



## Ernæringsstrategi 2020-2025



**Vi skal fremje helse,  
meistring  
og livskvalitet**

**PROSJEKTINFORMASJON**

Etablering av ernæringsstrategi i helseføretaket er nasjonalt, regionalt og lokalt initiert. Ernæringsstrategi for Helse Førde 2020-2025 skal bidra til at kvalitetssikra ernæringsarbeid integrerast i behandlingstilbodet i heile føretaket for å betre ernæringsstatus til pasientar som er feil – eller underernært eller som er i ernæringsmessig risiko

**Prosjektnamn**

Ernæringsstrategi Helse Førde 2020-2025

**Prosjekteigar**

Olav Hesjedal, Klinikkdirrektør, Medisinsk klinikk

**Prosjektleder**

Marte Ulltang, Klinisk ernæringsfysiolog, Medisinsk avdeling

**Deltakarar i prosjektet****Prosjektgruppe Mattilbod og Service**

Elin Haugen, Kjøkkensjef/Seksjonsleiar; Matforsyning  
Kristin Solset, Kokk/ Produksjonsleiar; Matforsyning  
Camilla Laukeland, Klinisk ernæringsfysiolog; Medisinsk avdeling

**Prosjektgruppe Matomsorg og Pleie**

Siv Øvrebø Kårstad, Psykiatrisk sjukepleiar; DPS Døgn  
Reidun Melheim, Hjelpepleiar; Ortopedisk avdeling  
Tonje Hansen, Sjukepleiar; Medisinsk sengepost gruppe 2  
Rønnaug Birkeland Flaten, Leiande matvert/fagkokk; Matforsyning/Medisinsk sengepost  
Elin Haugen, Kjøkkensjef/Seksjonsleiar; Matforsyning  
Helene Søreide, Klinisk ernæringsfysiolog; Medisinsk avdeling

**Prosjektgruppe Ernæringbehandling**

Torgeir Finjord, Overlege/Medisinsk rådgjevar; FSS Legeteneste  
Aasta Irene Ulvesdal Kapstad, Rådgjevar, Seksjon for kvalitet og pasienttryggleik  
Marianne Strandos, Einingsleiar; DPS Døgn avd. Tronvik  
Elin Lysne, Seksjonsleiar; Ruspost, Tronvik  
Camilla Laukeland, Klinisk ernæringsfysiolog; Medisinsk avdeling  
Ingvill Vatne, Logoped; Avd. for nevrologi, revm. og rehab.  
Bodil Øyra, Stomisjukepleiar; Kirurgisk avdeling

### Prosjektgruppe Born

Helene Søreide, Klinisk ernæringsfysiolog; Medisinsk avdeling  
Ylva Willassen, Lege i spes. Kat. a, FSS Legeteneste  
Kjersti Myren, Miljøterapeut; Ungdomspost Psykisk Helsevern  
Bergljot Hjelle, Spesialsjukepleiar barn; Sengepost for barn og unge  
Hanne Aven, Spesialsjukepleiar barn; Habilitering for barn og unge

### Referansegruppe

Laila Haugland, Avdelingssjef, Medisinsk avdeling  
Svein Ove Alisøy, Avdelingssjef, Psykiatrisk avdeling  
Ingunn Terøy, Avdelingssjef, Kreftavdeling  
Kari Anne Indrebø, Avdelingssjef, Ortopedisk avdeling  
Kari Furevik, Seksjonsleiar, Seksjon for kvalitet og pasienttryggleik

<b>Oppstarttidspunkt</b>	<b>Sluttidspunkt</b>
14.01.2019	16.05.2019
<b>Dato</b>	<b>Sign</b>
16.05.2019	

## Innholdsliste

2	Innleiing .....	7
2.1	Helse Førde .....	8
2.2	Verdigrunnlag .....	8
2.3	Visjon for ernæringsstrategien .....	8
3	Samandrag .....	9
4	Bakgrunn for prosjektet .....	10
4.1	Oppdragsdokument / styringsdokument .....	10
4.2	Nasjonale retningslinjer .....	10
4.3	Kartlegging av ernæringsarbeidet i Helse Førde (2012) .....	11
4.3.1	Resultat frå kartlegging av ernæringsarbeidet .....	11
4.3.2	Konklusjon .....	11
4.4	I trygge hender 24/7 .....	11
4.4.1	Trygg Pleie Mini Audit Helse Førde (2018) .....	12
4.5	Kost - nytte .....	12
5	Utfordringsbilete .....	13
5.1	Organisering og ansvarsfordeling .....	13
5.2	Ernæringskompetanse .....	13
5.3	Grupper og problemstillingar .....	14
5.3.1	Eldre .....	14
5.3.2	Born og unge .....	14
5.3.3	Psykiatri .....	14
5.4	Brukarmedverknad .....	15
5.5	Samhandling med kommunehelsetenesta .....	15
6	Hovudmål og delmål .....	16
7	Organisering av prosjektet .....	17
8	Kva er gjort i prosjektet .....	18
8.1	Mattilbod og service .....	18
8.1.1	Utfordringar - Pasientomsorg .....	18
8.1.2	Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørnde .....	19
8.1.3	Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonal .....	19
8.1.4	Utfordringar - forskning og utvikling .....	19
8.1.5	Tiltaksplan mattilbod og service .....	20
8.2	Matomsorg og pleie .....	21

8.2.1	Utfordringar - Pasientomsorg.....	21
8.2.2	Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande .....	22
8.2.3	Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonal .....	22
8.2.4	Utfordringar - Forsking og utvikling.....	22
8.2.5	Tiltaksplan Matomsorg.....	23
8.3	Ernæringsbehandling.....	24
8.3.1	Utfordringar - Pasientomsorg.....	25
8.3.2	Utfordringar – Opplæring av pasientar og pårørande .....	26
8.3.3	Utfordringar – Utdanning og opplæring av helsepersonal.....	27
8.3.4	Utfordringar – Forsking og utvikling .....	27
8.3.5	Tiltaksplan Ernæringsbehandling .....	27
8.4	Born og unge .....	28
8.4.1	Utfordringar - Pasientomsorg.....	29
1	Sengepost .....	29
2	Habiliteringspasientar.....	29
3	Psykisk helsevern for barn og unge (PBU).....	29
4	Poliklinisk konsultasjon hos klinisk ernæringsfysiolog .....	29
8.4.1	Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande .....	30
8.4.2	Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonal .....	30
8.4.3	Utfordringar - Forsking og utvikling.....	30
9	Prioriterte satsingsområder.....	30
9.1	Overordna styring av ernæringsarbeidet .....	31
9.1.1	Tilrådingar.....	31
9.2	Ernæringspraksis .....	31
9.2.1	Tilrådingar.....	31
9.3	Ernæringskompetanse.....	31
9.3.1	Tilrådingar.....	31
9.4	Forbetringsarbeid .....	31
9.4.1	Tilrådingar.....	31
10	Oppgåver som må følgast opp i linjeorganisasjonen .....	31
11	Vidare arbeid med ernæringsstrategien .....	32
12	Vedlegg.....	32
	Vedlegg 1. Ansvar for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstenesta (Kosthandboka).....	32
	Vedlegg 2. Anbefalt ansvarsfordeling for ernæringsarbeidet i Helse Førde .....	35

Vedlegg 3. Omgrepsavklaring .....	36
Vedlegg 4. Driverdiagram – Førebygging og behandling av underernæring (Pasienttryggleiksprogrammet) .....	37
Vedlegg 5. Flytskjema – Førebygging og behandling av underernæring (Pasienttryggleiksprogrammet) .....	38
Vedlegg 6. «Pasientflyt og ansvarsplassering» (Nasjonale retningslinjer for sjukdomsrelatert underernæring) .....	39
Vedlegg 7. «BL – Trygg Pleie» .....	40
Vedlegg 8. Oversikt over validerte kartleggingsverktøy for born og ungdom .....	41
Vedlegg 9. Dokumentasjonsrutine for ernæringsområdet (DIPS og MEONA) .....	42
Vedlegg 10. Forslag til fire kartleggingsspørsmål for barn og ungdom .....	45
Vedlegg 11. Forslag til organisering av ernæringsarbeid Helse Førde .....	46
Vedlegg 12. Roller, mandat og tilhøyrande oppgåver for det overordna ernæringsarbeidet .....	47
Vedlegg 13. Tiltaksplan Ernæringsstrategi Helse Førde 2020-2025 .....	50
Vedlegg 14. Handlingsplan Ernæringsstrategi Helse Førde .....	53

## 2 Innleiing

Norge er forplikta til å gi menneske som mottar offentlege tenester nødvendig hjelp for å sikre grunnleggande behov. Dette er forankra i FN's konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar<sup>1</sup>. Retten til mat inneber meir enn rett til nok og trygg mat, det inneber også rett til eit ernæringsmessig fullgodt kosthold som grunnlag for eit aktivt liv med god helse. Myndigheitene er forplikta til å legge til rette for at alle grupper i befolkninga som er institusjonaliserte, og der ansvar for kosthald er overlate til det offentlege, har eit fullgodt kosthald<sup>2</sup>

Sjukdomsrelatert underernæring er ei stor menneskeleg, medisinsk og økonomisk utfordring for helsetenesta.<sup>3</sup> Norske undersøkingar viser at kvar tredje pasient i norske sjukehus er underernært eller i risiko for underernæring. I spesialisthelsetenesta finn vi pasientar i ernæringsmessig risiko i alle einingar, diagnosegrupper, i alle aldrar og alle vektkategori. Underernæring utviklar seg når eit ernæringsproblem ikkje blir identifisert, og kan oppstå som konsekvens av ein sjukdom eller sjukdomstilstand. Sjukdomsrelatert underernæring er assosiert med auka sjukdom og infeksjonsførekomst, redusert livskvalitet, lengre sjukehusopphald, fleire reinnleggingar og høgare dødelegheit. Ved å førebyggje og behandle underernæring på ein systematisk måte, vil det gi både helsemessige gevinstar for den einskilde og økonomiske gevinstar for samfunnet.

Førebygging av over, under og feil-ernæring må sjåast som ein naturleg del av helse- og omsorgsarbeidet. Bevisstheit og kunnskap om matens betydning for den enkelte kan vere avgjerande for eit godt ernæringsarbeid. Helseføretaka og kommunane skal sikre at god ernæringspraksis er ein integrert del av kvalitetssystemet. Ein ernæringsstrategi forankra i leiinga, som viser tydeleg ansvarsfordeling, er ein føresetnad for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsbehandling. Føretaksleiinga har eit overordna ansvar for god ernæringspraksis, blant anna gjennom rutinar og prosedyrar (systemansvar). Fagpersonar som er involvert i det tverrfaglege samarbeidet rundt pasienten skal gjennom fagkompetanse (profesjonsansvar) og tverrfagleg samarbeid sørge for helsefremmande mat og måltid.

---

<sup>1</sup> Artikkel 25 i FN's menneskerettighetserklæring fra 1948 sier at alle har rett til en levestandard som er tilstrekkelig, deriblant mat

<sup>2</sup> Helsedirektoratet (2012). Kosthåndboken. Veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

<sup>3</sup> (2012). Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2012 (Helsedirektoratet, 2012)

## 2.1 Helse Førde

Helse Førde er eitt av fire helseføretak i Helse Vest. Helse Førde er det minste føretaket i Helse Vest, med 110 000 innbyggjarar, fordelt over eit stort geografisk område. Helse Førde har ansvar for å tilby trygge og nære spesialisthelsetenester av god kvalitet til innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Føretaket har ein desentralisert struktur. Føretaket har eit større sentralsjukehus med eit breitt tilbod og akutt/traumefunksjon i Førde, samt to mindre somatiske lokalsjukehus på Nordfjordeid og i Lærdal med tilpassa akutfunksjonar (indremedisin og skadepoliklinikk). Psykisk helsevern har akutfunksjonar for vaksne og sengeavdeling for ungdom i Førde, og elles ein desentralisert struktur med distriktpsikiatriske einingar for vaksne og poliklinikkar for barn og unge i Førde (satellittar i Florø og på Kyrkjebø), Sogndal og Nordfjordeid.

