

# Ernæringsstrategi Helse Nord-Trøndelag HF

Perioden 2020-2030

---



Mattilbud



Matomsorg



Medisinsk  
Ernæring

## **Sammendrag**

Ernæringsstrategien skal sikre gjennomgående kvalitet i ernæringsarbeidet i Helse Nord-Trøndelag (HNT) gjennom pasientsikkerhet, ansvarsfordeling og kompetanseutvikling.

Fremtidens helseutfordringer er knyttet til økt levealder og en økning i livsstilsrelaterte sykdommer. Økt fokus på ernæring i form av nasjonale retningslinjer og anbefalinger skal gi både helsemessig og samfunnsøkonomisk gevinst.

Dette medfører også interne krav til økning i andel pasienter som vurderes for ernæringsmessig risiko og iverksettelse av oppfølgingstiltak som skal kommuniseres mellom omsorgsledd internt og eksternt. Ernæringsprosedyrer og pasientopplæring skal i større grad samordnes.

Kortere liggetid gjør at oppfølging oftere skjer i gruppetilbud og ved polikliniske konsultasjoner.

Mat er en naturlig del av den medisinske behandlingen og en menneskerett.

Teknologiske begrensninger medfører store utfordringer i samhandlingen mellom ulike omsorgsledd – mye vil trolig løses med innføring av Helseplattformen i HNT, som er forventet i løpet av 2022.

Aktiv samhandling med pasienter og pårørende stiller større krav til at kompetanse og informasjon som gis er evidensbasert.

Ansvar for implementering og utvikling av satsningsområder i ernæringsarbeidet skal ligge på ledelsesnivå. Allerede eksisterende ressurser vil samordnes bedre ved at det dannes nye nettverk – disse funksjonene vil styrke samarbeidet rundt ernæring som fagfelt i HNT. Fremtidens Ernæringsutvalg skal organiseres under kvalitetssjef med egne koordinatore for Ernæringsutvalget.

Det foregår mange fruktbare ernæringsrelaterte prosjekter i HNT i dag, men disse må i større grad samordnes. Dette kan vi løse ved opprettelse av en ernæringsportal lett tilgjengelig for alle i HNT.

## Prosesskart for Ernæringsstrategi i HNT



### Forkortelser

HNT – Helse Nord-Trøndelag

HMN – Helse Midt-Norge RHF (regionalt helseforetak)

Kef – Klinisk ernæringsfysiolog

FL – Foretaksledelsen

KOLS – Kronisk obstruktiv lungesykdom

EQS – Extend Quality System

LMS – Lærings og mestringssenter

KMI – Kroppsmasseindeks

nD – NutritionDay

SVU – Senter for virksomhetsstøtte og utvikling

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>7</b>
1.1 Visjon.....	8
1.2 Verdier.....	8
1.3 Mål.....	8
1.4 Hovedmål.....	8
1.5 Delmål.....	8
<b>2. UTFORDRINGSBILDE.....</b>	<b>9</b>
2.1 Eksterne faktorer.....	9
2.1.1 Myndighetskrav.....	9
2.1.2 En aldrende befolkning.....	10
2.1.3 Underernæring, overvekt og annen feilernæring.....	10
2.1.4 Psykisk helse.....	11
2.1.5 Stort fokus på ernæring i samfunnet.....	11
2.1.6 Bærekraftighet.....	11
2.2 Interne faktorer.....	11
2.2.1 Pasientopplæring.....	11
2.2.2 Kvalitet og dokumentasjon.....	12
2.2.3 Samhandling.....	12
2.2.4 Teknologiske fremskritt.....	13
2.2.5 Pasientmedvirkning.....	13
<b>3. MÅLOMRÅDER.....</b>	<b>14</b>
Roller, organisering og ansvar.....	14
Kompetanse og bemanning.....	15
Pasientbehandling, forløp og samhandling.....	16
Forskning, innovasjon og teknologi.....	17
Kommunikasjonsplan.....	18
Ressursbehov.....	18
<b>4 STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER.....</b>	<b>19</b>
<b>5 REFERANSER.....</b>	<b>20</b>
<b>6 VEDLEGG.....</b>	<b>22</b>
Vedlegg 1. Roller, mandat og oppgaver for ernæringsstrategiarbeidet.....	22
Vedlegg 2: Strategiske satsningsområder.....	24

Vedlegg 3: Flytskjema for utredning og behandling av underernæring. ....	28
Vedlegg 4: Mandat for Ernæringsråd i Helse Nord-Trøndelag (2013, revidert 2018).....	29
Vedlegg 5: Kartlegging av ernæringsprosessen i sykehuset (høst 2017) .....	33
Vedlegg 6: Status for ernæringsprosedyrer i HNT.....	34

## **Figuroversikt**

**Figur 1.** Ernæringsutfordringer i Helse Nord-Trøndelag

**Figur 2.** Roller i ernæringsarbeidet i Helse Nord-Trøndelag

**Figur 3.** Pasientforløp etter utskrivelse fra sykehuset

## **Vedlegg:**

**Vedlegg 1.** Roller, mandat og oppgaver for ernæringsstrategiarbeidet

**Vedlegg 2.** Strategiske satsningsområder

**Vedlegg 3.** Flytskjema for utredning og behandling av underernæring.

**Vedlegg 4.** Mandat for Ernæringsråd i Helse Nord-Trøndelag (2013, revidert 2018)

**Vedlegg 5.** Kartlegging av ernæringsprosessen i sykehuset (høst 2017)

**Vedlegg 6.** Status for ernæringsprosedyrer i HNT

**Medlemmer i Ernæringsutvalget per 2019:**

Siren Nymo, klinisk ernæringsfysiolog fedmepoliklinikken

Christian Grünewald, overlege kirurgisk avdeling

Annbjørn Johansen, overlege medisinsk avdeling

Bent Andre Kümmel, avdelingsleder kjøkken

Rune Sandø, brukerrepresentant

Brit Thorsen, spesialsykepleier ernæring kirurgisk avdeling

Ingvild Thun, klinisk ernæringsfysiolog fedmepoliklinikken

Liv Marit Berre, farmasøyt sykehusapoteket

Elin Haugskott, ass. avdelingssykepleier kirurgisk avdeling

Monica Skjeflo, sykepleier barneavdelingen

Ingvild Eggen, sykepleier regionalt senter for spiseforstyrrelser

Astrid Barli, kreftsykepleier medisinsk avdeling

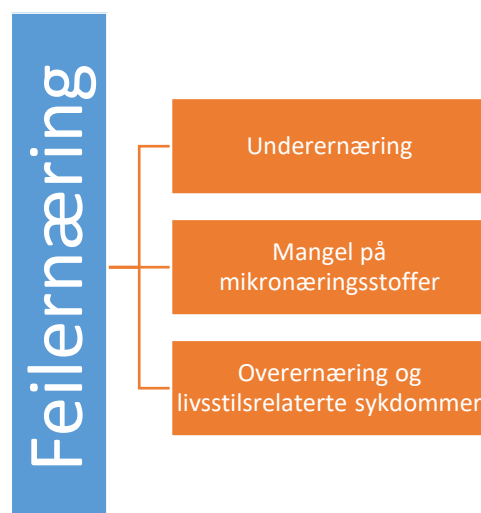
Katrine Kjenstadbakk Brede, klinisk ernæringsfysiolog fysikalsk medisin

## 1. INNLEDNING

Samfunnsutviklingen med økt levealder og økning i kronisk sykdom vil medføre økt antall pasienter i årene som kommer. Gode pasientforløp der ernæring er en naturlig del av behandlingen, vil gi raskere rekonvalesens, redusert risiko for komplikasjoner og sannsynligvis redusert antall reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2018b). For å oppnå dette trenger HNT økt kompetanse innen ernæring, oppdaterte prosedyrer på området og utvikling av teknologiske verktøy for å understøtte ernæringsarbeidet. Dette ikke bare internt i HNT, men også eksternt med samarbeidende instanser i blant annet kommunehelsetjenesten. Ernæringsstrategien skal sikre kvalitet i ernæringsarbeidet for alle faggrupper og skal sikre rett mat til rett pasient til rett tid (figur 1). Paradoksal nok har en fjerdedel av alle voksne fedme (Midthjell et al., 2013) og ca. 30% av de som blir innlagt på sykehus er underernærte (Nasjonalt råd for ernæring, 2017; Tangvik et al., 2015). Samtidig vil noen av pasientene være både overvektige og feilernært.

