få ernæring meir i system, og innspel utanfrå tas negativt i mot • Kliniske ernæringsfysiologar kan bli gløymt/ikkje inkludert i arbeid på tilhøyrande postar. Saknar engasjement, interesse og informasjon • Dårlig vedlikehald av buffé på post og utstyr • Dårlig plass i spisestover medfører at ikkje alle får tilbod om å eta der under måltidene • Mattilbodet på sjukehuset må forholde seg til marknadsprisar og –utvikling, samt ta omsyn til økonomi (prisbildet og innsparingar) • Det er ikkje helsepersonell i Spisestovene
5: Støtteverktøy	5: Støtteverktøy	5: Støtteverktøy
<ul style="list-style-type: none"> • IKT-utviklingen går seint 		
6: Samhandling (ekstern)	6: Samhandling (ekstern)	6: Samhandling (ekstern)
<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig informasjonsflyt mellom sykehus og kommune 		

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS	HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS
7: Brukerperspektiv	7: Brukerperspektiv	7: Brukerperspektiv
		<ul style="list-style-type: none"> • Alder / demens og screening • Personlegdommen til pasienten/ personalet • Eldre krev spesielt fokus sidan dei ikkje alltid dei klarer å gje uttrykk for behov og ynskjer • Dei mest sårbare gruppene kjem ikkje til Spisestovene (t.d. på grunn av trøyttheit eller sosial angst) • Stort spenn og behov i pasientgruppa (både med tanke på sjukdommar og alder) gjer det krevjande å etterkoma behovet for alle kostformer og smakspreferansar
8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel	8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel	8: Struktur/utstyr/tjenestetilbud/ etterspørsel
9: Holdninger, diverse	9: Holdninger, diverse	9: Holdninger, diverse
<ul style="list-style-type: none"> • Tradisjoner, holdninger og manglende nytenking • Lav status • Ernæringsstrategien strander i en profesjonskamp • Neglisjert av ledere, leger og sykepleiere 		

Vedlegg 4: Rapporter fra Helse Vest

Stavanger Universitetssykehus

Rapporteringen fra Trygg Pleie, her fra Stavanger Universitetssykehus (Figur 3), viser hvor stor andel av pasientene som er screenet for ernæringsmessig risiko og hvor stor andel av de screenede pasientene som er i ernæringsmessig risiko.



Figur 3 Rapport fra Styringsportalen til Helse Stavanger HF. (Blå: skal screenes, rød=screenet, grønn: pasienter med diagnose. Linjen viser hvor stor andel av de som skulle vært screenet faktisk ble screenet).

Haukeland Universitetssykehus

Rapportering fra Ernæringsregistreringen ved Helse Bergen den 19. november 2015:

- 38 av 42 aktuelle postar ved HUS, Voss, Hagavik og Nordås deltok
- 781 pasientar var innlagt på aktuelle sengepostar
- 573 (73 %) pasientar vart screena
- 98 pasientar var uaktuelle (under 18 år, døyande eller var utskrivne)
- 37 pasientar vart ikkje screena av ukjent grunn

Førekost av sjukdomsrelatert underernæring og eventuelle tiltak:

- 151 (26 %) pasientar som ble screena var i ernæringsmessig risiko
- 115 (76 %) pasientar i ernæringsmessig risiko fikk eller skulle til å få ernæringsbehandling

Diagnose:

15 % (n = 115) av alle kartlagte pasientar fylte eller kom til å fylle kriteria for ein underernæringsdiagnose (E46 eller annen)

Rapporten ble publisert på intranett i Helse Bergen HF den 24. nov 2015.