## 2.2 Verdigrunnlag

Helse Vest RHF og Helse Førde HF har som visjon å fremje helse, meistring og livskvalitet. Helse Førde sitt verdigrunnlag er ein føresetnad for dei strategiske satsingsområda i Ernæringsstrategien.

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i behandlinga

Trygg tilgang og omsorg

*Helse Førde*

## 2.3 Visjon for ernæringsstrategien

Ernæringsstrategien skal legge til rette for at ein som pasient skal vere trygg på at ein møter ei helseteneste som samsvarar med behov innanfor matservice, matomsorg og pleie og ernæringsbehandling. Kvalitet i ernæringsarbeidet skal sikrast gjennom god fagleg praksis og kunnskap.

Rett mat til rett pasient til rett tid

Og av god kvalitet

*Kosthandboka*



### 3 Samandrag

Ernæringspraksis i norsk helseteneste er i positiv utvikling. Av vesentleg betydning er nasjonale føringar<sup>4</sup>, helse- og økonomiske gevinstar knytt til målretta oppfølging av ernæringsstatus<sup>5</sup> og brukarperspektivet<sup>6</sup>. I 2015 vart ernæring inkludert i pasienttryggleiksprogrammet 24-7. Dette representerer det hittil største nasjonale løftet for å få ernæring på plass i pasientbehandlinga. Det er i dag meir tilrettelagt for at ernæringsarbeid i helsetenesta skal vere integrert i pasientbehandling, men der er framleis svakheit ved dagens praksis.

Arbeidet med ernæringsstrategien i Helse Førde har avdekket at ernæringspraksisen ved føretaket er mangelfull og ikkje i tråd med nasjonale anbefalingar. Arbeidsgruppene slår fast at det er fleire barrierar til godt ernæringsarbeid. Det er uklare ansvarsforhold i planlegging og administrasjon av ernæringsbehandling, utilstrekkeleg kunnskap innan ernæring blant personalgrupper, manglande samarbeid mellom personalgrupper, mangelfull dokumentasjon ved overføringar mellom omsorgsledd, mangelfull tilgang på klinisk ernæringsfysiolog og manglande engasjement og involvering frå leiinga si side, såleis manglande erkjenning av ernæringa sin verdi i pasientbehandlinga.

Den store ernæringsssatsinga i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet er ei moglegheit til å systematisere ernæringspraksisen i føretaket. Tilstrekkeleg kunnskap, ferdigheiter, tydeleg ansvarsfordeling, og overordna system og rutinar er ein føresetnad for å lukkast og for å sikre at ernæring er ein integrert del av behandlingssopplegget for den enkelte pasient.<sup>7</sup>

Eit meir strukturert og målretta arbeid med ernæringsbehandling i Helse Førde vil gje medisinske, samfunnsmessige, og økonomiske gevinstar.<sup>8</sup> Det skal vere samsvar mellom pasientane sine behov og føretaket sin kompetanse, ressursar og kapasitet innan matservice, matomsorg, pleie- og ernæringsbehandling.

Ernæringsstrategien skal føre til betre forankring av ernæringsarbeidet og system på tvers av avdelingar, men også gode rutinar for samhandling med - og rettleiing av kommunane, for å sikre heilskaplege pasientforløp. Såleis må ernæringsarbeidet kommuniserast regelmessig på eit overordna nivå i føretaket for å setje mat- og ernæringsarbeid på dagsorden. Ernæringsstrategi for Helse Førde 2020-2025 vil bidra til å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i føretaket.

---

<sup>4</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021).

<sup>5</sup> Nasjonalt råd for ernæring (2017). Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger.

<sup>6</sup> Nasjonalt råd for ernæring (2011). Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. IS-1881

<sup>7</sup> Sykepleien (2018). Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetenesten er mangelfull. (e-72857)

<sup>8</sup> Ruiz AJ, Buitrago G, Rodríguez N, Gómez G, Sulo S, Gómez C, Partridge J, Misas J, Dennis R, Alba MJ, Chaves-Santiago W, Araque C. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. Clin Nutr. 2018 Jun 1. pii: S0261-5614(18)30201-2. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.016.

## 4 Bakgrunn for prosjektet

### 4.1 Oppdragsdokument / styringsdokument

Ernæringsstrategien byggjer på oppdragsdokument frå Helse og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF, styringsdokument til føretaket frå Helse Vest, Helse 2035 (overordna strategiplan for helseregionen), Utviklingsplan for Helse Førde 2018-2035, og faglige anbefalingar og retningslinjer.<sup>9</sup>

Oppdragsdokument til helseføretaka ligg til grunn for styringsdokument i Helse Førde. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, 2010-2013) gir sjukehusa klare føringar for ernæringspraksis i helsetenesta.

I oppdragsdokument frå HOD i 2010 står det under *punkt 5. Pasientbehandling*, at fagområdet ernæring inngår som ein del av både førebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av ei rekke sjukdommar. Helseføretaket skal sikre at det vert lagt vekt på ernæring i det samla tenestetilbodet i spesialisthelsetenesta. Under *punkt 5.1* står det vidare at Helse Vest RHF skal ha rutinar og kompetanse som sikrar at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet, og at rettleiingsoppgåva overfor kommunane blir sikra på ernæringsområdet.

I oppdragsdokument frå HOD i 2011, står det under *punkt 5. Nasjonale strategiar og handlingsplanar*, at det er ein føresetnad at dei regionale helseføretaka er kjende med innhaldet i «Handlingsplan for betre kosthald i befolkninga 2007-2011» og at innhaldet i strategiane og handlingsplanane, blir lagt til grunn når ein utviklar tenestetilbodet på dei ulike områda. Vidare, under *punkt 7.8 Ernæring og mattryggleik*, står det at gode rutinar og kompetanse skal sikre at ernæring er ein integrert del av behandlingstilbodet. Rettleiingsoppgåva overfor kommunane skal ivaretakast på ernæringsområdet. Det skal særleg leggast vekt på ernærings situasjonen til dei eldre.

I oppdragsdokument frå HOD i 2012, står det under *punkt 7.7 Førebygging*, at ein skal sikre betre ernæringsstatus hos pasientar i ernæringsmessig risiko. Vidare skal dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følgje med pasienten når han/ho flyttar til eit anna tenestenivå eller mellom behandlingseiningar.

I oppdragsdokumentet frå HOD i 2013, står det under *punkt 4.15 Livsstilsrelaterte tilstandar*, at helseføretaka skal få etablert ein overordna ernæringsstrategi i tråd med anbefalingar i faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet og «Kosthandboka – rettleiar i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstenesta

I oppdragsdokument frå HOD 2015, skal pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7» leggast til grunn for utvikling av tenestetilbodet i helseføretaket. Dette vert vidare tilrådd i oppdragsdokument frå 2016 under *punkt 3. Betre kvalitet og pasienttryggleik*: Føretaket skal spreie alle innsatsområde i pasienttryggleikskampanjen «I trygge hender 24-7» til relevante einingar/avdelingar. Ernæring er frå 2016 ein tiltakspakke i pasienttryggleiksprogrammet.

Vidare, i 2018, skal Helse Vest styrke innsatsen i pasienttryggleiksprogrammet. Følgelig skal *St. 6<sup>10</sup> (2017-2018) Kvalitet og pasienttryggleik* leggast til grunn for utvikling av tenesta. St. 6 viser til Nasjonal Handlingsplan for betre kosthald 2017-2021. Sistnemnde viser også til oppdragsdokument frå 2013, der helseføretaka fekk i oppdrag å etablere ein ernæringsstrategi.

### 4.2 Nasjonale retningslinjer

Føretaka skal følge opp nasjonale faglige retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring<sup>9</sup>. Her anbefalast det at pasientar etter faste rutinar vurderast for ernæringsmessig risiko og at risikopasientar

<sup>9</sup> Helsedirektoratet (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580.

<sup>10</sup> Helse og Omsorgsdepartementet (2017). Stortingsmelding 6 (St. 6). Kvalitet og pasienttryggleik.

skal få ernæringsbehandling. Dei nasjonale retningslinjene blir revidert i 2019. Kunnskapsgrunnlaget er auka og nye studiar har kome til. Dei gjeldande retningslinjene anbefaler at alle som møter helse- og omsorgstenesta skal få kartlagt ernæringsstatus og dokumentert ernæringsmessig risiko, men er ikkje eintydig på korleis dette skal gjerast. Dei nye retningslinjene vil vere forenkla og meir standardiserte. Dette vil lette implementering i klinisk praksis.

Kosthandboka, rettleiar i ernæringsarbeid i Helse- og Omsorgstenesta, gir ei grundig beskriving av god ernæringspraksis, og bakgrunnen for slik praksis. Den er eit detaljert verktøy for å implementere nasjonale retningslinjer og sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i heile helse- og omsorgstenesta<sup>2</sup>.

### 4.3 Kartlegging av ernæringsarbeidet i Helse Førde (2012)

I 2012 vart det gjennomført eit prosjekt i fortbetningsprogrammet i Helse Førde, som kartla ernæringsarbeidet i føretaket. Det overordna målet med prosjektet var å kartlegge ulike sider ved dåverande ernæringsbehandling i Helse Førde. Som ledd i dette undersøkte ein pasientar ved alle somatiske avdelingar ved hjelp av kartleggingsverktøyet NRS 2002. Ein såg på bruk av koding i DIPS for kodar som gjeld ernæringsbehandling for vaksne pasientar i somatiske avdelingar i Helse Førde. I tillegg såg ein på forhold rundt ansvars plassering for å planlegge ernæringsbehandling, samt at ein kartla sjølvoppfatta kunnskap om ernæring hos helsepersonal.

#### 4.3.1 Resultat frå kartlegging av ernæringsarbeidet

Resultata av punktprevalens-undersøkingane viste at mellom 20 og 91 % av pasientane kartlagde med NRS2002 var i ernæringsmessig risiko ved dei ulike avdelingane, med eit samla snitt på nesten 40 %. ICD-10 kodar for ernæringsdiagnosar, vart på tidspunkt for undersøking, nytta hos 0,41 % av pasientane, og NCMP-kodar for ernæringsbehandling vart nytta hos totalt 0,43 % av pasientane. Resultat av rutinar og ansvar for planlegging av ernæringsbehandling og eigenrapportering av kunnskap om ernæring hos tilsette viste at ikkje alle hadde kunnskap om kartleggingsverktøy som reiskap for å identifisere pasientar i ernæringsmessig risiko. Få var einige i at det var klare rutinar for behandling og dokumentering av ernæringsbehandling ved deira avdeling. Halvparten av dei spurte meinte dei har god/ganske god kunnskap om berekning av pasienten sine behov, samstundes som det var klart fleire som meinte at dei kunne vurdere om ein pasient dekkja sine behov. 80 % meinte det var vanskeleg å lage ein ernæringsplan, og berre 25 % kjende til kartleggingsverktøyet NRS 2002 som vart nytta i undersøkinga.

#### 4.3.2 Konklusjon

Prosjektet konkluderte med at ikkje alle pasientar i ernæringsmessig risiko i Helse Førde vart identifiserte, og få pasientar fekk ein ernæringskode registrert i EPJ. Resultata frå prosjektet understreka eit behov for å auke kunnskap om kartlegging av ernæringsstatus og kva tiltak som må setjast i verk for å førebyggje og behandle pasientar i ernæringsmessig risiko i Helse Førde.

### 4.4 I trygge hender 24/7

Ernæring er viktig for pasienttryggleiken. Dette vart tydeleggjort i 2015, ved at ernæring vart nytt innsatsområde i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24-7». Det er utarbeida tre tiltakspakkar for å førebygge og behandle sjukdomsrelatert underernæring<sup>11,12,13</sup>.