Arbeidet skal favne bredt fra mattilbud og service, matomsorg og pleie til den enkelte pasients medisinske ernæringsbehandling.

God ernæringspraksis fordrer ledelsesforankring og tverrfaglighet med kvalitetssikring og kompetanse i alle ledd, tydelig ansvars- og oppgavefordeling, god samhandling og et tjenestetilbud som ivaretar «Best practice» og pasientenes individuelle behov.



**Figur 1.** Ernæringsutfordringer i sykehus

## 1.1 Visjon

Mat er medisin

## 1.2 Verdier

- **R**espekt for pasientens ulike ernæringsbehov
- **K**valitet i ernæringsarbeidet
- **T**rygghet i alle ledd, fra jord til bord
- **B**ærekraftighet, for en mer rettferdig verden

## 1.3 Mål

Ernæringsutvalget skal utarbeide en overordnet ernæringsstrategi og handlingsplan for HNT, som utvalget skal implementere og koordinere videre. Dette skal bidra til å sikre gjennomgående kvalitet i ernæringsarbeidet som utføres i foretaket.

## 1.4 Hovedmål

Forebygge og behandle feilernæring, som underernæring, mangel på mikronæringsstoffer, overernæring og livsstilssykdommer hos pasienter i HNT.

## 1.5 Delmål

Skal sikre:

- **A**nsvarsfordeling
- **K**ompetanseutvikling, opplæring og forskning
- **P**asientsikkerhet



## 2. UTFORDRINGSBILDE

De største utfordringene for helsetjenesten fremover vil være knyttet til endringen i befolknings- og sykdomsutvikling. Det forventes økt andel eldre og vekst i livsstilsrelaterte sykdommer i kommende år (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Kostholdet har stor betydning innen forebygging av sykdom og for å fremme god helse og livskvalitet.

### 2.1 Eksterne faktorer

#### 2.1.1 Myndighetskrav

Det er økt fokus på ernæring i samfunnet og helsevesenet, og myndighetene har utviklet retningslinjer for å gjøre ernæringsarbeidet i sistnevnte mer effektivt med målrettede anbefalinger (Fossland H, 2013; Helsedirektoratet, 2009, 2012b; Nord-Trøndelag.). Helsedirektoratet har oppnevnt en arbeidsgruppe som skal jobbe med å utvikle og oppdatere disse retningslinjene. Nasjonalt råd for ernæring er et fagråd oppnevnt av Helsedirektoratet for å arbeide med ernæring på et nasjonalt plan og skal styrke myndighetenes fagrolle ved å gi kunnskapsbaserte råd i arbeidet med kosthold, ernæring og helse i befolkningen og i helsetjenesten.

Det er også opprettet et Nasjonalt Kompetansesenter for Sykdomsrelatert Underernæring som skal samle, utvikle og spre kunnskap om dette temaet i helsetjenesten. Kosthold og ernæring er en viktig del av behandling og oppfølging av pasienter etter akutt og kronisk sykdom. Redusert ernæringsstatus som følge av sykdom og/eller behandling er assosiert med økt sykkelighet, redusert livskvalitet og lengre opphold på sykehus eller andre institusjoner. Tilpasset kosthold og ernærings tiltak kan forbedre matinntaket og ernæringsstatusen til de pasientene dette gjelder.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» skal i tråd med Verdens Helseorganisasjon (WHO) definere pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenesteytelser eller mangler på sådanne (WHO, 2019). «I trygge hender 24/7» har 16 innsatsområder; «Forebygging av underernæring» er ett av disse, og har som mål å forebygge og behandle underernæring som følge av sykdom og/eller behandling (Helsedirektoratet, 2018b). Dette skal gjøres gjennom følgende tiltaksområder: risikovurdering, individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring og videreføre informasjon på en systematisk måte. Dette for å redusere behovet for sykehusinnleggelses som følge av ernæringssvikt, noe som vil gi helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet (Helsedirektoratet, 2018b).

### 2.1.2 En aldrende befolkning

Økt antall eldre i populasjonen øker behovet for ernæringsoppfølging i kommunen. Mat og ernæring er en viktig faktor for å bevare helse og selvstendighet lengst mulig.

De eldste aldersgruppene vokser mest og forventes å ha det største behovet for helsetjenester, hvor veksten for alvor kommer i perioden 2022 til 2035. Innbyggere over 80 år har det høyeste forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester, mens for psykisk helsevern og rusbehandling har forbruket vært høyest i yngre aldersgrupper (Sykehusbygg, 2017). Spesielt sterk vil veksten være blant de aller eldste, og i små distriktskommuner. Mange av de eldre pasientene vil ha kroniske og sammensatte tilstander. Det forventes et særlig økende behov for tilbud til pasienter med hjerte- og karsykdom, demens, alderspsykiatriske tilstander og kreft.

### 2.1.3 Underernæring, overvekt og annen feilernæring

Underernæring, overvekt og annen feilernæring er utbredt blant pasienter på sykehus, og forekommer ved en rekke sykdommer. Pasienters ernæringsstatus forverres ofte i løpet av sykehusoppholdet. Det er forventet en økning i forekomst av livsstilssykdommer og andre kroniske sykdommer, dels som følge av høy andel overvekt og fedme, som er en betydelig risikofaktor. I Norge er det hjerte- og karsykdommer, kreft og luftveissykdommer som tar flest liv (Folkehelseinstituttet, 2014).

Dårlig ernæringsstatus gir økt risiko for infeksjoner og antibiotikaresistens gjør at selv mindre alvorlige tilstander kan bli livstruende. Dermed er det enda viktigere med optimal ernæringsstatus som bidrar til å styrke pasientens eget immunforsvar.

Selv om over halvparten av alle voksne i Norge er overvektige, er underernæring paradoksalt nok svært vanlig i norske sykehus (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Hver tredje pasient i sykehus og 45 % av eldre pasienter > 70 år er i ernæringsmessig risiko (Tangvik et al., 2015) (Eide, Saltyte Benth, Sortland, Halvorsen, & Almendingen, 2015). En studie på akuttinnlagte KOLS-pasienter ved Sykehuset Levanger viste at 38% var undervektige ved innleggelse og under den non-invasive behandlingen ble den ernæringsmessige risikoen forverret (Østerås, 2011).

Underernærte pasienter krever mer ressurser, da tilstanden øker risiko for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forsinker rekonvalesens og gir økt dødelighet. En underernært pasient har opptil tre ganger så lang liggetid som en velernært pasient, dette fordi de har økte energi- og proteinbehov ved oppbygning, restitusjon og sårheling (Helsedirektoratet, 2010).

#### 2.1.4 Psykisk helse

Psykisk helse er et satsningsområde grunnet økning i psykiske helseutfordringer. Forventet levealder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er 15–20 år kortere sammenlignet med befolkningen for øvrig. Overdødeligheten skyldes i stor grad somatiske sykdommer og mange av sykdommene kommer av uheldige levevaner. Psykisk helse, rusproblemer og somatisk helse henger tett sammen og bør behandles under ett, derfor skal det tilrettelegges for gode levevaner og forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer også i disse forløpene (Helsedirektoratet, 2018c).

#### 2.1.5 Stort fokus på ernæring i samfunnet

Befolkningen er i økende grad interessert i ernæring og vil etterspørre dette som en del av den medisinske behandlingen. Evidensbasert kunnskap om mat og ernæring kan bli overskygget i all informasjon som gis gjennom populistiske artikler og markedsføring. Det er utfordrende for pasienten, pårørende og helsepersonell å vite hva som er riktig.