Vedlegg 5: Helse Bergens 12-punkts plan

Tabell 1 Mattilbod og service

1.1 Pasientbehandling	
Hovudmål	
1.1.0	Pasientar skal få eit velsmakande, trygt og ernæringsmessig fullgodt mattilbod
Delmål	
1.1.1	To standardkostar (Energi- og næringstett kost og Nøkkelråds kost) og eit tilpassa utval spesialkostar skal vera tilgjengeleg
1.1.2	Faste mellommåltid skal vera tilgjengelig for pasientane
1.1.3	Spesialkostar, menyar og tillaga måltider skal vera næringsberekna og innehalde opplysningar om varedeklarasjon og allergen
1.1.4	Kostar, menyar og tillaga måltider skal vera tilpassa til ulike pasientgrupper (eldre, barn/unge, ulike diagnosar, kultur og religion) og vareta valfridom og variasjon
1.1.5	Kolonialvareutvalet skal vareta variasjon, ulike behov og gje fleksibilitet i mattilbodet og det skal utarbeidast oversikter over kva matvarer som tilhøyrar ulike spesialkostar (for eksempel ved glutenfritt kosthald)
1.1.6	Matfagleg personell skal i størst mogleg grad utføra arbeid med mat, inklusivt det som føregår på postane
1.1.7	Arbeidsfordelinga mellom hovudkjøkken, kjøkkenpersonell nær post og helsepersonell post skal vera tydeleg og avklart
1.1.8	Sjukehuset skal ha eit finansieringssystem som sikrar likt mattilbod for pasientane
1.1.9	Pasientar i poliklinisk kontakt skal ha tilgang til å kjøpe mat nært til der behandling føregår
1.2 Opplæring av pasientar og pårørande	
Hovudmål	
1.2.0	Sjukehuset skal ha eit mattilbod som speglar kostanbefalingar og ernæringsbehandling gitt pasientar og pårørande
Delmål	
1.2.1	Informasjon om mattilbodet og menyane, inkludert næringsinnhald og allergimerking, skal vera tilgjengelig og gjerast kjent for pasientar og pårørande
1.2.2	Tilbod om opplæring i matlaging skal vidareutviklast for enkelte pasientgrupper og pårørande (via LMS og tilsvarande)

1.3 Utdanning og opplæring av personell	
Hovudmål	
1.3.0	Tilsette som jobbar med mattilbodet skal ha kompetanse om å ta i vare trygt og ernæringsmessig fullgodt kosthold til pasientane, og kunne rettleie om dette
Delmål	
1.3.1	Sjukehuset skal bidra i utdanninga av matfagleg personell
1.3.2	Personell som jobbar med mattilbodet skal ha dokumentert matfagleg kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar
1.4 Forsking, utvikling og innovasjon	
Hovudmål	
1.4.0	Sjukehuset skal utvikle løysningar og rutinar som forenkler, forbetrar og fornyar mattilbod og service
Delmål	
1.4.1	Innovasjon er ein alternativ framgangsmåte for å komme fram til løysingar når ein ser manglar i mattilbodet
1.4.2	Sjukehuset skal redusera overføringspunkt mellom matproduksjon og matsservering for å redusera risiko for feil
1.4.3	Sjukehuset skal ha enkle og tydelige bestillingsrutinar og elektroniske støtteverktøy som sikrar rett mat til rett pasient

Tabell 2 Matomsorg

2.1 Pasientbehandling	
Hovudmål	
2.1.0	Pasientar skal få ein kost tilpassa individuelle behov og eit tilrettelagt matmiljø
Delmål	
2.1.1	Pasientane sine individuelle kostbehov (måltidsrytme, behov for spesialkost og nødvendig hjelp til å ete) skal verta kartlagt og sytt for
2.1.2	Måltidene skal vera servert på ein innbydande måte og porsjonen skal vera tilpassa den enkelte
2.1.3	Pasientane sine planar for dagen skal inkludera regelmessige måltid og hindra unødig lang nattfaste og unødig faste i samband med planlagde inngrep og behandling
2.1.4	Pasientane skal få ete i ro og fred i eit reint og trivelig måltidsmiljø
2.1.5	Postane skal ha rutinar for matsservering og oppfølging i måltida med tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling
2.2 Opplæring av pasientar og pårørande	
Hovudmål	
2.2.0	Kost servert på sjukehuset, samt rammer for måltid og matmiljø skal ha ein positiv læringseffekt for pasientar og pårørande
Delmål	
2.2.1	Pasientar og pårørande skal få nødvendig opplæring og rettleiing til å kunne vareta eigen matomsorg (for eksempel hjelp til å ete, tilpassing av eteustyr mm.)
2.2.2	Det skal vera tilgjengelig informasjon for pasientar og pårørande om viktighet av og praktisk informasjon om korleis vareta eiga matomsorg
2.2.3	Sjukehuset vil vurdere å bruka frivillige frå Frivilligkorpset som selskap for pasientane under måltida
2.3 Utdanning og opplæring av personell	
Hovudmål	
2.3.0	Personell skal få opplæring i og ha kompetanse om korleis legge til rette for at pasientane får eit individuelt tilpassa kosthald i eit tilrettelagt matmiljø, og kunne rettleie om dette
Delmål	
2.3.1	Sjukehuset skal bidra med opplæring i utdanning av dei yrkesgruppene som skal jobbe med matomsorg
2.3.2	Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behovet for kompetanse innan matomsorg til relevante grunn- og vidareutdanningar
2.3.3	Personell som jobbar med matomsorg skal ha dokumentert kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar
2.3.4	Matomsorg skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter, ernæringsfagdagar og i faglige fora