Tiltakspakken for sjukehus består av fire tiltak:

1. Risikovurdering
2. Individuell kartlegging

---

<sup>11</sup> Helsedirektoratet (2017). Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehus). IS 2585.

<sup>12</sup> Helsedirektoratet (2017). Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehjem). IS 2597.

<sup>13</sup> Helsedirektoratet (2017). Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjeneste). IS 2598.

3. Gi tilstrekkeleg ernæring/ernæringsplan
4. Sikre overføring av informasjon

Kartlegging av ernæringsmessig risiko er ein av sekundærdrivarane for desse tiltaka. Sengepostane i Helse Førde har stor variasjon i etterleving av kravet om kartlegging, og tal frå styringsportalen syner at det er ernæring det vert kartlagt færrest gangar for. Innsatsområdet er potensielt utslagsgivande for å etablere varige strukturar i arbeidet med å førebygge og behandle sjukdomsrelatert underernæring. Følgeleg bidrar tiltakspakkane til å styrke ernæring i pasientbehandlinga i spesialisthelsetjenesta

#### 4.4.1 Trygg Pleie Mini Audit Helse Førde (2018)

Trygg Pleie Mini Audit vart i desember 2018 gjennomført på 9 sengepostar (ANRR, Med. 1, FSS, Med. 2, FSS, Kreft, Kir. FSS, Ort. FSS, Ort. LSH, Med. LSH, Med. NSH). Målet med mini-auditen var å vurdere bruk av Trygg Pleie kartleggingsskjema; om risikopasientar vart fanga opp og korleis risikopasientar vart følgt opp med tiltak. Det vart gjennomført individuelle intervju av pleiepersonal og leiarar på sengepostar, i tillegg til journalgjennomgang.

Resultat frå sluttrapport viste at 65 % av pasientane vart kartlagd for ernæringsmessig risiko. 26 % vart funnet i ernæringsmessig risiko. 46 % av pasientar med ernæringsmessig risiko fekk tiltak beskrive i behandlingsplan. 54 % av pasientane som vart vurdert utanfor ernæringsmessig risiko, hadde beskrive ernæringsutfordringar i anna dokument. E46.00 (ernæringsmessig risiko) vart funnet i ei epikrise ved utreise. I eit notat frå kef var det beskrive at ein pasient med kode E43.00; denne koden stod ikkje i epikrise ved utskriving.

Summert viste Trygg Pleie Mini Audit at ernæringskartlegging ved dei ulike sengepostane var mangelfull, og relevant informasjon dokumenterast ulikt frå avdeling til avdeling og frå pleiar til pleiar. I mange tilfelle var det vanskeleg å få ei god oversikt over kva tiltak som var gjeldande for kvar enkelt pasient. Informasjon om pasienten var beskrive ulikt i fleire sjukepleiarnotat i DIPS, ulike stader i Meona og/eller i notat frå lege.

I intervju av personalet svara fleire at kostform vart dokumentert i Meona. Journalgjennomgang viste at det hos enkelte avdelingar sjeldan vart registrert kostform. Der måltidsregistrering var ordinert, var det i dei fleste tilfella sporadisk dokumentert og gav liten oversikt over pasientens næringsinntak. Informasjon i journal samsvarer ikkje alltid med kartlegginga som var gjort i samband med risikovurdering. Pasientar vart gjerne kartlagt og oppgitt som ikkje risikopasient, mens det i sjukepleiarnotat kom fram at pasienten hadde registrert vekttaut. På spørsmål om kjennskap til kva for pasientar som skulle risikovurderast innan innsatsområda i Trygg pleie, svarte heile 50 % at dei «i nokon grad» hadde kjennskap til dette. 32 % svarte at dei «ikkje kjente til» dette. Når det gjaldt kjennskap til innhald i overordna retningslinjer for innsatsområda i Trygg pleie, svarte heile 58 % at dei «ikkje kjenner til» desse. 52 % av personalet svara også at dei «kjenner ikkje til» eininga sine resultat i Styringsportalen. I intervju av leiarane svara 34 % at dei «i nokon grad» hadde fokus på risikovurdering og oppfølging av risikopasientar. 28 % svara at dei «ikkje har fokus på dette».

## 4.5 Kost - nytte

Samfunnsøkonomiske gevinstar av å førebygge og behandle sjukdomsrelatert underernæring er først og fremst at pasientar vil få eit betre utfall av sjukehusopphaldet, sjukehusopphald blir kortare og det blir færre reinnleggingar. Samfunnet får såleis meir igjen for helsekronene<sup>814</sup>.

---

<sup>14</sup> Juul, H J (2010). Forebygging og behandling av Underernæring. Potensial for kostnadsbesparelser? <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Documents/kostnad-nytte-oppgave-ertering.pdf>

Sjukehusøkonomiske gevinstar av å førebygge og behandle sjukdomsrelatert underernæring er i tillegg auka inntekter til føretaket. I helsevesenet brukast innsatsstyrt finansiering og økonomiske incitament for måloppnåing<sup>5</sup>:

- Underernæringsdiagnosane E46.00, E44.00 og E43.00 utløyser i mange tilfelle høgare takst på hovuddiagnosen
- Frå 2016 gis det refusjon for behandling hos kliniske ernæringsfysiologar innanfor nokon spesialitetar (fordøyingssjukdommar, sjukdommar i lever- galleveier og bukspyttkjertel og indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesjukdommar, inkludert underernæring)
- Frå 2017 gis det refusjon for behandling av overvekt og fedme hos klinisk ernæringsfysiologar
- Pasientar med sjukdomsrelatert underernæring får i mange tilfelle medisinske ernæringsprodukt på blå resept, på linje med medisinar

## 5 Utfordringsbilete

### 5.1 Organisering og ansvarsfordeling

Ernæringsarbeid på sjukehus kan delast inn i tre områder<sup>15</sup> som omfattar *mattilbod og service* (innkjøp, menyplanlegging, produksjon, distribusjon og servering), *matomsorg og pleie* (vurdering av ernæringsstatus, tilrettelegging og tiltak) og *medisinsk ernæringsbehandling* (individuell ernæringsbehandling ut i frå den enkelte pasient sitt særskilde behov). Det er flytande overgangar mellom dei tre områda, og i skjeringpunkta kan det ofte oppstå utfordringar.

Arbeidet med ernæringsstrategien har avdekkja auka behov for kunnskap om ernæring og betre samhandling mellom dei ulike aktørane internt. Helsemyndighetene anbefalar leiinga ved sjukehus å ha eit rådgivande organ innan ernæringsarbeidet<sup>2</sup>. Helse Førde manglar eit overordna ernæringsutval og eit ernæringsnettverk på avdelings- og sengepostnivå. Ansvar og oppgåvefordelinga for ernæringsarbeidet må definerast, konkretiserast og tydeleggjerast i tråd med gjeldande anbefalingar. Det må vere tydeleg kva avdeling og faggrupper som har ansvaret for ernæringsarbeidet og ernæringsbehandlinga gjennom heile pasientforløpet. Dette må gjerast kjent i organisasjonen, så vel som i linjeleiing og blant faggrupper. Ein ernæringsstrategi forankra i leiinga, med tilhøyrande handlingsplan, som forpliktar, er ei moglegheit til å integrere ernæring betre i sjukehuset sine aktivitetar.

### 5.2 Ernæringskompetanse

Grunnleggande føresetnadar for godt ernæringsarbeid i helse- og omsorgstenesta er tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. Faktorar som påverkar behov for ernæringskompetanse er blant anna demografisk utvikling, sjukdomsutvikling, forskning og medisinsk og teknologisk utvikling, krav og forventingar frå befolkninga, pasientar og pårørande, samt helsepolitiske reformer og føringar. Autorisert klinisk ernæringsfysiolog arbeider med behandling av pasientar med ernæringsrelaterte problemstillingar eller med førebyggjande ernæringsarbeid. Kliniske ernæringsfysiologar (kef) har spesialkompetanse innanfor medisinsk ernæringsbehandling og har ei leiande rolle i utvikling av retningslinjer og prosedyrar i ernæringsbehandling i Helse og omsorgstenesta.

Det klinisk ernæringsfaglige tenestetilbodet i Helse Førde er begrensa. Det er i dag 55 000 innbyggjarar per kef-stilling i Helse Førde. Til samanlikning har Helse Bergen og Helse Stavanger 28 000 og 32 700 innbyggjarar per kef-stilling.

---

<sup>15</sup> Nasjonalt råd for ernæring (2011). Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. IS-1881

Helsedirektoratet anbefaler minst 1,5 årsverk kef per 100 sjukehussenger for vaksne og per 30 barnesenger<sup>16</sup>. Helse Førde har totalt 209 sengeplassar med 0,9 årsverk per 100 sjukehusplassar. Begrensa tilgang på kef-ressursar inneberer mindre kapasitet til overordna systematisk ernæringsarbeid, kvalitetsforbetring, utvikling og forskning. Kef ved Helse Førde arbeider i hovudsak med direkte/ indirekte pasientretta arbeid. Av kapasitetshensyn må pasientar tilvisast frå spesialisthelsetenesta, det er unntaksvis kef tek imot pasientar tilvist direkte frå primærhelseteneste- og pleie- og omsorgstenesta.

### 5.3 Grupper og problemstillingar

Studiar blant kirurgiske pasientar, kreftpasientar og eldre pasientar innlagt på medisinsk avdeling har jamt over vist at rundt 30 prosent av pasientane er i ernæringsmessig risiko. Ved visse kreftformer er ernæringsmessig risiko på over 60 %. Manglande matlyst og praktiske vanskar kring næringsinntak er vanleg hos pasientar med kreft, leddgikt, beinskjørheit, hjarte- og lungesjukdom, tarmsjukdom og psykiske lidingar. Særleg utsatt er pasientar som er 70 år eller eldre og pasientar med infeksjonssjukdommar, men ernæringsmessig risiko sjåast også hos yngre, akutt sjuke.<sup>17</sup>

#### 5.3.1 Eldre

I Norge aukar forventta levealder med 2-3 månadar per år, og den forventast å auke i tiåra som kjem<sup>18</sup>. Det er estimert at 20 % av befolkninga vil vere over 70 år i 2060. Eldrebølga er eit resultat av den medisinske, sosiale og økonomiske utviklinga dei siste tiåra. Medisinske framsteg gjer at sjukdom kurerast i større grad enn før og at fleire lev lenger med ikkje-kurabel sjukdom eller kronisk sjukdom. Fleire eldre og sjuke betyr at andelen pasientar i risiko for sjukdomsrelatert underernæring aukar. Forsking viser at hos pasientar over 65 år kan andelen pasientar som er i ernæringsmessig risiko vere over 60 %.<sup>19</sup> Ei systematisk vurdering av ernæringsstatus fører til at fleire blir fanga opp og får riktig tiltak til riktig tid. Det vil også bli lettare å rette ressursar mot dei som verkeleg treng det og at dei med størst behov blir tilvist tidleg.

#### 5.3.2 Born og unge

God ernæringsstatus er ein føresetnad for optimal vekst og utvikling. Born i vekst og utvikling har eit høgt behov for energi og næringsstoff, samstundes som kroppslagra er små. Dette gjere dei til ei sårbar gruppe. Det er store individuelle ernæringsbehov, og born treng generelt tettare oppfølging for å vareta god ernæringsstatus. Hos born og unge nyttar ein vekstkurver som det viktigaste verktøyet for å vurdere ernæringsstatus. Dette er rutinemessig innført på barneavdelinga i Helse Førde.

Born med særskilde ernæringsvanskar og ernæringsbehov krev eiga spisskompetanse på ernæring, tettare individuell oppfølging og ofte tverrfagleg tilnærming. I tillegg til ernæringsutfordringar knytt til generell helse og livsstil, finn ein også mange andre meir diagnosespesifikke ernæringsrelaterte utfordringar hos brukara av habilitering- og rehabiliteringstenester<sup>3</sup>. Det er mangelfull tverrfagleg tilnærming til ernæringsbehandling for denne pasientgruppa i Helse Førde. Ein etterspør såleis ein felles møtearena for tverrfagleg samhandling for habiliteringspasientar i Helse Førde.