#### 2.1.6 Bærekraftighet

FNs bærekraftsmål er verdens felles plan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikheter og stoppe klimaendring. Spesialisthelsetjenesten og ernæringsarbeidet i sær skal bidra til å understøtte synergien mellom en bærekraftig samfunnsutvikling <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal> og ernæring og helse. Selv om folkehelsen generelt i Norge er god, så er det betydelige sosioøkonomiske forskjeller i forventet levealder (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette gjelder for de aller fleste sykdommene, skader og plager, og i levevaner og levekår. Innsatser for å redusere sosial ulikhet i helse er derfor viktig, noe som krever helhetstenkning og sammensatte løsninger (Helsedirektoratet, 2018a).

Fokus på bærekraftighet er et viktig bidrag til opprettholdelse av god folkehelse og for å holde helsekostnadene nede (Helsedirektoratet, 2018a).

## 2.2 Interne faktorer

#### 2.2.1 Pasientopplæring

HNT skal ifølge «Strategisk utviklingsplan 2035» tilby tilrettelagt opplæring til pasienter og pårørende som har behov for rett informasjon om ernæringsdiagnose, undervisning og/eller

veiledning, der spesialister fra flere fagfelt er involverte i opplæringstilbudet. I opplæring av pasienter og pårørende, herunder lærings- og mestringstilbud, skal det legges til rette for at personer med kronisk sykdom og langvarige helseutfordringer (barn, unge, voksne og pårørende), får utvidet innsikt i egen situasjon og blir styrket i mestring av egen hverdag.

### 2.2.2 Kvalitet og dokumentasjon

EQS (Extend Quality System) er HNTs elektroniske kvalitetssystem; et nettbasert fagverktøy for kvalitetsstyring. Her er verktøy for å finne blant annet prosedyrer, sjekklister, pasientforløp, organisasjonskart, kompetanse- og opplæringsplaner, samt registrere avviksmeldinger. Alle ernæringsprosedyrer som er utviklet i HNT er altså å finne her. Kartleggingsarbeid i 2017 viste et stort behov for revisjonsarbeid og opprettelse av felles prosedyrer innen ernæring (vedlegg 6).

I følge nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal alle pasienter i spesialisthelsetjenesten vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig (Helsedirektoratet, 2009). Kartlegging av ernæringscreening i HNT viser at ved Levanger screenes ca. 80% av pasientene i medisinsk avdeling og 30% av pasientene i kirurgisk avdeling. På Namsos screenes 80% på kirurgisk avdeling. Sammenlagt anslås det at gjennomsnittlig halvparten av pasientene i HNT screenes for ernæringsmessig risiko. Screening skal følges opp i pasientens journal, men kartlegginger i klinikkene i HNT viser at dette ikke skjer i stor nok grad.

### 2.2.3 Samhandling

Pasienter med kroniske sykdommer har stort behov for oppfølging, både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt: «Spesialisthelsetjenesten skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver (jf § 6.3)». Samhandling og kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helsetjenesten er nødvendig for at pasienten/brukeren skal få oppfølging når han/hun flytter fra ett nivå til ett annet (sykehus/sykehjem/frisklivssentral og hjem). Dokumentasjonen skal følge med pasienten ved utskrivelse fra institusjon for å sikre kontinuitet i behandlingen. Personer som viser seg å være i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Denne dokumentasjonen skal følge pasienten på tvers av ansvarsnivåene i helsesektoren, uavhengig av omsorgsledd.

#### **2.2.4 Teknologiske fremskritt**

Teknologiske fremskritt vil gi nye og mer effektive måter å nå, behandle og følge opp pasienter på. Elektroniske verktøy som kostregistering via applikasjon for inneliggende og polikliniske pasienter, samt tilgang til verktøy som måler kroppsmassesammensetning er noen.

Helseplattformen vil gi nye muligheter for integrering av verktøy på en mer systematisk måte. Dagens kommunikasjonssystemer mellom helseledd er hindre for toveiskommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, fordi man kun kan sende informasjon om tiltak rundt pasientens ernæringsmessige tilstand fra sykehus til kommune og ikke motsatt. Dette er svært lite hensiktsmessig og man håper Helseplattformen vil kunne fjerne slike kommunikasjonsutfordringer.

#### **2.2.5 Pasientmedvirkning**

Myndighetene anbefaler aktiv samhandling med pasient og pårørende i ernæringsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Det skal bli gitt nødvendig informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak, slik at pasienten selv kan medvirke i planleggingen av mat, måltider og ernæringsbehandling i den grad det er mulig. Opplæring av pasient og pårørende skjer individuelt og i grupper. Det er flere barrierer for god ernæringspraksis i sykehuset; blant annet manglende pasientmedvirkning og helsepersonell med manglende kunnskap om mat og ernæring for aktuelle pasientgrupper (Martins & Norsett-Carr, 2017).

### 3. MÅLOMRÅDER

#### Roller, organisering og ansvar

For å sikre rett mat/ernæringsprodukt til rett pasient til rett tid, må ansvars- og oppgavefordelingen for ernæringsarbeidet i HNT tydeliggjøres og defineres, og de ulike rollene avklares.



**Figur 2.** Roller i ernæringsarbeidet i Helse Nord-Trøndelag

FL: Foretaksledelsen.

Implementering av nye rutiner er alltid utfordrende, ikke minst å sørge for varig endring. For å gjøre implementeringen enklere er det viktig å definere ansvaret for ernæringsarbeidet (figur 2 og vedlegg 1). Dette kan gjøres ved å tildele noen roller som ressursperson og matkontakt slik at gode ernæringsrutiner blir igangsatt og holdt vedlike på avdelingene.

Administrerende direktør og Foretaksledelsen har ansvar for ernæringsstrategien i HNT, men delegerer gjennomføringen til avdelingsledere. God ernæringspraksis innebærer å bevisstgjøre, ansvarliggjøre og dyktiggjøre organisasjonen slik at den enkelte medarbeider kjenner målene, sitt bidrag til å nå målene og har den riktige kompetansen til å utføre sine oppgaver.

Implementering av ernæringsstrategien må sikres ved at satsningsområder og handlingsplanen forankres på alle ledelsesnivåer.

Ernæringsutvalgets oppgave er å implementere og koordinere Ernæringsstrategien, bidra til å utforme foretakets ernæringspolitikk, evaluere virksomhetens mattilbud, kvalitetssikre ernæringsarbeidet og være et rådgivende organ for foretaksledelsen under kvalitetssjef. Ernæringsutvalget skal ledes av en sykepleier og en klinisk ernæringsfysiolog oppnevnt av kvalitetssjef i 25 % stilling hver. Det anbefales å etablere et ernæringsnettverk på avdelings- og sengepostnivå.

I tillegg anbefales det at HNT skal ha en klinisk ernæringsfysiolog som fagsjef innen ernæring på overordnet nivå som skal betjene hele foretaket og bidra til å heve status til ernæringsarbeidet i HNT.

### Kompetanse og bemanning

Kompetansen innen ernæring hos personell med pasientkontakt skal kartlegges og kvalitetssikres. Behandlings- og tjenestetilbudet innen klinisk ernæring skal styrkes. HNT har fagpersoner med høy kompetanse innen klinisk ernæring, men denne kompetansen må økes blant alle. Det bør utarbeides et e-læringsverktøy innen «god ernæringspraksis» for screening, vurdering, implementering av tiltak og reevaluering. Ledelsen har ansvar for at tilgjengelige e-læringsmoduler blir gjennomført via krav i kompetanseportal/læringsportal.

Det er nødvendig å øke samarbeidet innad i HF for å bedre effekt av ernæringsarbeidet. For å få til dette er det behov for ernæringsansvarlig på hver avdeling. Dette er personell som finnes allerede i dag, men flere slike verv bør tildeles og organiseres i et nettverk (ressurspersoner ernæring). Helsefagarbeidere er også en ressurs på avdelingene som kan benyttes i ernæringsarbeidet og få mer ansvar for tilrettelegging i matsituasjonen. Det er derfor behov for opprettelse av to nettverk for ernæring; et for «ressurspersoner ernæring» og et for «matkontakter».