2.4 Forsking, utvikling og innovasjon	
Hovudmål	
2.4.0	Bidra aktivt til forskning, utvikling og innovasjon samt ta i bruk løysningar og rutinar som forenklar og forbetrar matomsorg
Delmål	
2.4.1	Sjukehuset skal vurdere innovasjon som alternativ framgangsmåte for å komme fram til løysingar for å kunne vareta pasientane sine behov

Tabell 3 Ernæringsbehandling

3.1 Pasientbehandling	
Hovudmål	
3.1.0	Pasienten skal utgreiast for å avdekka behov for ernæringsbehandling og sjukehuset skal gje eventuelle tiltak og oppfølging
Delmål	
3.1.1	Inneliggjande pasientar skal etter faste rutiner vurderast for ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingsspåført overvekt og inkluderast i pasientforløpsprosjekt og pre-pol-prosjekt
3.1.2	Prioriterte grupper polikliniske pasientar og dagpasientar skal vurderast for ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingsspåført overvekt
3.1.3	Pasientar som ein finn å vera i ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingsspåført overvekt skal ha ernæringsbehandling/ernæringsplan
3.1.4	Sjukehuset ska ha tydelige ansvars- og oppgåvefordelingar kring igangsetjing og oppfølging av ernæringsbehandling forankra i egne EK-prosedyrar
3.1.5	Ernæringsstatus og ernæringsbehandling skal dokumenterast og eventuelt kodast og vidareformidlast til neste behandlingsledd
3.2 Opplæring av pasientar og pårørande	
Hovudmål	
3.2.0	Pasient/pårørande skal i størst mogleg grad vera informert og involvert i eigen ernæringsbehandling
Delmål	
3.2.1	Sjukehuset skal ha tilgjengelig informasjonsmateriell og opplæringstilbod om kostråd ved ulike diagnosar/behandlingar for pasient/pårørande
3.2.2	Pasient/pårørande eller omsorgspersonale frå institusjon skal få opplæring til gjennomføring av ernæringsbehandling når denne held fram etter utskriving

3.3 Utdanning og opplæring av personell	
Hovudmål	
3.3.0	Helsepersonell skal få opplæring i og ha kompetanse om å avdekka, initiere og følge opp ernæringsbehandling, og kunne rettleie om dette
Delmål	
3.3.1	Sjukehuset skal bidra til opplæring om ernæringsbehandling i utdanninga av helsepersonell
3.3.2	Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behov til kompetanse om ernæringsbehandling i relevante grunn- og vidareutdanningar
3.3.3	Helsepersonell skal få nødvendig opplæring i mat- og ernæringsarbeidet
3.3.4	Personell som jobbar med ernæringsbehandling skal ha dokumentert kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar
3.3.5	Ernæringsbehandling skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter og på større møter/seminar (eksempelvis fredagsmøter, ernæringsfagdagar)
3.4 Forsking, utvikling og innovasjon	
Hovudmål	
3.4.0	Bidra aktivt til forskning, utvikling og innovasjon samt ta i bruk og evaluere løysningar som forenklar og forbetrar ernæringsbehandling
Delmål	
3.4.1	Sjukehuset skal gjennomføra tverrfaglige forskingsprosjekt og vurdere innovasjon som framgangsmåte med mål om å betra ernæringsbehandlinga
3.4.2	Sjukehuset skal ha oversikt over førekomst av ernæringsrelaterte problemstillingar og ev. ernæringstiltak som skal nyttast til evaluering og kvalitetssikring
3.4.3	Retningslinjer og prosedyrar for ernæringsbehandling skal etablerast på føretaksnivå og ein skal aktivt delta i arbeidet med å lage tilhøyrande nasjonale fagprosedyrar

Vedlegg 6: Fagbrev Matservicearbeider

Forslag til læreplan for vg3 utarbeidet av Aril Løvås.
VG3 opplæring i bedrift, 2+2 modell med utgangspunkt
i Restaurant- og Matfag og et kryssløp fra Helsefag.