#### 5.3.3 Psykiatri

Regjeringa sin strategi for psykisk helse "Mestre heile livet" skal ligge til grunn for korleis helseføretaka innrettar behandlingstilbodet til barn, unge, vaksne og eldre<sup>20</sup>. Ein skal leggje til rette for større grad av

<sup>16</sup> Helsedirektoratet (2017). Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper. IS.2592

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> <https://www.ssb.no/statbank/>

<sup>19</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og Helse (2017). Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Delprosjekt 1. Mat og ernæring til eldre - Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater.

<sup>20</sup> Helse og Omsorgsdepartementet (2017). Mestre Hele Livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022).

tverrfagleg og pasienttilpassa organisering av tilboda, ut frå kva brukarane spør etter hjelp til, og oppdatert fagkunnskap<sup>21</sup>.

Pakkeforløpa for psykisk helse skal vidare bidra til at brukaren får ei endå betre helseteneste. Over-, under- eller feilernæring er ikkje uvanleg hos pasientar med psykiske lidingar og/eller rusmiddelproblem. Pakkeforløpa anbefala kartlegging av kosthald og ernæringsstatus, og iverksetting av grunnleggande ernæringsiltak. Vidare bør det leggst til rette for eit godt og tilpassa kosthaldstilbod ved institusjonar. Alle som har behov for det, bør få tilbod om individuelt tilpassa kosttettleiing basert på Helsedirektoratets kostråd og eventuelt målretta ernæringsbehandling. Per i dag er kartlegging av ernæringsmessig risiko ikkje rutinemessig innført i psykiatrien i Helse Førde.

#### 5.4 Brukarmedverknad

Å utvikle pasienten si helseteneste er eit berande prinsipp i føretaket. Det skal prege alle delar av aktiviteten til Helse Førde, anten det gjeld pasientbehandling, forskning, opplæring eller utdanning<sup>22</sup>. I pasienten si helseteneste styrkast brukarperspektivet<sup>23</sup>. Ein skal i større grad enn tidlegare legge vekt på pasientane sine behov, og pasientane skal involverast i utviklinga av helsetenesta. Pasientane skal bidra og medverke og samtidig få ei heilskapleg behandling av høg kvalitet, utan uønskt variasjon.

Myndighetene oppmodar til aktiv samhandling med pasient og pårørande i ernæringsarbeidet. Det skal bli gitt nødvendig informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak, slik at pasienten sjølv kan medverke i planlegging av mat, måltid og ernæringsbehandling i innanfor gitte rammer. Manglande pasientmedverking og manglande kunnskap om ernæring i pasientgruppa, kan vere ei barriere for å få innført god ernæringspraksis på sjukehuset<sup>24</sup>. Skal tenestene bli betre, må brukarane involverast og forventningar avklarast. Pasienten må få hjelp av helsepersonal til å vurdere ulike behandlingalternativ for å kunne ta eit val om behandling og oppfølging.

Brukarane sine haldningar til ernæring er ein styrke. Det representerer ein moglegheit til å kunne vidareutvikle og forbetre helsetenestas ernæringspraksis<sup>25</sup>. Involvering av pasientane må skje på overordna nivå gjennom Brukarutvalet og Ungdomsrådet, men også i det daglege arbeidet og i møta mellom pasient/pårørande og helsepersonal i sjukehuset. Pasienten sjølv, pårørande, foreldre og føresette vil vere viktige ressursar og pådrivarar for eit betre tilpassa tilbod innan kosthald og ernæring. Dei kan hjelpe til med å vurdere behov for informasjon og rettleiing, samt bidra til å utforme mattilbod og ernæringsiltak i samarbeid med ulike tenestenivå<sup>16</sup>.

#### 5.5 Samhandling med kommunehelsetenesta

Ved overføring av pasientar mellom ulike omsorgsnivå skal all informasjon om pasientane sin ernæringsstatus og behov, samt ernæringsplan vidareformidlast og følgast opp<sup>26</sup>. Vidareformidling av informasjon og ernæringsplan er viktig for kontinuitet i behandlinga og ressursparande. Desse rutinane er i tråd med internasjonale retningslinjer. Ekstern samhandling med primær- og sekundærhelseteneste er mangelfull innanfor ernæringsarbeidet i Helse Førde. Mangelfull dokumentasjon ved overføringar mellom omsorgsledd, og dårlig samhandling mellom helsepersonal og ulike instansar, representerer ein risiko for pasienten.

---

<sup>21</sup> Folkehelseinstituttet (2017). Kostholdets betydning for fysisk og psykisk helse, ny kunnskap - Svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Folkehelseinstituttet.

<sup>22</sup> Helse Førde (2018). Utviklingsplan 2018-2035.

<sup>23</sup> Nasjonalt råd for ernæring (2017). Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger.

<sup>24</sup> Helse Stavanger. Ernæringsstrategi 2015-2020.

<sup>25</sup> Helse Bergen. Ernæringsstrategi 2017-2021.

<sup>26</sup> Helsedirektoratet (2017). Ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak. Kunnskapsgrunnlag for Ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. IS-2591

Eit av måla med samhandlingsreforma (2012) var at kommunane skulle ha eit større tenestetilbod i samarbeid med spesialisthelsetenesta. I Sogn og fjordane er tilgang på klinisk ernæringsfaglig spesialkompetanse i praksis fråverande i primærhelsetenesta og pleie og omsorgstenesta. Dette begrensar formålet med samhandlingsreforma. Helse- og omsorgsdepartementet anbefalar tilgang på klinisk ernæringsfysiolog i kommunane på minst 1 per 10 000 innbyggjar. Det eksisterer ikkje eit klinisk ernæringsfaglig apparat for å følge opp pasientar ved utskrivning frå spesialisthelsetenesta i Helse Førde. Dette er urovekkande, når rapportar viser at 70 % av pasientar som blir utskrivne frå sjukehus har lågare vekt ved utskrivning enn under innlegging<sup>9</sup>. Til tross for at det arbeidast systematisk med å innføre tiltakspakkane på sjukeheim og heimetenesta, syner statistikk frå 2018 at berre 29 % av pasientane i helse og omsorgstenesta i Førde kommune blir kartlagde for ernæringsmessig risiko. Rapportar over ernæringskompetanse i helse- og omsorgstenesta syner at ansatte i helsetenesta opplever at det er for lite personal, tid og ressursar til å prioritere ernæringsarbeid, særleg i forhold til sjuke eldre og kronisk sjuke<sup>3</sup>. Ansvar for organisering og koordinering av ernæringsarbeid er ofte uavklart i dei ulike tenestene. Det er uklart kva yrkesgrupper som bør/kan ha ansvar for ulike ernæringsfaglege oppgåver og kva kompetanse ulike oppgåver stiller krav til. Helsemyndigheitene anbefala at det er tilgjengelig kompetanse innan klinisk ernæring i kommunehelsetenesta for å redusere ernæringsmessig risiko<sup>27</sup>. Kliniske ernæringsfysiologar vil vere viktige bidragsytarar i tverrfaglige team i pasient- og pårørandeopplæring, i primærhelseteam og som ressurs for anna helsepersonal.

## 6 Hovudmål og delmål

Det er i alt tolv delmål. Det er fire delmål innan kvart område som omfattar mat og ernæringsarbeidet i Helse Førde. Delmåla tek utgangspunkt i Helse Bergen sin 12. punktts ernæringsstrategi for spesialisthelsetenesta. Delmåla speglar dei fire lovpålagte hovudoppgåvene til sjukehuset<sup>28</sup>.

<b>Hovudmål</b>			
Kvalitetssikra ernæringsarbeid skal integrerast i behandlingstilbodet i heile føretaket for å betre ernæringsstatus til pasientar som er feil – eller underernært eller som er i ernæringsmessig risiko			
<b>Delmål</b>	<b>Mattilbod og service</b>	<b>Matomsorg og pleie</b>	<b>Ernæringsbehandling</b>
<b>Pasientomsorg</b>	1. Pasientar skal få eit velsmakande, trygt og appetittvekkande mattilbod, som	5. Pasientar skal få individuelt tilpassa kost og serverast måltidet i	9. Alle pasientar blir individuelt kartlagde og risikovurdert for å avdekke behov for

<sup>27</sup> Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, jf Innst. 43 S (2018-2019).

<sup>28</sup> Spesialisthelsetenesta er regulert av Lov om helseføretak (2011), og har fire kjerneoppgåver; *Pasientbehandling, pasientopplæring, utdanning av helsepersonell og forskning.*



	oppfyller ernæringsmessige kvalitetskrav	eit tilrettelagt og innbydande matmiljø	ernæringsbehandling og oppfølging
<b>Opplæring av pasientar og pårørande</b>	2. Sjukehuset skal ha eit mattilbod som speglar kostanbefalingar og ernæringsbehandling gitt pasientar og pårørande	6. Kost servert på sjukehuset, samt rammer for måltid og matmiljø skal ha ein positiv læringseffekt for pasientar og pårørande	10. Pasient/pårørande skal i størst mogleg grad vere informert og involvert i eiga ernæringsbehandling
<b>Utdanning og opplæring av personal</b>	3. Tilsette som jobbar med mattilbodet skal ha riktig kompetanse for å vareta eit trygt og ernæringsmessig fullgodt kosthold til pasientane, og kunne rettleie om dette	7. Personal skal få opplæring i og ha kompetanse om korleis legge til rette for at pasientane får eit individuelt tilpassa kosthold i eit tilrettelagt matmiljø, og kunne rettleie om dette	11. Helsepersonal skal få opplæring i/ ha kompetanse om å avdekke, initiere og følgje opp ernæringsbehandling, og kunne rettleie om dette
<b>Forskning og utvikling</b>	4. Sjukehuset skal bidra til å utvikle løysningar og rutinar som forenklar, forbettrar og fornyar mattilbod og service	8. Sjukehuset skal bidra til forskning og utvikling, samt ta i bruk løysningar og rutinar som forenklar og forbettrar matomsorg	12. Sjukehuset skal bidra til forskning og utvikling, samt ta i bruk og evaluere løysningar som forenklar og forbettrar ernæringsbehandling

## 7 Organisering av prosjektet

Mat- og ernæringsarbeidet er delt inn i tre områder. Denne inndelinga er også gjeldande for ernæringsstrategien til Helse Førde, noko som tydeleggjer kva for oppgåver, roller og ansvar som høyrer under kva område.

Det har vore nedsett fire arbeidsgrupper i strategiarbeidet. Etter at mandatet vart godkjent sende prosjektleiari ut e-post til avdelingsleiari og seksjonsleiari med førespurnad om aktuelle deltakarar til arbeidsgruppene. Med forholdsvis kort svarfrist, grunna begrensa tidsrom for strategi-arbeidet, var det ikkje mogeleg for alle avdelingar å frigjere ressursar til arbeidsgrupper. Samla sett har arbeidsgruppene likevel vore breitt representert frå fagmiljøet i Helse Førde. Somatiske og psykiatriske avdelingar har vore representerte samla i aktuelle arbeidsgrupper. Det har også vore ei eiga arbeidsgruppe for born og ungdom.

Kvar arbeidsgruppe har hatt to møtepunkt, samt dialog via e-post mellom møta. Dei ulike delmåla i ernæringsstrategien har vore handsama av arbeidsgruppene. Ut i frå delmåla har alle arbeidsgruppene arbeidd med Helse Bergen sin 12.punkt tiltaksplan for å tilpasse denne lokalt til Helse Førde. Såleis har arbeidsgruppene kome fram til ein lokal tiltaksplan med prioriterte satsingsområder innanfor mat og ernæringsarbeidet.