For å oppnå «god ernæringspraksis» i hele foretaket, skal mattilbud, matomsorg og ernæringsbehandling kvalitetssikres gjennom standardiserte retningslinjer og prosedyrer, og ernæring skal integreres i relevante pasientforløp (vedlegg 3).

Helsemyndighetene har utarbeidet anbefalinger for antall kef, med 1 kef per 10000 innbyggere og 1,5 per 100 voksen- og 1,5 per 30 barnesenger i sykehus (Helsedirektoratet, 2012a). HNT har 291 voksensenger på Levanger og 124 på Namsos, mens det er 11 senger for barn på

Levanger sykehus. Det er behov for flere årsverk for kef, blant annet for å møte behovet for ernæringsbehandling til pasienter, utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter, kvalitetssikring av ernæringsarbeidet, samhandlingsoppgaver og ernæringsmessig vurdering av sykehusmaten.

### Pasientbehandling, forløp og samhandling

For å sikre samsvar mellom HNT sine tjenester og pasientens faktiske behov innen mattilbud, matomsorg og ernæringsbehandling, skal kapasitet og ressursbehov kartlegges og tilpasses. Det skal settes aktuelle diagnose- og prosedyrekoder. Riktig bruk av ernæringsdiagnoser er en måte å dokumentere aktivitet på, og skal gi et riktig bilde av den helsehjelpen pasienten har fått.

«God ernæringspraksis» må integreres i alle relevante pasientforløp. Bruk av verktøy må optimaliseres for å forebygge underernæring og fange opp endring i ernæringsstatus.

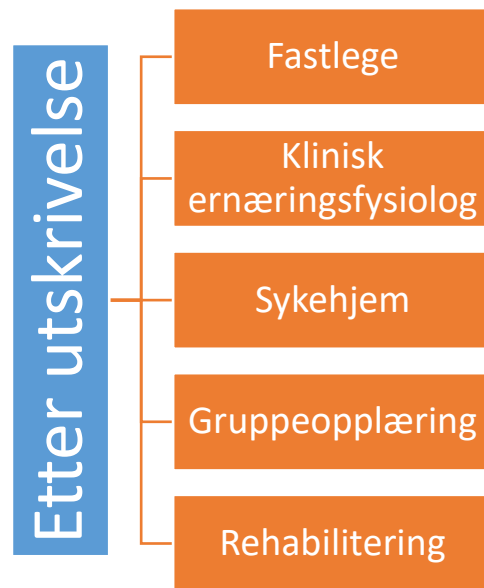
«I Trygge hender 24/7» beskriver hvordan forebygging og behandling av underernæring skal ivaretas gjennom ulike tiltakspakker (Helsedirektoratet, 2018b).

Kortere liggetid medfører mer behandling og oppfølging i poliklinisk virksomhet og pasientrelaterte kurs. Dette krever samhandling og tverrfaglighet. Informasjon om pasientens ernæringsbehov videreføres mellom omsorgsleddene internt og eksternt via elektroniske systemer.

Matomsorg og ernæringsbehandling skal være en integrert del av det øvrige pleie- og behandlingstilbudet ved innleggelse, under behandling og ved utskrivelse fra sykehuset og i aktiv samhandling med pasient og pårørende.

For å bedre samhandling om ernæring er det også nødvendig med et nettverk mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Ernæringsarbeid skjer både i og utenfor HNT og har betydning både i forebygging og behandling av sykdom (figur 3) (Det kongelig Helse og omsorgsdepartement, 2012; Det kongelige Helse og omsorgsdepartement, 2008).





**Figur 3.** Pasientforløp etter utskrivelse fra sykehuset

### Forskning, innovasjon og teknologi

Utviklingskraften styrkes ved at medarbeidere i foretaket bidrar med ny forskning og innovasjon som en del av daglig praksis. Kliniske forskningsspørsmål og praktiske forbedringer oppstår i stor grad i den kliniske hverdagen og har betydning for utvikling av god klinisk praksis. Derfor skal medarbeiderne gis mulighet til selv å drive innovasjon og forskning, og bidra til kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet.

En «Ernæringsportal» hvor prosedyrer, dokumenter, retningslinjer og prosjekter med frister er samlet vil bidra til å gjøre HNTs ernæringsarbeid mer oversiktlig og helhetlig.

Utvikling, oppdatering, høring og godkjenning av prosedyrer må være et samarbeidsprosjekt mellom fagutviklingssykepleiere, kef og ansvarlig fagsjef som godkjennende instans. Det må derfor utarbeides en standardisert prosess for dette arbeidet gjennom et prosjekt der man i samarbeid utvikler og implementerer nye rutiner rundt ernæringsprosedyrer i HNT.

Informasjon om mattilbudet er per i dag vanskelig tilgjengelig, både fordi oppskrifter og retter ikke er fullstendig næringsberegnet og at kommunikasjon mellom pasient og kjøkken er papirbasert. MATerVITALT-appen er under utarbeiding og vil bli et viktig verktøy i vurdering av pasientens matinntak. Tydeligere informasjon om mattilbud og innhold i matbestilling vil kunne bidra til redusert matsvinn og dermed et mer bærekraftig mattilbud. Nutshell er et Software som er nødvendig for MATerVITALT og automatiserer planlegging, produksjon og servering av måltider. HNT har per i dag ikke Nutshell, men er planlagt implementert.

Det er også nødvendig med kvalitetssikring av mattilbudet for at alle pasientene skal få et likeverdig mattilbud uavhengig av avdeling og sykdom. Derfor er det nødvendig med et kvalitetssikringsprosjekt av menyer og måltidsrytme i HNT.

NutritionDay <https://www.nutritionday.org/en/30-languages/languages.html> er verdens største prevalensstudie innen klinisk ernæring, og gjennomføres i 63 land, 7000 sykehus og databasen omfatter 222500 pasienter (2017). HNT bør bli en del av denne studien som kan sette ernæringsarbeidet vårt i en internasjonalt sammenheng.

### Kommunikasjonsplan

Kommunikasjonsplanen skal ha som mål å øke fokus og status for ernæringsarbeidet i HNT.

Delmål er å øke antall kommunikasjonssaker som fremmer ernæringsarbeidet med 5 publiserte saker i 2020. Dette kan gjøres i samspill mellom ressurspersoner i organisasjonen, gjerne med fagressurser internt og eksternt, og i form av nyhetsoppslag og kronikker.

1. Nyhetsoppslag på innblikk og i regionale aviser når ernæringsstrategien er godkjent i foretaksledelsen
2. Oppslag om roller og ansvar
3. Oppslag om kvalitet og dokumentasjon
4. Oppslag på Facebook

### Ressursbehov

Følgende ressurser er nødvendige for å gjennomføre Ernæringsstrategien i HNT i tråd med mandatet gitt av foretaksledelsen i 2013, revidert i 2018 (vedlegg 4), og HNTs satsningsområder for bedre pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenesteytelser eller mangler på slike (REF pasientsikkerhetsprogrammet):

- 50 % stilling fordelt på to koordinatører (sykepleier og kef) som skal lede arbeidet i Ernæringsutvalget og utarbeidelse av handlingsplan
- Tildeling av verv som ressurspersoner ernæring og matkontakter
- Det anbefales å opprette en stilling for kef i kjøkken på Sykehuset Levanger, da kef-ressursen her er bare 1,5 stilling som betjener alle avdelinger (voksne og barn) og har dermed ikke kapasitet til annet ernæringsarbeid (utsettes og tas inn som en del av handlingsplan)
- Utarbeidelse av e-læringsmodeller er svært kostbart; ca 350000 NOK per modul (Vurderes utifra *regionale behov* og muligheter i helseplattformen).