PROGRAMOMRÅDE FOR MATSERVICEFAGET - LÆREPLAN I FELLES PROGRAMFAG VG3

Fastsatt som forskrift av Utdanningsdirektoratet 5. februar 2008 etter delegasjon i brev av 26. september 2005 fra Utdannings- og forskningsdepartementet med hjemmel i lov av 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova) § 3-4 første ledd.

UTKAST per 1.oktober 2012

Formål

Programområdet for Matservicefaget skal legge grunnlaget for fagkompetanse innen mottak, sluttilberedning, anretning og servering av mat på kantiner, post-, avdelings-, og mottakskjøkken. Programområdet skal bidra til å styrke kompetansen i mattrygghet, kostholdsinformasjon og å yte god service til sine gjester og brukere.

Opplæringen skal bidra til servering av trygge og sunne måltider med vekt på matglede, sensorikk og estetikk. Videre skal opplæringen legge vekt på sammenhenger mellom matens næringsinnhold, ressursutnyttelse, økonomi, kosthold og helse. Opplæringen skal videre bidra til profesjonell informasjon og veiledning om et helhetlig sunt kosthold. All behandling av næringsmidler skal ha et kvalitetsstyringssystem basert på fareanalyse og kritiske kontrollpunkter. Opplæringen skal også bidra til å utvikle evne til service, samarbeid og kommunikasjon.

Opplæringen skal være praksisnær, tverrfaglig, og bidra til helhetlig bransjeforståelse. Det skal legges vekt på planlegging, gjennomføring, dokumentering og vurdering i tråd med gjeldende regelverk.

Fullført og bestått opplæring fører fram til fagbrev i matservice. Yrkestittel er Matservicearbeider.

Struktur

Programområdet for faget består av fire programfag. Programfagene utfyller hverandre og må ses i sammenheng.

Oversikt over programfagene:

Årstrinn	Programfag			
Vg3	Kosthold, mat og servering	Kommunikasjon og service	Hygiene og kvalitetsstyring	Yrkesutøvelse

Beskrivelse av programfagene

Kosthold, mat og servering

Faget handler om individuelt tilpasset informasjon og veiledning om kostholdets betydning for egen helse. Faget handler videre om kvalitetsvurdering, oppbevaring og behandling av råvarer og hel- og halvfabrikater. Faget omhandler også slutttilberedning og servering av måltider ut fra økonomi, ernæring og sensoriske og estetiske krav.

Kommunikasjon og service

Faget handler om service, kommunikasjon og profesjonell gjestebehandling. Videre dekker faget etisk refleksjon og konflikthåndtering med vekt på samhandling med kollegaer, samarbeidspartnere og tilsynsmyndigheter. Tilrettelagt servering med vekt på matglede står sentralt.

Hygiene og kvalitetsstyring

Faget handler om mattrygghet i alle ledd fra varemottak, lagring og bearbeiding til anretning og servering av måltider. Det omfatter også relevant regelverk og kvalitetsstyringssystemer med vekt på næringsmiddelhygiene og personlig hygiene.

Yrkesutøvelse

Faget handler om å motta, anrette, tilby og servere mat til ulike måltider og ulike brukere på en profesjonell måte. Det omfatter videre etikk, helse, miljø og sikkerhet, og håndtering av relevant regelverk.

Timetall

Timetall er oppgitt i enheter på 60 minutter (totalt 981 årstimer).

Vg3

Kosthold, mat og servering: 232 årstimer
Kommunikasjon og service: 137 årstimer
Hygiene og kvalitetsstyring 139 årstimer
Yrkesutøvelse 417 årstimer

(I tillegg kommer fellesfaget kroppsøving - vg3 - med 56 årstimer)

Grunnleggende ferdigheter

Grunnleggende ferdigheter er integrert i kompetansemålene der de bidrar til utvikling av og er en del av fagkompetansen. I Matservicefaget forstås grunnleggende ferdigheter slik:

Å kunne uttrykke seg skriftlig og muntlig i faget innebærer å kunne arbeide med presentasjoner og rapporter, informere og veilede om det som tilbys av mat og drikke, og å gi og motta informasjon.