Tidslinje for gjennomføring av prosjektet						
	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni
Prosjektstart	14.01.19					
Godkjent mandat		22.02.19				

Sette arbeidsgrupper		22.02.19 - 29.03.19			
Møte med arbeidsgrupper			14.03.19 – 12.04.19		
Utkast rapport				16.05.19	
Vedtaks sak					04.06.19

## 8 Kva er gjort i prosjektet

### 8.1 Mattilbod og service

Mattilbod og service inkluderer her matinnkjøp, menyplanlegging, matproduksjon, distribusjon av mat og tillaging av måltida som føregår på institusjonskjøkken i Helse Førde. Matforsyningskjeda omhandlar alle ledda mellom der maten blir produsert og til maten blir eten. Arbeidet blir teke i vare av kjøkkenet sitt personal. Personal i matforsyninga arbeider på tvers av alle lokalisasjonane i Helse Førde.

I Helse Førde er matforsyning organisert under Drift og Eigedom. Produksjonskjøkkenet ligg i Førde, med tilhøyrande postkjøkken. Produksjonskjøkkenet har kvalitetssikringssystem for å sikre trygg mat og styre faremomenta i prosessane som omhandlar oppbevaring, produksjon, handtering og servering av mat. Internkontrollsystem for å oppfylle næringsmiddelovgivinga (IK-Mat) er pålagt ved forskrift. Institusjonskjøkkenet har tilgang på det elektroniske støtteverktøyet Aivo for å berekne oppskrifter, porsjonsstørrelsar og næringsinnhald, samt for å overvake allergen.

Postkjøkkenet i Førde bestiller mat frå produksjonskjøkkenet etter dagens meny. Postkjøkkenet bestiller også kolonialvarer og ingrediensar for å lage ønskekost. Spezialkostar vert i stor grad laga på produksjonskjøkkenet. Noko vert laga på postkjøkkene. All farse/ purèkost vert laga på postkjøkkenet. Kvar fredag sender produksjonskjøkkenet Sous Vide-mat til alle sine lokalisasjonar i Helse Førde. Lokalisasjonane regenererer maten etter anbefalingar frå produksjonskjøkkenet. All mat som sendast frå produksjonskjøkkenet i Førde er merka med allergen og næringsinnhald. LSH og NSH mottar hovudrettar, supper, sausar og nokre dessertar frå produksjonskjøkkenet. Lunsj lagar dei sjølv. Elles kjøper dei fisk, grønnsaker, potet, brødmatt og kolonialvarer sjølv.

Økologisk satsing innan matforsyning er eit av fleire tiltak for å nå miljømåla i Helse Førde. I følgje miljøhandlingsplanen til Helse Førde skal ein oppnå 15 % økologisk mat/produkt innan 1.1.2020. Helse Førde har 17 % økologisk mat i serveringa si per 1.5.2019. Dette kvalifiserer til Debio valørmerke i bronse. Nemninga «økologisk» er juridisk beskytta, og for å marknadsføre mat som økologisk må produktet vere godkjent av Debio<sup>29</sup>. Debios godkjenningssmerker formidlar at produksjon eller produkt følger gjeldande regelverk innan økologisk og bærekraftig produksjon.

#### 8.1.1 Utfordringar - Pasientomsorg

Ei rekkje sjukdomstilstandar medfører risiko for utvikling av feil- og underernæring. Det skapar behov for å ta spesielle kostomsyn eller behov for å nytte spesialkostar. Det er såleis ofte utfordrande å sikre god og riktig informasjonsflyt mellom behandlar, pleiepersonal og matforsyning. Kosthandboka sitt kapittel om mattilbodet og standardkostar er førande for tilrettelegging av mattilbodet. Arbeidsgruppa etterspør overordna rutinebeskrivingar og definerte ansvarsområder og ansvarsavgrensing, for å sikre rett mat til rett pasient til rett tid.

<sup>29</sup> <https://debio.no/debios-merker/>

Kartlegging av ernæringsarbeidet i Helse Førde (2012) og Trygg Pleie Mini Audit Helse Førde (2018) syner at mellom 26-40 % av pasientane er i ernæringsmessig risiko. Rapporten frå Mini Auditen konkluderer med at det er mangelfulle rutinar kring kartlegging av ernæringsmessig risiko – såleis kan dette vere underrapporterte tal. Dersom ca. 33 % av pasientane er i ernæringsmessig risiko – så er det tilsvarande tal pasientar som vil ha nytte av energi og næringstett kost. Helse Førde har ein standard meny (nøkkelrådkost). Arbeidsgruppa føreslår at det utarbeidast ein energi og næringstett meny for å imøtekomme alle pasientars behov. Vidare er det kome innspel om at dei med redusert matlyst og appetitt ofte er sengeliggjande. Såleis kan ei mobil tralle med delikat tillaga og fargerike mellommåltid (smoothies o.l.) bidra til å betre måltidsrytme for desse pasientane. Matlyst og appetitt påverkast gjennom visuelle sanseintrykk. Skal ei slik mobil tralle innførast, må ein definere ansvarsområder for matvertar for å sikre saumlause overgangar.

### **8.1.2 Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande**

Arbeidsgruppa føreslår at menyar er merka med næringsinnhald (kcal, protein, karbohydrat). Dette vil skape trygghet om at alle som treng denne informasjonen får henta ut riktig informasjon. Det er ynskjeleg at fleire variasjonar av hovudmeny (merka med ulike allergen, ulikt næringsinnhald) er tilgjengeleg på intranett, saman med liste over ønskekost. Både postkjøkkenet og personalkantina er gode informasjonskanalar til pasientar og pårørande. Arbeidsgruppa føreslår å henge opp bilete av dagens rett (heil/halv porsjon) ved postkjøkkenet. Bileta skal vere merka med næringsinnhald (kcal, protein, karbohydrat). Mange pasientar/pårørande nyttar også personalkantina til å ete. Det vil vere ein fordel om kantina har utvida opningstid med bl. a servering/sal av kveldsmat til pasientar, pårørande og ansatte.

### **8.1.3 Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonal**

Det arrangerast allereie årlege fagdagar for ansatte innan matforsyning. For å sikre at alle tilsette har tilstrekkeleg kompetanse om matforsyning på post og institusjonskjøkken, foreslår arbeidsgruppa at alle tilsette/ny tilsette gjennomfører e-læringskurset «mattrygghet for pasienten. Matvertar fungerer som eit bindeledd mellom produksjonskjøkkenet og sengepostane, pleiarar og pasientar. For å sikre at spesialkost vert laga etter retningslinjer er det nødvendig med tilstrekkeleg kompetanse hos matvert. Dersom ein ufaglært/lærling har arbeidstid på postkjøkkenet, anbefalast det at den ufaglærte er under tilsyn av ein med fagbrev.

### **8.1.4 Utfordringar - forskning og utvikling**

Pleiepersonal registrerar i dag ønskekost og spesialkost på individuelle matkort som leverast til postkjøkkenet. Matkortet skal følgje pasienten gjennom heile sjukehusopphaldet. Det er mangelfulle rutinar kring bruk av matkort, og arbeidsgruppa anbefalar å følgje utviklinga innan informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å betre elektronisk matbestilling for pasientar. Vidare må ein regelmessig kvalitetssikre meny og ønskekost for å sikre at dei imøtekjem nasjonale kvalitetskrav. Det er også kome innspel om å gjennomføre ny brukarundersøking for mattilbodet. Sist denne vart gjennomført var i 2015. I neste brukarundersøking anbefalast det å gjennomføre ein for både born og vaksen. Avsluttande oppmodar arbeidsgruppa til å auke bruk av informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) på alle områder innan mattilbod og service. Eksempelsvis har dei i Helse Stavanger nyleg fått eigen matkanal. Liknande tiltak anbefalar arbeidsgruppa at ein får til i Helse Førde. Alternativt kan ein nytte seg av digitale informasjonstavler med meny, middagsrettar og næringsinnhald – dette vil bidra i opplæring av pasientar og pårørande.

### 8.1.5 Tiltaksplan mattilbod og service

Pasientomsorg	
<b>Delmål</b>	1. Pasientar skal få eit velsmakande, trygt og appetittvekkande mattilbod, som imøtekjem ernæringsmessige kvalitetskrav
<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>1.1 To standardkostar (Energi- og næringstett kost og Nøkkelråds kost) og eit tilpassa utval spesialkostar skal vere tilgjengeleg</li><li>1.2 Faste mellommåltid skal vere tilgjengeleg for pasientane på postkjøkken og det skal serverast mellommåltid på serveringstralle etter behov</li><li>1.3 Menyar skal vere næringsberekna og innehalde opplysningar om varedeklarasjon og allergen</li><li>1.4 Pasientar skal ha tilgang på spesialkost og ønskekost ved behov</li><li>1.5 Matvareutval skal ivareta variasjon, ulike behov og gje fleksibilitet i mattilbodet</li><li>1.6 Arbeidsfordelinga mellom produksjonskjøkken, postkjøkken og helsepersonal skal vere tydeleg og avklart</li><li>1.7 Pasientar i poliklinisk kontakt skal ha tilgang til å kjøpe mat nært til der behandling føregår</li><li>1.8 Sjukehuset skal ha eit finansieringssystem som sikrar likt mattilbod for pasientane</li><li>1.9 HACCP skal vere implementert i føretakets IK-mat system</li></ul>
Opplæring	
<b>Delmål</b>	2. Sjukehuset skal ha eit mattilbod som speglar kostanbefalingar og ernæringsbehandling gitt pasientar og pårørande

<b>Tiltak</b>	<p>2.1 Menyar skal innehalde opplysningar om energi og allergen. Det skal også vere tilgjengeleg meny merka med karbohydrat og protein</p> <p>2.2 Informasjon om mattilbodet skal vere tilgjengeleg og gjerast kjent for pasientar og pårørande</p> <p>2.3 Personalkantina ved Førde sentralsjukehus skal i stor grad gjenspeile generelle kostanbefalingar frå Helsedirektoratet</p>
<b>Utdanning</b>	
<b>Delmål</b>	3. Tilsette som jobbar med mattilbodet skal ha riktig kompetanse for å vareta eit trygt og ernæringsmessig fullgodt kosthold til pasientane, og kunne rettleie om dette
<b>Tiltak</b>	<p>3.1 Sjukehuset skal bidra i utdanninga av matfagleg personal</p> <p>3.2 Det skal arrangerast fagdagar for matfagleg personal</p> <p>3.3 E-læringskurset «mattrygghet for pasienten» skal innarbeidast i introduksjonsprogram for nyansatte</p> <p>3.4 Personal som jobbar med mattilbodet skal ha dokumentert matfagleg kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar</p> <p>3.5 Matvert skal ha fagbrev frå kokkefaget eller vere under tilsyn av matvert med fagbrev</p>
<b>Forskning/utvikling</b>	
<b>Delmål</b>	4. Sjukehuset skal bidra til å utvikle løysningar og rutinar som forenkler, forbetrar og fornyar mattilbod og service
<b>Tiltak</b>	<p>4.1 Sjukehuset skal auke bruk av IKT innanfor matforsyning (eks. elektroniske støtteverktøy som sikrar rett mat til rett pasient til rett tid)</p> <p>4.2 Enkle og tydelege bestillingsrutinar for spesialkost og ønskekost skal vidareutviklast og forbetrast, slik at pasienttryggleik aukast og svinn reduserast</p>

## 8.2 Matomsorg og pleie

Matomsorg inkluderer her oppgåvene som er nødvendig for å sikre at alle dag- og inneliggjande pasientar får eit individuelt tilpassa mattilbod, uavhengig om ein har ein ernæringsstilstand som krev behandling eller ikkje. Innkomstsamtale skal kartlegge behov for individuell tilpassing av kostholdet, inkludert næringsbehov, spesialkost som tek i vare allergi og intoleranse, religiøse og kulturelle forhold, måltidsrytme, porsjonsstorleik og konsistens. Vidare omhandlar matomsorg at det er lagt til rette for eit godt matmiljø med fokus på ro til å ete og at dagsprogrammet på sjukehuset ikkje inneber unødvendig lang faste. Eit godt matmiljø inkluderer også motiverande samtalar om måltidet, omgjevnader som stimulerer appetitten og at eventuelle behov for hjelp og tilpassa utstyr blir sytt for.