- Opprettelse av en Ernæringsportal (organisatorisk)
- På lengre sikt anbefales det opprettelse av en stilling som fagsjef ernæring

#### **4 STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER 2020-2030**

Basert på foretakets utfordringsbilde, og for å nå det overordnede målet for ernæringsarbeidet i HNT, er det valgt ut følgende strategiske satsningsområder (vedlegg 2).

- ✚ En tilhørende handlingsplan skal utarbeides og beskrive mer i detaljert hvordan denne strategien skal gjennomføres.
- ✚ HNT skal sikre kvalitet i matservice, matomsorg og ernæringsbehandling gjennom å:
  - Avklare roller, organisering og ansvar
  - Styrke kompetanse og bemanning, utvikle retningslinjer og prosedyrer samt integrere ernæring i relevante pasientforløp
  - Styrke pasientbehandling, forløp og samhandling, informasjonsflyt og kompetanseoverføring mellom omsorgsleddene internt og eksternt
  - Øke forskning, innovasjon og teknologi for å kartlegge og tilpasse kapasitet og tjenestetilbud etter pasientens behov

## 5 REFERANSER

- Det kongelig Helse og omsorgsdepartement. (2012). *Folkehelsemeldingen God helse felles ansvar*.
- Det kongelige Helse og omsorgsdepartement. (2008). *Sanhandlingsreformen - rett behandling på rett sted - til rett tid*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Eide, H. K., Saltyte Benth, J., Sortland, K., Halvorsen, K., & Almendingen, K. (2015). Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling. *J Nutr Sci*, 4, e18. doi:10.1017/jns.2015.8
- Folkehelseinstituttet. (2014). Global handlingsplan for forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer. Indikatorer for utviklingen i Norge. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2014/global-handlingsplan-for-forebyggin/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helestilstanden i Norge 2018*. Retrieved from
- Fossland H, S. S., Johansen A og Nymo S,. (2013). Mandat for Ernæringsråd i Helse Nord-Trøndelag,.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Lov om Pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av* Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/> /attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-2012).
- Helsedirektoratet. (2012b). *Kosthåndboka - veileder i ernæringsarbeid i helse - og omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/> /attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutviklingutvikling*.
- Helsedirektoratet. (2018b). *I trygge hender 24-7*. Retrieved from <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helsedirektoratet. (2018c). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#pakkeforlop-og-pasientinformasjon>

- Martins, C., & Norsett-Carr, A. (2017). Obesity Knowledge among Final-Year Medical Students in Norway. *Obes Facts*, 10(6), 545-558. doi:10.1159/000481351
- Midthjell, K., Lee, C. M., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., . . . Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clin Obes*, 3(1-2), 12-20. doi:10.1111/cob.12009
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. (IS-0611).
- Nord-Trøndelag., H. Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF - for planperioden 2018 – 2021; og framtidsutsikter mot 2035.
- Tangvik, R. J., Tell, G. S., Guttormsen, A. B., Eisman, J. A., Henriksen, A., Nilsen, R. M., & Ranhoff, A. H. (2015). Nutritional risk profile in a university hospital population. *Clin Nutr*, 34(4), 705-711. doi:10.1016/j.clnu.2014.08.001
- WHO. (2019, 16.01.2020). Patient safety. Retrieved from <https://www.who.int/patientsafety/en/>
- Østerås, H., Aasbjørg Monika og Gustad Lise T. (2011). Gir Noninvasiv ventilasjonsstøtte økt risiko for vekttap hos KOLS-pasienter akuttinnlagt i sykehus? *Sykepleien*, 2, 124-132. doi:doi: 104220/sykepleienf.2011.0102

## 6 VEDLEGG

Vedlegg 1. Roller, mandat og oppgaver for ernæringsstrategiarbeidet

	Rolle	Mandat	Oppgaver
Nivå 1	Administrerende direktør og Foretaksledelsen	Avgjørende stemme	Ta stilling til innmeldte saker Sette ernæring på dagsorden
Nivå 2	Kvalitetssjef	Overordnet faglig ansvar. Leder av Ernæringsutvalget	Informere foretaksledelsen om relevante saker
Nivå 2	Ernæringsutvalget	Prioriter og anbefaler tiltak ifht ernæringsmessige utfordringer	Lage og følge opp handlingsplaner.  Drøfte og avklare ernæringsfaglige problemstillinger
Nivå 3	Nivå 2, 3 og 4 - ledere	Implementere ernæringsstrategi på egen klinikk og seksjon/avdeling	Følge opp og legge til rette for mat – og ernæringsarbeid i klinikken og i seksjonen/avdelingen.
Seksjon/av d.nivå	Ernæringskoordinatorer	Daglig oppfølging av ernæringsstrategien. Lede arbeidsgrupper og prosjekt tilhørende ernæringsutvalget	Sekretær for Ernæringsutvalget
Seksjon/avdelingsnivå	Ressursperson ernæring (Sykepleier, lege og KEF)	Ressurspersoner i ernæringsmessige spørsmål.	Kontaktperson ved ernæringsmessige spørsmål.  Formidle informasjon om bruk av diagnosekoder for ernæringsbehandling.  Melde inn aktuelle saker og behov til ernæringskoordinator  Fronte og lede ernæringsarbeidet på seksjonen/ avdelingen.

Seksjon/avd.nivå	Matkontakt ( postvært, helsefagarbeider)	Kontaktperson mellom kjøkkenet og seksjonen/avdelingen	Bindeledd mellom sengepost og kjøkkenet  Ha gode kunnskaper om mattilbudet på kjøkkenet og om mat og berikningsprodukter.  Hjelpe til med tilberedning og servering av mat til pasientene
------------------	--	--	--

## Vedlegg 2: Strategiske satsningsområder 2020-2030

Basert på foretakets utfordringsbilde, og for å oppnå de overordnede målområdene for ernæringsarbeidet ved HF, er følgende strategiske satsningsområder valgt.

1. Forebygge og behandle underernæring
2. Diagnosespesifikk ernæringsbehandling til både inneliggende og polikliniske pasienter

<b>Roller, organisering og ansvar</b>			
Mål	Tiltak	Ansvar	Tidsplan
Øke samarbeid om ernæring innad i foretaket for bedre effekt av ernæringsarbeidet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opprette verv i to ernæringsnettverk:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressurspersoner ernæring</li> <li>- Matkontakter</li> </ul> </li> </ul>	Foretaksledelsen	2020
		Ernæringsutvalget	2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagsjef ernæring</li> </ul>	Ernæringsutvalget	2020
		Foretaksledelsen	Før 2025
Koordinering av ernæringsarbeidet	Opprettelse av to koordinatorstillinger á 25% for Ernæringsutvalget	Foretaksledelsen	2020
<b>Kompetanse og bemanning</b>			
Mål	Tiltak	Ansvar	Tidsplan
Øke kef-ressursen og den generelle ernæringskompetanse i alle ledd i mattilbudet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kef tilknyttet kjøkken 50% prosjekt</li> <li>• Kef-ressurs på Levanger for å ivareta prosjekt for bedre næringsberegning</li> <li>• Kef-ressurs i HNT i samsvar med anbefaling fra Helsedirektoratet</li> </ul>	Foretaksledelsen	2020
		Senter for intern service	
		Klinikk for medisin	2021
Felles ernæringsrelaterte prosedyrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet prosjekt for gjennomgang av prosedyrer i HNT.</li> </ul>	Klinikkledere	2022
		Ernæringsutvalget	2020