Å kunne lese i faget innebærer å nyttiggjøre seg faglig informasjon, sette seg inn i gjeldende regelverk, prosedyrer og instruksjoner, og å forstå oppskrifter, varedeklarasjoner.

Å kunne regne i faget innebærer å kunne gjennomføre kjøp og salg, gjøre enkel prisberegning og kontrollere omsetning. Det innebærer også å kunne gjøre beregninger av mengder, porsjoner og svinn.

Å kunne bruke digitale verktøy i faget innebærer å bruke relevant programvare i forbindelse med næringsberegning, varebestilling og logistikk.

Kompetansemål

Etter Vg3

Kosthold, mat og servering

Mål for opplæringen er at eleven skal kunne

- Kvalitetsvurdering av ferske råvarer, hel- og halvfabrikater og ferdige produkter
- klargjøre, dele opp og foreta porsjonsberegning av råvarer og ferdigmat
- bruke tilberednings- og oppbevaringsmåter som ivaretar kvalitet, næringsinnhold, ernæring, ressursutnyttelse og økonomi
- gjøre rede for menyens sammensetning og tilberedningsmetoder
- gjøre rede for mattilbud for hverdagskost og ulike former for spesialkost
- informere om spesialkostens betydning ved forebygging og behandling av kostrelaterte sykdommer
- informere om kostholdets betydning for god helse og for samfunnet
- gjøre rede for eventuell intoleranse og allergiske reaksjoner på grunn av mat og drikke
- vurdere næringsinnholdet i råvarer og ferdige retter ut fra brukerens behov
- dekke og dekorere bord til ulike høytider og anledninger
- tilberede og anrette brødmåltider
- emballere mat for intern servering
- sluttilberede og produsere enkle retter etter oppskrift
- drøfte sammenhenger mellom mattilbud og ernæring, kosthold og helse
- anrette, tilby og servere måltider for enkeltpersoner og grupper med spesielle behov

Kommunikasjon og service

Mål for opplæringen er at eleven skal kunne

- drøfte kjennetegn på profesjonell gjestebehandling
- yte service til brukere
- kommunisere og samhandle med brukere, kollegaer og andre fagpersoner
- drøfte fagarbeiderens rolle i det tverrfaglige samarbeidet
- håndtere klager i samsvar med regelverket
- gjøre rede for tilsynsmyndigheters oppgaver og virkeområder i bedriften
- veilede brukere om kosthold i ulike livssituasjoner og behov

Hygiene og kvalitetsstyring

Mål for opplæringen er at eleven skal kunne

- praktisere god personlig hygiene og næringsmiddelhygiene i henhold til gjeldende regelverk og kvalitetsstyringssystemer
- utføre arbeidet i tråd med gjeldende regelverk og kvalitetsstyringssystemer for varemottak, oppbevaring av varer, anretning og servering av mat og drikke
- gjøre rede for produktmerking og matvaretrygghet etter gjeldende regelverk
- vaske opp og utføre annet renhold og renholdskontroller i henhold til gjeldende regelverk
- håndtere avfall i tråd med gjeldende regelverk
- følge rutiner for forebygging og bekjempelse av insekter og andre skadedyr

Yrkesutøvelse

Mål for opplæringen er at eleven skal kunne

- planlegge, gjennomføre, vurdere og dokumentere eget arbeid
- følge krav til bekledning med tanke på hygiene, helse, miljø og sikkerhet
- kontrollere og rydde på plass varer etter aktuelle lagersystem og gjeldende regler for oppbevaring
- registrere og utlevere varer, dokumentere forbruk og gjøre varebestilling
- anrette, tilby og servere kalde og varme retter til ulike måltider
- anrette og tilby måltider til ulike brukere
- anrette, tilby og servere spesialkost og retter tilpasset brukere med ulike behov (ulike kulturer)
- følge gjeldende regelverk for helse, miljø og sikkerhet
- utføre arbeidet i tråd med ergonomiske prinsipper
- følge relevant regelverk for oppbevaring, anretning og servering av mat og drikke
- yte profesjonell service og gjestebehandling
- drøfte etiske verdier og normer knyttet til faget
- bruke relevant digitalt verktøy i arbeidet