### 8.2.1 utfordringar - Pasientomsorg

Resultat frå kartlegging av ernæringsarbeidet i Helse Førde i 2012 synte mangelfulle og- eller- uklare rutinar knytt til matomsorg. Trygg Pleie Mini Audit Helse Førde (2018) spurte pleiepersonell om «årsak til at ikkje alle pasientar i ernæringsmessig risiko blir følgt opp med behandlingsplan og tiltak». Pleiepersonal belyste utfordringar knytt til mangel på tid og ressursar, lite dokumentasjon av tiltak, at det ikkje er oppretta behandlingsplan og for lite fokus og kunnskap. For å få til betre rutinar kring oppfølging av pasientar med risiko fastslår personell at det er nødvendig med ei haldningsendring, meir fokus og kunnskap om tema, meir undervisning om behandlingsplan og auka bemanning. Arbeidsgruppa innanfor matomsorg i ernæringsstrategien konstaterer at det er nødvendig med tydeleg ansvars- og

oppgåvefordeling for å sikre at pasientar får ein kost tilpassa individuelle behov, i eit tilrettelagt matmiljø. Dette er nødvendig for å sikre samspel mellom rammene for måltidet, rommet ein skal ete i, møte mellom pasient og personal og maten som serverast. Alle desse faktorane har betydning for matinntak og matglede. Visjonen om «Rett mat til rett pasient til rett tid» summerer det god kvalitet i ernæringsarbeidet handlar om; at ernæringsiltak er tilpassa den enkeltes behov. Ein skal tilby mat på ein måte som bidrar til matglede og at pasientane opplever omsorg. Dette understrekar behovet for god kommunikasjon mellom den som skal ete maten, pleiepersonal og kjøkkenpersonl.

Arbeidsgruppa peikar på ulike utfordringar innan somatiske avdelingar og psykiatrien. Det kan opplevast meir hektisk rundt måltidmiljøet på somatiske avdelingar. Fleire pasientar delar rom, planlagde visittar, tilsyn, undersøkingar m.m. gjere det ofte vanskeleg å sikre tilstrekkeleg tid og ro til måltida. I psykiatrien opplever dei å ha eit godt fokus på måltidsmiljøet, men ernæringskartlegging er ikkje rutinemessig innført, og såleis er det vanskeleg å sikre at alle pasientar får individuelt tilpassa kost. Utfordringane i psykiatrien handlar i større grad om å få ernæringsarbeidet meir integrert i behandlinga og satt på dagsorden.

### **8.2.2 Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande**

For at pasientar og pårørande skal kunne vareta eiga matomsorg er det viktig med nødvendig opplæring og rettleiing av pasientane. Pasientar skal oppmodast til matinntak og få nødvendige tilpassingar som bidreg til matinntak. Tidsskjema for pasientar under innlegging kan ofte vere hektisk og i noko grad vanskeleg å førespegle, samt at pleiepersonal har mange oppgåver dei skal utføre i løpet av ein arbeidsdag. Arbeidsgruppa spesifiserer at nettopp desse utfordringane kan påverke opplæring av pasientar og pårørande. Dersom tiltak ikkje er formidla tydeleg i rapport eller behandlingsplan, kan ernæringsiltak bli forsømde. Tilstrekkeleg tid og ro kring måltida er nødvendig for å kunne gi god rettleiing og opplæring. Arbeidsgruppa etterspør også tilgang på skriftleg informasjon for pasientar og pårørande, noko som kan bidra til å sikre opplæring av pasientar og pårørande i ein hektisk arbeidskvardag

### **8.2.3 Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonal**

Pleiepersonal belyser utilstrekkeleg opplæring og mangelfull kunnskap som ei av årsakene til at behandlingsplan og tiltak ikkje blir følgt (2.1). Utfordringar knytt til mangel på tid og ressursar påverkar også dette. Arbeidsgruppa saknar fagdagar om ernæring for helsepersonal, prioritert tid til å gjennomføre e-læringskurs og internundervisning om ernæring. Betre opplæring og gjennomgang av kartleggingsverktøy, opplæring i ulike kosttypar og beriking av mat er bl.a tema som arbeidsgruppa etterspør. På postkjøkken er matvert eksempelvis på jobb til 1700, og kveldsvaktene må sikre at pasientane får mat i tråd med individuelle behov. God opplæring er ein føresetnad for dette.

### **8.2.4 Utfordringar - Forsking og utvikling**

Arbeidsgruppa innan matomsorg er samstemde i at det er mangelfulle rutinar kring bruk av matkort. Såleis oppmodar også denne arbeidsgruppa Helse Førde til å følgjer utviklinga innan informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å bl.a. betre elektronisk matbestilling for pasientar (8.1.4). Det bør vere eit bestillingssystem som varetek god kvalitet, samt god kommunikasjon og fleksibilitet, ovanfor pasientar med spesielle behov.

### 8.2.5 Tiltaksplan Matomsorg

Pasientomsorg	
<b>Delmål</b>	5. Pasientar skal få individuelt tilpassa kost og serverast måltidet i eit tilrettelagt og innbydande matmiljø
<b>Tiltak</b>	<p>5.1 Ein skal få individuelle tilpassingar ved behov (måltidsytme inkludert hovedmåltid og mellommåltid, behov for spesialkost og nødvendig hjelp til å ete)</p> <p>5.2 Spesialkost og ønskekost skal registrerast på matkort som skal følgje pasienten under heile opphaldet og sikre rett mat til rett pasient til rett tid</p> <p>5.3 For aktuelle pasientar skal spesialkost, ønskekost, og eteåtferd (inkl. matinntak, væskeinntak og måltidsrytme) registrast i Meona</p> <p>5.4 Måltida skal serverast i ei innbydande ramme, i eit reint og trivelig måltidsmiljø, og ein skal tilstrebe at pasientane får ete i ro og fred</p> <p>5.5 Pasientane sine planar for dagen skal inkludere regelmessige måltid og ein skal hindre unødig faste i samband med planlagde inngrep og behandling (eks. tilby Preop inntil 2 timar før kirurgi)</p> <p>5.6 Postane skal ha gode rutinar for matsservering og oppfølging i måltida med tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling</p> <p>5.7 Nattfaste skal vere &lt; 11 timar</p>
Opplæring	
<b>Delmål</b>	6. Kost servert på sjukehuset, samt rammer for måltid og matmiljø skal ha ein positiv læringseffekt for pasientar og pårørande
<b>Tiltak</b>	<p>6.1 Pasientar og pårørande skal få nødvendig opplæring og rettleiing til å kunne vareta eiga matomsorg (eks. hjelp til å ete, tilpassing av eteutstyr mm.)</p> <p>6.2 Pasientar skal oppmodast til matinntak og få nødvendige tilpassingar som bidreg til matinntak. Dersom pasienten ikkje kan kommunisere sjølv skal same oppmoding gis til pårørande</p> <p>6.3 Det skal vere tilgjengelig informasjon for pasientar og pårørande, om viktigheit av og praktisk informasjon om korleis vareta eiga matomsorg (eks. forenkla kostbrosjyrer, informasjon om</p>

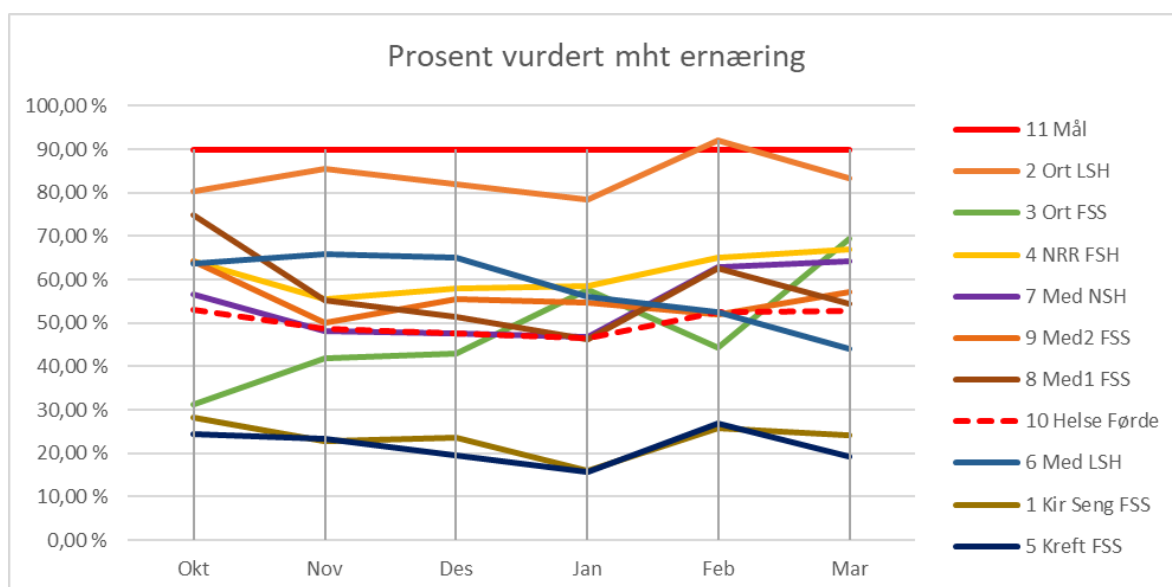
	tilrettelagt mattilbod ved institusjon og kommunale måltidstilbod for heimebuande etter utskrivning)
<b>Utdanning</b>	
<b>Delmål</b>	7. Personal skal få opplæring i og ha kompetanse om korleis legge til rette for at pasientane får eit individuelt tilpassa kosthald i eit tilrettelagt matmiljø, og kunne rettleie om dette
<b>Tiltak</b>	7.1 Sjukehuset skal bidra med opplæring i utdanning av dei yrkesgruppene som skal jobbe med matomsorg 7.2 Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behovet for kompetanse innan matomsorg til relevante grunn- og vidareutdanningar 7.3 Personal som jobbar med matomsorg skal få tilbod om kompetansehevande tiltak eks. via internundervisning og e-læringskurs 7.4 Matomsorg skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter, ernæringsfagdagar og i faglige fora
<b>Forskning/utvikling</b>	
<b>Delmål</b>	8. Sjukehuset skal bidra til forskning og utvikling, samt ta i bruk løysningar og rutinar som forenkler og forbetrar matomsorg
<b>Tiltak</b>	8.1 Forsking og utvikling bør nyttast for å kome fram til løysingar som varetek pasientane sine behov 8.2 Sjukehuset bør legge til rette for forbetningsarbeid med mål om å forenkle og forbetre matomsorg

### 8.3 Ernæringsbehandling

Ernæringsbehandling inkluderer her målretta ernærings tiltak som varetek pasienten sine ernæringsmessige behov (energi, makro- og mikronæringsstoffer) ved feilernæring og/eller sjukdom/skade/planlagt behandling. Etter faste rutinar skal ein kartlegge ernæringsstatus hos alle pasientar ved innlegging og under opphald, og ernæringsbehandling skal initierast, følgjast opp og evaluerast. Ernæringsbehandling omfattar også førebyggjande ernærings tiltak i tilfelle der forverring av ernæringsstatus kan forventast.