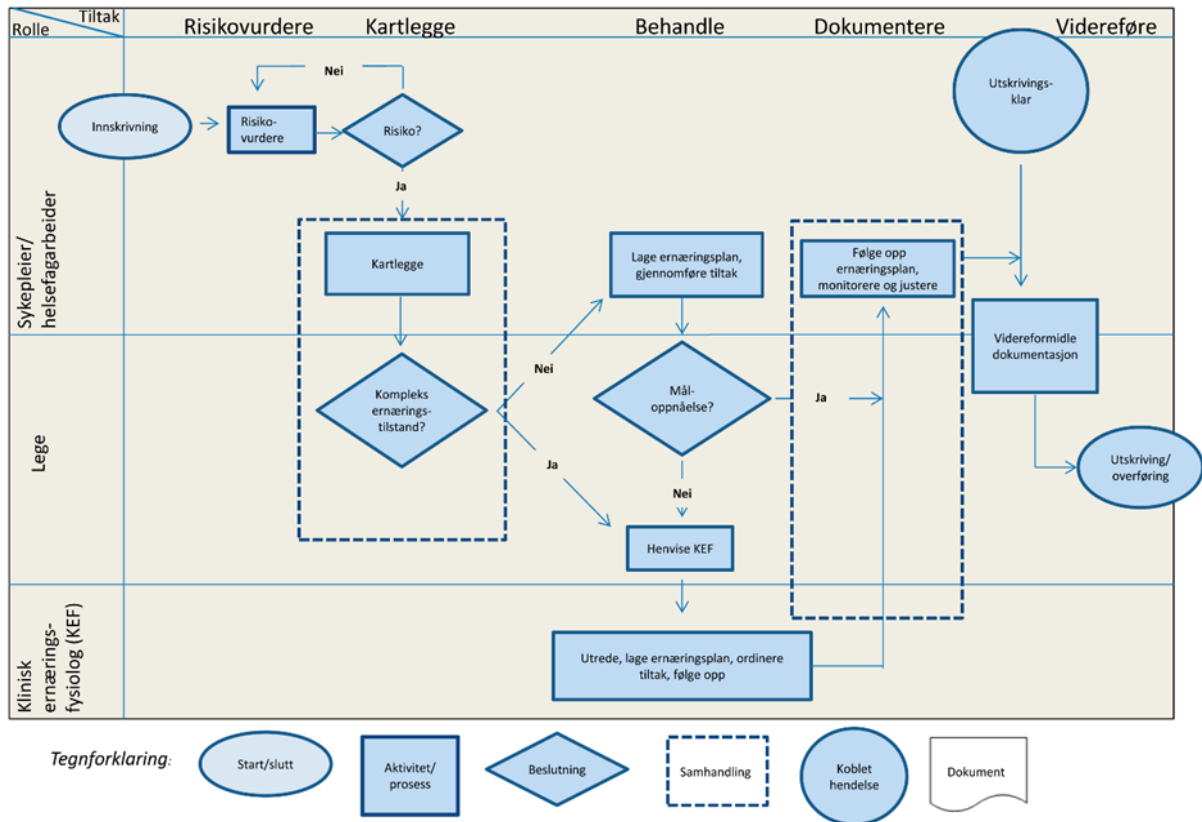


	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opprettelse av «ernæringsportal»</li> </ul>		2022
Øke ernæringskompetanse hos helsepersonell i HNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E-læring eller utvikling av film på ernæringscreening</li> <li>• E-læringssekvenser innen ernæring integreres i kompetanseportal</li> </ul>	Foretaksledelsen Ernæringsutvalget Klinikkleder og avdelingsleder Ernæringsutvalget	Juni 2021  Juni 2022
<b>Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling</b>			
Mål	Tiltak	Ansvar	Tidsplan
Forbedre rutiner rundt preoperativ faste (unngå lange perioder med fasting)	Kartlegge dagens rutiner/prosedyrer  Utarbeide nye prosedyrer	Ernæringsutvalget	2022
Riktig bruk av ernæringsdiagnoser (ICD-systemet)	1. Hente ut data for nåsituasjonen  2. Se på rutinene for kodearbeidet, hvem gjør hva  3. Informasjon/undervisning om bruk av riktig ernæringsdiagnose - integreres i ernæringsportalen	Klinikkledere og DRG-kodere	Årlig fra 2020
Forbedret estimering av pasientens næringsinntak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeidelse av nye kostlister for HNT</li> <li>• Kvalitetssikre energi og protein i energi- og næringstett kost ved beregning av oppskrifter og porsjoner</li> </ul>	Kef  Kef og avdelingsleder kjøkken	2020  2023
Redusere matsvinn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servere riktig porsjon til pasientene</li> <li>• Bedre informasjonsflyt</li> </ul>		Årlig

	ift om pasienten skal spise måltidet		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sortere matavfall</li> </ul>		
Bedre mattilbudet på avdeling/matflyt	<p>Bedre postkjøkken</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Status per 2020</li> <li>Vurdering av tiltak</li> <li>Evaluering</li> </ol>	<p>Foretaksledelsen</p> <p>Ernæringsutvalget</p> <p>Ernæringsutvalget</p>	2020
Ernæring i relevante pasientforløp	Kartlegge og sikre ernæringsoppfølging i alle relevante pasientforløp	Klinikkledere, forløpsansvarlig og kef	Kontinuerlig
Bedre pasientforløp etter utskrivelse	<p>Kartlegge og sikre ernæringsoppfølging ved</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poliklinisk behandling</li> <li>Gruppeoppfølging</li> </ul>	Ernæringsutvalget	2021
Øke samhandling med primærhelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved ernæringscore <math>\geq 3</math> skal primærhelsetjenesten få planen for god ernæringspraksis</li> <li>Gå i dialog om ernæringsplan med 2 kommuner (LE, NA) og konkretiser tiltak for forbedring</li> </ul>	<p>Ressurspersoner ernæring</p> <p>Ernæringsutvalget</p>	<p>Årlig</p> <p>2021</p>
Bedret behandlingstilbud til pasienter med særskilte ernæringsbehov	<p>Samarbeidsprosjekt mellom spesialist- og primærhelsetjeneste</p> <p>Søke regionale forskningsmidler</p>	<p>Arbeidsgruppe:</p> <p>Ernæringsutvalg og kommunehelsetjeneste</p>	Vår 2021
<b>Forskning, innovasjon og teknologi</b>			
Mål	Tiltak	Ansvar	Tidsplan
Kartlegge holdninger og kunnskap innen ernæring i HNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tverrsnittsundersøkelse blant pasienter, sykepleiere og leger</li> </ul>	<p>Ernæringsutvalget</p> <p>Ernæringsutvalget</p>	2020 november

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagelse i Nutrition Day</li> </ul>		
Bedre kommunikasjon mellom pasient og kjøkken	MATerVITALT Kommunikasjons-verktøy	Lise Gustad	2022
Bedre oversikt og samhandling i ernæringsarbeid	Ernæringsportal - Samling av prosedyrer, dokumenter, retningslinjer og prosjekter med frister i HNT	Kvalitetssjef Kef/Fagutviklere/andre	2023

Vedlegg 3: Flytskjema for utredning og behandling av underernæring.



Utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for sykehusrelatert underernæring (NKSU) ved Hanne Juul, Stavanger Universitetssykehus.

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4182?download=false&ts=16368acc412>

## Mandat for Ernæringsråd i Helse Nord-Trøndelag

- Rett mat til rett pasient til rett tid!

«Hvis vi kunne gi hver enkelt  
rett mengde næring og mosjon,  
ikke for mye og ikke for lite,  
- da ville vi ha funnet den sikreste veien til helse»

Hippokrates, 460-377 f.kr

### Bakgrunn

I foretaksledelsen den 05.03.13 ble det vedtatt å opprette et ernæringsråd på bakgrunn av at det er behov for en ledelsesforankret ernæringsstrategi. I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til helseforetakene, ble kravet om en overordnet ernæringsstrategi som understøtter at ernæring er en del av den medisinske behandlingen, forsterket (1). Helse Nord-Trøndelag (HNT) vil ved hjelp av et Ernæringsråd som et rådgivende organ for ledelsen, bidra til at ernæringsarbeidet i foretaket er i henhold til lovverket, at det er en klar ansvars- og oppgavefordeling, samt tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. I tillegg vil en ernæringsstrategi gi økonomiske besparelser på reinleggelser ved livsstilssykdommer og senkomplikasjoner som følge av disse. I tillegg besparelser ved kortere liggetid, færre fallskader og infeksjoner pga. bedret ernæringsstilstand (2). I England har man vist besparelser på 10 % av helsebudsjettet (3, 4, 5). Bare forebygging og behandling av underernæring kan gi besparelser i spesialisthelsetjenesten på 1 % av budsjettet (6).