Ernæringsbehandling inngår i og er ein grunnleggjande føresetnad for den medisinske pasientbehandlinga og er del av behandlingsansvarleg lege sitt ansvarsområde. Ernæringsstatus og behandling skal dokumenterast ved hjelp av ernæringsrelaterte diagnose- og/eller prosedyrekodar. Dette arbeidet blir teke i vare av bl.a sjukepleiarar, legar og klinisk ernæringsfysiologar (vedlegg 1). Helse Førde har som mål at 90 % av inneliggjande pasientar skal risikovurderast i høve Trygg Pleie (vedlegg 7). Tal frå styringsportalen syner at 46 % vart risikovurderte i januar 2019, og 52 % vart risikovurderte i både februar og mars 2019. Helse Førde er 45 % frå fastsatt mål. Arbeidsgruppa føreslår strategiske val i sjukehusets hovudoppgåver (pasientbehandling, opplæring, forskning/utvikling og utdanning) for å sikre betre måloppnåing i ernæringsarbeidet.





Figur 1. Andel pasientar risikovurdert (%) ved ulike avdelingar i Helse Førde (Oktober 2018-Mars 2019)

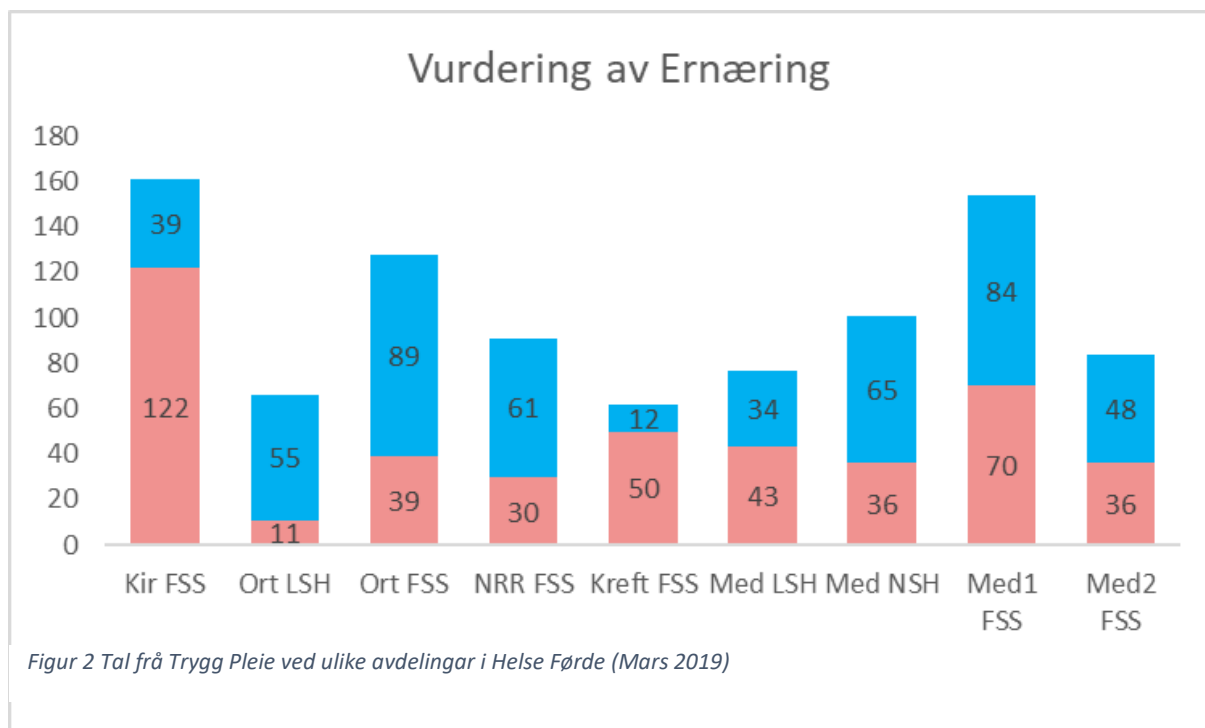
### 8.3.1 utfordringar - Pasientomsorg

Helse Førde har ernæringsprosedyrar integrert i sitt kvalitetssystem, men manglar ein overordna struktur. Dermed er det utfordringar med intern samhandling mellom dei ulike aktørane, personalgrupper, sengepostar og klinikkar.

Trygg Pleie Mini Audit Helse Førde (2018)<sup>12</sup> syner store gap i den metodiske tilnærminga til tiltakspakken. Arbeidsgruppa meiner det er behov for betre rutinar kring tiltakspakken. Tal frå Mini Auditen syner at ein stor del av pasientar i ernæringsmessig risiko ikkje får iverksatt ernæringsstiltak, og at diagnosekoder og prosedyrekoder i høve ernæring brukas for sjeldan. Mangelfulle rutinar kan representere ein trussel mot pasienttryggleiken. God informasjonsflyt og formidling av kartleggingsstatus og ernæringsplan er grunnleggande for å kunne gi god ernæringsbehandling – samt kostnadssparande og ressursparande. Ansvarsfordelinga i ernæringsarbeidet er tydelig beskrive i vedlegg 1. Det er uklart i kva grad denne ansvarsfordelinga er kjend i avdelingane.

Arbeidsgruppa adresserer at målingane i høve Trygg Pleie syner andelen pasientar som er risikovurdert, ikkje pasientar som har verksett tiltak eller utarbeida ernæringsplan.

Som utgangspunkt bør det vere slik at andelen pasientar som er kartlagd til å vere i ernæringsmessig risiko



innan eitt døgn, er likt talet pasientar med utarbeida ernæringsplan og verksett tiltak. Vidare skal talet vere likt antall pasientar som får vidareført risiko, tiltak og oppfølging i PLO meldingar ved utskriving. Utfordringa her er at mange av desse parameterane krev manuell uthenting av data, og dette er svært ressurskrevjande. Det er per i dag ikkje gode nok elektroniske rapporteringssystem på resultatindikatorar. Arbeidsgruppa betraktar dette som potensielt utslagsgivande for å sikre god oppfølging av tiltakspakken og vidare betre ernæringsbehandlninga.

Oppfølging av prosessindikatorar på føretaksnivå og i linjeleiinga er også mangelfullt. Dette oppfølgingsarbeidet må systemiserast. Tal frå styringsportalen må tilbakerapporterast og tilbakeførast. Det skal vere tydeleg kven som hentar ut statistikk, kven som rapporterer på tala og kven som skal følgje opp indikatorane.

Innanfor psykiatrien er ikkje ernæringskartlegging rutinemessig ein del av innkomstamtalen. Psykiatriske avdelingar er heller ikkje kjent med tiltakspakken og Trygg Pleie skjema i DIPS. Systemisert ernæringsarbeid må rutinemessig innførast også i psykiatrien. Her kjem arbeidsgruppa med innspel om at det er viktig at personal er delaktig i desse endringsprosessane, og at ernæringsarbeid må vere godt forankra hjå linjeleiinga.

### 8.3.2 Utfordringar – Opplæring av pasientar og pårørande

Mat og måltid som pasientar blir servert under innlegging skal representere anbefalt ernæringsbehandling også etter utskriving. Såleis er den ernæringsbehandlninga pasientane får under innlegging ein viktig arena for pasientopplæring. Denne arbeidsgruppa peikar på same Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande og pårørande.

### 8.3.3 Utfordringar – Utdanning og opplæring av helsepersonal

Trygg Pleie Mini Audit Helse Førde (2018) stadfestar mangelfull kunnskap om å identifisere og behandle sjukdomsrelatert underernæring. Pleiepersonal er usikre på korleis ernæringsstatus skal kartleggast og dei rapporterer om dårleg kjennskap til retningslinjene for sjukdomsrelatert underernæring. Arbeidsgruppa bekreftar funna i Mini Auditen og etterspør betre opplæring og rutinebeskrivingar. Mange er usikre på kvar ein skal registrere risiko, korleis initiere ernærings tiltak og dokumentere oppfølgingstiltak. Personal må få tilbod om Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonpetansehevande tiltak. Arbeidsgruppene til ernæringsstrategien etterspør overordna ernæringsprosedyrar, som blir utarbeida i tråd med gjeldande kvalitetskrav og overordna rutinebeskrivingar, med tydeleg ansvarsfordeling.

### 8.3.4 Utfordringar – Forsking og utvikling

På lik linje som i dei andre arbeidsgruppene, oppmodar denne arbeidsgruppa til å auke bruken av IKT i pasientbehandlninga. Auka bruk av telemedisin må vurderast også innan dette fagområdet.

Innføringa av elektronisk løysing for kurve og legemiddelhandtering (KULE) inneber betydeleg nytteeffektar gjennom betre arbeidsprosessar og løysingar som gir nødvendige kvalitets og effektivitetsgevinstar. I neste oppgradering av Meona i Helse Førde vil det lanserast ei ny ernæringsfane. Personal må framleis utføre risikovurdering i DIPS og dokumentere tiltak som tidlegare. Nytt blir no at ein overfører kroppsmål og risikostatus til Meona. Vidare vil ein her dokumentere faktorar som påverkar ernæringsstatus og ernæringsbehov, dokumentere ernæringsplan med ernærings tiltak (inkl. kostregistrering og ordinerer og administrering av næringstilskot). Innføringa av ernæringsfana i Meona er eit viktig utviklingsområde og bidreg til å systematisere og dokumentere ernæringsbehandling. For å sikre riktig dokumentasjon er arbeidsgruppa for ernæringsfana i KULE prosjektet i gang med å utarbeide ei overordna fellesrutine for ernæringsdokumentasjon mellom DIPS og Meona. Denne fellesrutina vil tydeleggjere kvar ein skal dokumentere dei ulike arbeidsprosessane knytt til risikovurdering.

Vidare oppmodar arbeidsgruppa avdelingane til å gjennomføre forbetningsarbeid innan ernæringsfaget. Arbeidsgruppa understrekar også eit behov for å utvikle retningslinjer og prosedyrar for ernæringsbehandling, og sikre at desse blir etablerast på føretaksnivå. Arbeidsgruppa føreslår større fokus på samhandling på mellom føretaka i Helse Vest for å få dette til. Det er allereie etablert eit regionalt nettverk for klinisk ernæringsfysiologar, med kvartalsvis møte via Lync. Det føreslås at ein nyttar denne tilnærminga til å samhandle om utvikling av regionale fagprosedyrar og retningslinjer.

### 8.3.5 Tiltaksplan Ernæringsbehandling

Pasientomsorg	
<b>Delmål</b>	9. Alle pasientar blir individuelt kartlagd og risikovurdert for å avdekke behov for ernæringsbehandling og oppfølging
<b>Tiltak</b>	9.1 Alle pasientar skal vurderast for ernæringsmessig risiko eller for behandlingspåført overvekt, innan eit døgn etter innlegging 9.2 Alle pasientar vurdert utanfor risiko ved første vurdering skal kartleggast rutinemessig kvar veke i tilfelle endring i ernæringsstatus