I henhold til de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring, skal sykehusene kartlegge og følge opp ernæringsstatus hos alle pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester (2). Kosthåndboken er en videreføring av de nasjonale retningslinjene (7). Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen utdyper dette (8).

### Målsetning

Målsetningen på sikt er å forebygge utvikling av feilernæring, underernæring eller overvekt ved at ernæring blir en integrert del av behandlingen. Omlegging av levevaner, inkludert kostholdsendringer, kan bidra til å redusere risiko for utvikling av livsstilssykdommer som bl.a overvekt og senkomplikasjoner av disse, hjertekarsykdom, diabetes type II, men også underernæring og en rekke kreftformer (9).

Ernæringsrådet skal utarbeide en overordnet ernæringsstrategi for Helse Nord-Trøndelag, som rådet deretter skal jobbe med å implementere og koordinere videre. Denne skal inneholde fakta om ernæringsstilstanden i HNT, visjon, verdier, mål og delmål for pasientbehandlingen, de ulike instansenes ansvarsområder på ledelses- og avdelingsnivå, samt opplæring og forskning. Ernæringsrådet skal legge en fremdriftsplan med tidsramme for når en ernæringsstrategi for HNT skal ferdigstilles, dette rapporteres til Kvalitetssjef i Fagavdelingen. Ernæringsstrategien skal legges frem og vedtas av Hovedledelsen.

### Mandat

Det følgende er fokusområder for Ernæringsrådet. Dette vil medføre et kontinuerlig arbeid som bedrer ernæringsarbeidet i HNT.

### **1. Vurdering av pasientforløp**

- a) Kartlegge og gi en oversikt over den eksisterende ernæringsprosessen i HNT, fra henvisning til utskrivelse.
- b) De ulike instansenes ansvarsområder i ernæringsbehandlingen skal belyses.
- c) Belyse områder med forbedringspotensial og komme med konkrete forslag til tiltak basert på prioritering og en vurdering av effekt versus grad av gjennomførbarhet.

### **2. Vurdering av verktøy**

- a) Liste opp og vurder eksisterende verktøy for å kartlegge vekt, underernæring og andre ernæringsrelaterte utfordringer, til bruk i arbeidet med å bedre ernæringsforholdene i sykehuset. Herunder i hvor stor grad verktøyene benyttes av helsepersonell, brukervennlighet/brukerfeil og konsekvenser av dette.
- b) Finne tiltak for å bedre bruken av verktøyene som eksisterer.

### **3. Mattilbudet**

- a) Ansvarsfordeling og god kommunikasjon mellom avdelinger, forsynings- og senterkjøkken er essensielt. Et tilstrekkelig mattilbud krever kompetanse, samarbeid og en klar ansvarsfordeling mellom disse instansene (7).
- b) Kartlegge og gi en oversikt over eksisterende mattilbud i HNT og vurdere opp mot Helsedirektoratets retningslinjer. Det skal sikres et godt, trygt og forsvarlig mattilbud som er næringsriktig sammensatt til alle innliggende pasienter i HNT, også dem med særskilte behov.
- c) Kjøreregler for matsserveringen som sikrer et energi- og næringsinnhold som kan dekke pasientenes behov. Vurdere ulike opplæringstiltak til ansatte slik at de kan gi «rett mat til rett pasient til rett tid». Kartlegge måltidsrytme og utbredelsen av preoperativ fasteregimer og vurdere opp mot gjeldende retningslinjer.
- d) Kartlegge prosedyrer for mathygiene.

### **4. Annet ernæringsarbeid**

- a) Kartlegge annet eksisterende ernæringsarbeid i HNT (klinisk ernæringsarbeid, EQS-dokumenter med ernæringsrelatert stoff, ernæringsforskning, annet).
- b) Vurdere om det må utarbeides flere EQS-dokumenter som omhandler ernæring og som skal være gjeldende for hele HNT. Disse må være oppdaterte iht gjeldende kunnskapsnivå på feltet og kvalitetssikres.

### **5. Pasientforløp etter utskrivelse**

Ernæringsarbeid skjer både i og utenfor HNT. Ernæringsarbeid har betydning både i forebygging og behandling (10, 11).

- a) Ernæringsrådet skal legge til rette for et samarbeid med kommunene mht. å sikre god gjensidig informasjon om ernæringsstatus og behov hos pasientene.

- b) Ernæringsrådet skal også legge til rette for et godt samarbeid mht. ernæring rundt enkeltpasienter i HNT.

## **6. Kunnskapsbasert ernæring**

Godt ernæringsarbeid er avhengig av kompetanse på mange områder bla innen matproduksjon, forebyggende arbeid, kostveiledning og ernæringsbehandling. Det skal stilles krav til kvalitet og kompetanse innenfor de overnevnte felt.

- a) Ledelsen har ansvar for å organisere tverrfaglige fora for fagutvikling og systematisk kvalitetsarbeid etter forslag fra ernæringsrådet.
- b) Ernæringsrådet skal bidra med kunnskap og lederstøtte i ernæringsspørsmål for å gi retning til og understøtte det kliniske arbeidet.

## **7. Ressursbehov**

Det bør jevnlig vurderes om HNT har tilstrekkelig klinisk ernæringskompetanse til å gjennomføre ernæringsstrategien (12).

Det vil, med bakgrunn i ovennevnte utarbeid og med St.Olavs Hospitals Ernæringsstrategi 2010-2020 som utgangspunkt, utarbeides en ernæringsstrategi for Helse Nord-Trøndelag. Strategien skal synliggjøres og ernæringsrådet skal komme med råd og forslag for videre arbeidsform for impementering og gjennomføring av ernæringsstrategien.

### **Forslag til sammensetning av et ernæringsråd**

Medlemmene skal representere ulike fagfelt, klinikker og begge sykehus.

- 1-2 kliniske ernæringsfysiologer – Har spesialkompetanse innen klinisk ernæring og ernæring generelt.
- En med lederkompetanse – Denne er viktig for implementering av ernæringsstrategien, og har kjennskap til de strukturelle rammer.
- En kostøkonom – Den kjøkkenansvarlige, der har ansvaret for matkjeden.
- To sykepleiere – Står nærmest pasienten og det praktiske arbeidet på de ulike avdelingene. (medisinsk og kirurgisk klinikk)
- 2-3 leger – Har ansvaret for at ernæring er en del av den medisinske behandlingen.
- En bruker utnevnt av brukerutvalget
- Ved oppnevning av medlemmer, skal det sikres representasjon fra begge sykehus.
- Forslag til medlemmer legges fram for ledergruppa som tar beslutning om sammensetningen av rådet

### **Medlemmene av ernæringsrådet per januar 2018:**

**Ingvild Thun**, klinisk ernæringsfysiolog, Namsos

**Siren Nymo**, klinisk ernæringsfysiolog, Namsos (tilholdssted Levanger)

**Cecilie Røli**, avdelingsleder for sykepleiere, medisinsk avdeling, Levanger

**Vibeke Forås**, fag og forskningssykepleier kirurgisk avdeling, Levanger

**Bent Andre Kümmel**, representerer kjøkken ved begge sykehus

**Irene Nakstad**, faglig ansvarlig for sykepleierdelt ernæringsprosedyre voksne, Levanger

**Brit Thorsen**, sykepleier med ernæringsfag, kirurgisk avdeling Namsos

**Laila Evjemo**, brukerrepresentant oppnevnt av Diabetesforbundet

**Monica Skjeflo**, intensivsykepleier ved Barne- og ungdomsposten Levanger

**Annbjørn Johansen**, endokrinolog, medisinsk avdeling Namsos

**Christian Grünewald**, overlege, kirurgen Levanger

**Liv Marit Berre**, Sykehusfarmasøyt, Sykehusapoteket i Levanger

**Ingvild Eggen**, enhetsleder ved Psyk.Seksjon for spiseforstyrrelser

→ Rådet må konstitueres på første møte, dette skal så føres inn i mandatet.

Arbeidsgruppa har bestått av Overlege Annbjørn Johansen, avdelingsleder Siri-Gunn Sagvik, tidligere avdelingsleder Hilde Fosslund, kjøkkensjef Bent Andre Kummel og klinisk ernæringsfysiolog Siren Nymo (etter 2014 hennes vikar Kef Ingvild Thun).

#### Referanser:

1. Helse og omsorgsdepartemangets oppdragsdokument til Helse Midt-Norge 2013:  
<http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2012/Oppdragsdokument%202013%20Helse%20Midt-Norge%20RHF.pdf>
2. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009)
3. High Impact Actions for Nursing and Midwifery
4. Russell CA The impact of healthcare costs. Clin Nutr Supplement 2007
5. Elia M. Nutrition and health economics. Nutrition 2006
6. Juul,H: Forebygging og behandling av underernæring potensiale for kostnadsbesparelse? Avd for helseledelse og økonomi, UiO
7. Kosthåndboka. Helsedirektoratet 2012
8. Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Oppskrift for et sunnere kosthold.  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/planer/2007/handlingsplan-for-bedre-kosthold.html?id=445573](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2007/handlingsplan-for-bedre-kosthold.html?id=445573)
9. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kronisk sykdommer. Metodologi og vitenskaplig kunnskapsgrunnlag. Nasjonalt råd for ernæring 2011.
10. Stortinget nr. 34 "Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar"2013
11. St. meld. Nr 47, 2008. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.
12. Ernæring i helsetjenesten(2007)
13. Når matinntaket blir for lite (2006)



## Vedlegg 5: Kartlegging av ernæringsprosessen i sykehuset (høst 2017)

## Ernæringsprosedyrer i EQS kvalitetssystem

Status pr. desember 2017

### Søkeordet «Ernæring»

Fikk 158 treff. Mange omhandler ikke ernæring som hovedtema. 23% (36 stk) utløpt revisjonsfrist:

- 7 stk 2010-2014
- 8 stk 2015
- 8 stk 2016
- 13 stk 2017

### Felles prosedyrer Namsos og Levanger

Noen prosedyrer er felles, men andre kun gjeldende for den enkelte avdeling eller ett av sykehusene.

- Føde/barsel og Psykiatri har en del felles prosedyrer, f.eks ID7243 FødeBarsel. Ernæring av nyfødte
- Mange prosedyrer laget for den enkelte avdeling eller for det ene sykehuset.
  - F.eks Intensiv Levanger og Namsos ikke felles prosedyrer ift ernæring.
    - ID 15716 SL- Ernæring til kritisk syke pasienter på intensiv
    - ID 1705 SL- Enteral ernæring Intensiv
    - ID 16386 SN-Ernæring til intensivpasienter
    - ID 18512 SN- Flytskjema for ernæring av intensivpasienter
  - ID 22897 SN- Oppstart parenteral ernæring kir H3.  
Tatt utg.punkt i St.Olavs sine prosedyrer for å forebygge reernæringssyndrom.  
Gjeldende for alle? Samsvarer ikke helt med intensiv sine prosedyrer.
- Forskjell ang. tilberedning parenteral ernæring: Levanger tilbereder parenteral ernæring i LAF-benk ved farmasøytisk avdeling. Tilberedes på sengepostene i Namsos.

### Enteral ernæring

- ID 2145 SL-Enteral ernæring, prosedyre (revisjonsfrist feb-14)  
Behov for revisjon og gjeldende for begge sykehusene/alle avdelinger?

## Beregnings skjema

- ID 7702 Ernæring – beregnings skjema.  
Beregning av energibehov, proteinbehov og væskebehov.

## Ernærings screening:

- ID26379 Screening av fallrisiko, underernæring, trykksår, uvi og svk hos pasienter i sykehus. (Ny okt-17)  
Behov for disse nå?:
  - ID 15841 SL- Ernærings screening og oppfølging av ernæring v/ortopedisk avdeling. (revisjonsfrist mai-17)
  - ID 14117 SL- Ernærings screening og oppfølging av ernæring (revisjonsfrist april-15)
- ID 20169 KOLS- Ernærings screening og oppfølging av ernæring i primærhelsetjenesten. (En prosedyre til primærhelsetjenesten)

## Prosedyrer ang. fasting i forbindelse med noen undersøkelser:

- Gastroscopi
  - ID1566 Gastroscopi (LE). (Rev.frist jan-16). «Faste fra kl.24.00 dagen før.»
  - ID7191 SN-Forberedelse og retningslinjer i forhold til gastroscopi... (og flere undersøkelser) . Kirurgisk post H3. «Faste fra midnatt eller minst 4 timer før undersøkelse.»
  - ID6852 SN-Forberedelse av pasient som skal til gastroscopi. (Gjeldende for medisinsk klinikk) (Rev.frist feb-14). «Vanligvis fastende fra kl.24.00 kvelden før undersøkelsen. Skal faste minst 4 timer før undersøkelsen.»
- ERCP
  - ID14829 SL-ERCP (rev.frist sept-12) «Fastende (>8t) før undersøkelsen.»
  - ID16647 SL- Forberedelse før og etter ERCP (rev.frist aug-13) «Fastende fra kl.24.00 dagen før u.s»
  - ID1564 ERCP (rev.frist jan-16) «Faster fra kl. 24.00 kvelden før u.s»
  - ID7191 SN-Forberedelse og retningslinjer i forhold til ERCP, ... (og flere undersøkelser). Kirurgisk post H3. «Faste fra kl.24.00»

## Preoperativ fasting.

- ID 7883 SL-ERAS (rev.frist jan-16) Gjelder alle elektive mage/tarm-opr.  
«.....Drikke 400 ml PreOp kl.06.00 opr.dagen»
- ID19608 SL-Elektive tarmoperasjoner pre/post. «Pasienter som ikke tømmes får spise fritt inntil 6 timer før operasjon, det vil stort sett si fram til midnatt før operasjonsdagen. Kvelden før operasjonen får pasienten tilbud om pre op drikke 4stk a 200ml = 800ml og 2 stk a 200ml=400ml operasjonsdagen, må inntas før kl.6.00.»
- Ved gastrokirurgisk v/Sykehuset Namsos vanskelig å finne konkrete fasteprosedyre i forb. med operasjoner.
  
- Ortopedi, i hovedsak drikke inntil 2 timer før operasjonen. f.eks
  - ID- 4385 SN- Operasjon kneprotese – pre- og postoperativ behandling. «Drikke vann inntil 2 timer før opr».
  - ID-19702 SL- Hoftebrudd Pre og postoperativ behandling.  
**«Preoperativ drikke inntil 2 timer før operasjonen.»**
- ID SN-Gyn. Preoperative forberedelser til inneliggende pasienter. «Faste: som hovedregel 0 pr.os etter midnatt. Ved spesielle behov kan pasienten spise inntil 6 timer før inngrepet og drikke flytende væsker inkl. energidrikken "pre-op" inntil 2 timer før inngrepet.»
- ID 26189 SN- Pas.info ifm anestesi. (Informasjonsskriv til pasienter som møter opp på opr.dagen)
  - Voksne: «Alle pasienter som har fått time til et kirurgisk inngrep skal faste.På operasjonsdagen må du ikke spise, røyke eller bruke snus 6 timer før operasjonen.Du kan drikke klar væske som te, vann eller saft fram til 2 timer før planlagt operasjon.»
  - Barn: «Det er viktig at reglene for fastetidene overholdes! Barnet må ikke spise de siste 6 timer før avtalt oppmøtetidspunkt på avdelingen. For barn under 1 år gjelder 4 timer fastetid. Barnet kan og skal drikke klar væske som te, vann eller saft inntil 2 timer før oppmøte.  
Melk, juice, suppe eller grøt er ikke tillatt!»

## Kostlister

Ingen felles kost/væske-liste for HNT. Ved Sykehuset Namsos er mange ulike varianter i bruk.