	<p>9.3 Prioriterte grupper polikliniske pasientar og dagpasientar skal vurderast for ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingspåført overvekt</p> <p>9.4 Det skal opprettast ein ernæringsplan og verksettast tiltak så snart som mogeleg hos pasientar i risiko, og seinast innan eit døgn etter kartlegging</p> <p>9.5 Tiltak og mål i ernæringsplan skal vurderast fortløpande, og minimum kvar veke, med spesielt fokus på matinntak og vektutvikling</p> <p>9.6 Sjukehuset skal ha tydelige ansvars- og oppgåvefordelingar kring igangsetjing og oppfølging av ernæringsbehandling forankra i VAR-prosedyrar i EK-handboka</p> <p>9.7 Ernæringsstatus og ernæringsbehandling skal dokumenterast og eventuelt kodast for i elektronisk pasientsjournal og kurve, og vidareformidlast til neste behandlingsledd</p> <p>9.8 Resultatindikatorar og prosessindikatorar skal følgjast opp kontinuerleg</p>
<b>Opplæring</b>	
<b>Delmål</b>	10. Pasient/pårørande skal i størst mogleg grad vere informert og involvert i eiga ernæringsbehandling
<b>Tiltak</b>	<p>10.1 Sjukehuset skal ha tilgjengelig informasjonsmateriell om kostråd på heimeside og på intranett</p> <p>10.2 Sjukehuset skal ha opplæringstilbod om kostråd ved ulike diagnosar/behandingar for pasient/pårørande</p> <p>10.3 Ernæringsplan skal formidlast til neste omsorgsnivå, og pasient/pårørande eller omsorgspersonale frå institusjon skal få opplæring til gjennomføring av ernæringsbehandling når denne held fram etter utskriving</p>
<b>Utdanning</b>	
<b>Delmål</b>	11. Helsepersonal skal få opplæring i/ ha kompetanse om å avdekke, initiere og følgje opp ernæringsbehandling, og kunne rettleie om dette
<b>Tiltak</b>	<p>11.1 Sjukehuset skal bidra til opplæring om ernæringsbehandling i utdanninga av helsepersonal</p> <p>11.2 Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behov til kompetanse om ernæringsbehandling i relevante grunn- og vidareutdanningar</p> <p>11.3 Helsepersonal skal få nødvendig opplæring i mat- og ernæringsarbeidet</p> <p>11.4 Personal som jobbar med ernæringsbehandling skal få tilbod om kompetansehevande tiltak eks. via internundervisning og e-læringskurs</p> <p>11.5 Ernæringsbehandling skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter og på større møter/seminar (eksempelvis fredagsmøter, ernæringsfagdagar)</p>
<b>Forskning/utvikling</b>	
<b>Delmål</b>	12. Sjukehuset skal bidra til forskning og utvikling, samt ta i bruk og evaluere løysningar som forenkler og forbetrar ernæringsbehandling
<b>Tiltak</b>	<p>12.1 Sjukehuset bør legge til rette for tverrfaglige forskingsprosjekt med mål om å betre ernæringsbehandling</p> <p>12.2 Sjukehuset skal ha oversikt over førekomst av ernæringsrelaterte problemstillingar og ev. ernæringsstiltak som skal nyttast til evaluering og kvalitetssikring</p> <p>12.3 Retningslinjer og prosedyrar for ernæringsbehandling skal etablerast på føretaksnivå og ein bør delta i arbeidet med å lage tilhøyrande nasjonale fagprosedyrar der dette er aktuelt</p> <p>12.4 Det bør leggjast til rette for auka bruk av telemedisin</p>

## 8.4 Born og unge

God ernæringskartlegging og tilstrekkeleg ernæringsbehandling er ein viktig del av det tverrfaglege behandlingstilbodet til born og ungdom ved heile helseføretaket. Etevanskar hos born kjem ofte til syne gjennom utfordringar relatert til å ete eller drikke tilstrekkeleg, eller ved at barnet har eit svært anstrengt forhold til eting og måltider. Desse vanskane kan føre til at barnet ikkje dekkjer næringsbehov, og vidare føre til negativ vekstutvikling. Nokon gangar er det ein kjent årsak til vanskane, i andre tilfelle er det vanskeleg å påvise nokon sikker årsak.

### 8.4.1 utfordringar - Pasientomsorg

Barneavdelinga har eigne rutinar og prosedyrar for å kartlegge ernæringsstatus. For dei fleste born er ordinære vekstkurver tilstrekkeleg kartlegging for å følge vekt og lengdeutvikling. Hos nokon grupper pasientar nyttar ein eigne vekt-for-lengde kurver for å vurdere utviklingstrendar, men nokon av desse kurvene kan også overestimere underernæring og underestimere overvekt. Bruk av vekstkurver er rutinemessig innført på barneavdeling, samt at barnelegar og pleiepersonal rutinemessig stiller spørsmål kring barns kostvanar og matinntak. Arbeidsgruppa etterspør likevel rettleiande spørsmål som kan bidra til å fange opp alle pasientar i ernæringsmessig risiko. Eit barn kan vere feilernært før det er synleg på vekstkurve. Vidare etterlyser arbeidsgruppa tydlegare retningslinjer for ernæringsbehandling av barn og unge. Arbeidsgruppa peikar på hovudsakleg fire utfordringar:

#### 1 Sengepost

Arbeidsgruppa peikar på at det er i mindre grad tilrettelagt for born med dårleg matlyst. Fleire pasientar og pårørande blir vist til Rema 1000 for større utval. Pleiepersonal har lite kjennskap til ernæringstrappa<sup>9</sup> som verktøy for å systematisere ernæringsarbeid og prioritere ernæringstiltak. Dei nyttar i sjeldan grad energitett kost og ønskekost for denne pasientgruppa. Pleiepersonal rapportera at born med dårleg matlyst oftast vel å ete brødmatt, yoghurt og is. Arbeidsgruppa etterspør liste/meny over ønskekost. I dialog med matforsyning viser det seg at det er mangelfull kommunikasjon mellom barneavdeling og matforsyning, noko som vanskeleggjer bl.a. bestillingsrutinar. Eit eksempel er at arbeidsgruppa etterspør klemmesmoothie til mindre barn. Prosjektlear undersøker mulighetene for dette, og det viser seg at det allereie er tilgang på dette produktet. Minuset er at det ikkje blir bestilt opp på avdelinga eller at personal ikkje er klar over at det eksisterar eit tilbod på dette – noko som vidare medfører svinn. Arbeidsgruppa føreslår betre kommunikasjon mellom matforsyning og barneavdeling.

#### 2 Habileringspasientar

Etevanskar hos desse pasientane er ofte av samansett karakter og i dei fleste tilfelle er det behov for ei tverrfagleg tilnærming. Ernæringsbehandlinga vil variere avhengig av kva type etevanskar som er mest framtrêdande, om barnet viser vegring, munn- og svelgmotoriske vanskar eller har eit begrensa kosthald. Avvikande eteutvikling er vanlegare hos born med alvorleg sjukdom og er særleg utbreidd ved enkelte diagnosar. Pleiepersonal opplever også at mange foreldre og pårørande følger tilrådingar som ikkje er evidensbasert, og ynskjer tettare dialog med klinisk ernæringsfysiolog i slike utfordringar. Arbeidsgruppa føreslår at det etablerast eit tverrfagleg ernæringsteam for barn med ernæringsvanskar. Dette vil mogeleggjere felles drøfting blant dei ulike faggruppene, samt felles dialog med foreldre og borna. Dette vil vidare bidra til betre behandling og oppfølging av denne pasientgruppa.

#### 3 Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)

Ungdommar blir ikkje rutinemessig kartlagde for ernæringsmessig risiko eller andre ernæringsrelaterte utfordringar. Arbeidsgruppa etterspør enkle kartleggingsverktøy som ein kan inkludere i kartlegging og utredningsfasen for denne pasientgruppa. Spesielt viktig er det å kartlegge vekthistorikk i forbinding med medikamentbehandling. Nokon medikament kan gi biverknadar som auka appetitt eller nedsett matlyst. Begge desse utfordringane kan vere ei stor påkjenning for pasienten og få ernæringsmessige følger på sikt.

Når det gjeld inneliggjande pasientar, får dei same standard meny som resten av sengepostane i føretaket. Arbeidsgruppa etterspør ein meny som har fleire alternativ tilpassa ungdom. Arbeidsgruppa nemner for eksempel at det nokon veke serverast fisk tre dagar, og at grønnsaker kan vere overkokte. Dette er ikkje ein meny som er tilpassa ungdom. Mange innlagde ungdommar er svært selektive i matvareutvalet.

#### 4 Poliklinisk konsultasjon hos klinisk ernæringsfysiolog

Etter polikliniske konsultasjonar hos kef bør kopi av epikrise sendast til helsestasjon for alle barn under 6 år. Dette er ikkje rutinemessig innført i dag, men vil vere på lik linje med gjeldande rutinar for

barneavdeling. Ein bør også vurdere om behandling av ungdom mellom 12-15 skal strukturast annleis. Skal denne gruppa få tilbod om å komme til samtale todelt slik som hos andre behandlarar? Forslag frå arbeidsgruppa om at første samtale er med ungdom og føresette samla, deretter tilbod om samtale mellom ungdom/foreldre og behandlar på eigenhand.

#### **8.4.1 Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande**

Arbeidsgruppa er einstydig i at det er viktig med fokus på opplæring av foreldre og pårørande. Spesielt viktig er det at foreldre til ungdom som har vore innlagt på UPH får informasjon og rettleiing før ungdom kjem heim att. Denne arbeidsgruppa peikar på same Utfordringar - Opplæring av pasientar og pårørande og pårørande.

#### **8.4.2 Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonal**

Personal må få tilbod om Utfordringar - Utdanning og opplæring av helsepersonpetansehevande tiltak. Denne arbeidsgruppa etterspør, på lik linje med dei andre arbeidsgruppene, overordna ernæringsprosedyrer og rutinebeskrivingar med tydeleg ansvarsfordeling.

#### **8.4.3 Utfordringar - Forsking og utvikling**

Innføringa av elektronisk løysing for kurve og legemiddelhandtering (KULE) er forseinka innanfor pediatri. Såleis kan ein ikkje forvente at ernæringsfana i MEONA er tilgjengeleg med det første. Ved lansering av denne, er det viktig å innføre gode fellesrutinar over kor ein skal dokumentere dei ulike arbeidsprosessane knytt til risikovurdering og ernæringsbehandling.

Vidare oppmodar arbeidsgruppa barneavdelingane til å gjennomføre forbetningsarbeid innan ernæringsfaget. Arbeidsgruppa har hatt ein gjennomgang på validerte kartleggingsverktøy for barn (vedlegg 8). Dei har kome fram til eit forslag på 4 spørsmål som kan rutinemessig innførast i innkomsamtalen. Dette kan vere eit godt grunnlag for eit forbetningsprosjekt i høve barn og ungdom (vedlegg 9). Vidare føreslår arbeidsgruppa at det gjennomførast ein brukarundersøking på ønskekost ved barneavdeling og UPH.

## **9 Prioriterte satsingsområder**

Ein føresetnad for god ernæringspraksis er forankring i leiinga, tydelege ansvarsforhold, tverrfagleg samhandling, kunnskap om førebygging og behandling av feilernæring, og pasientmedverknad. Arbeidsgruppene til ernæringsstrategien, som samla representerer dei ulike avdelingane ved sjukehuset, har gått igjennom mattilbod, rutinar for god ernæringspraksis og kompetansebehov. Ernæringsstrategien føreslår ei rekke tiltak for å styrke ernæringskompetansen hos helsepersonal og kvalitetssikre ernæringsarbeidet i føretaket. Implementering av tiltaksplanen må vere ein planlagt og målretta systematisk prosess. Ein tydeleg ernæringsstrategi vil forbetre mogelegheita for systematisk førebygging og behandling av sjukdomsrelatert feil og- eller underernæring. Arbeidsgruppene føreslår ei rekke prioriterte satsingsområder for å oppnå dette (vedlegg 12). Desse satsingsområda er i samsvar med tilrådingar frå Kosthandboka og anbefalingar frå Helsedirektoratet.

## 9.1 Overordna styring av ernæringsarbeidet

### 9.1.1 Tilrådingar

- Det skal etablerast eit ernæringsutval som skal følgje opp arbeidet med ernæringsstrategien (vedlegg 10)
- Det skal etablerast eit ernæringsnettverk med ernæringsfagleiarar og ernæringskontaktar (vedlegg 10)

## 9.2 Ernæringspraksis

### 9.2.1 Tilrådingar

- Ernæringskartlegging skal rutinemessig innførast ved alle avdelingar, inkludert psykisk helsevern (vedlegg 4-6)
- Ernæringskartlegging skal rutinemessig innførast for aktuelle polikliniske pasientgrupper (vedlegg 4-6)
- Det skal utarbeidast overordna ernæringsprosedyrar
- Det skal utarbeidast rutinebeskrivingar for systematisk oppfølging av ernæringsindikatorar
- Det skal etablerast rutinebeskrivingar for tverrfagleg samhandling innanfor ernæringsarbeidet ved sjukehuset (vedlegg 6)
- Det skal utarbeidast rutinebeskriving for ansvarsfordeling for ernæringsarbeidet ved avdelingane (vedlegg 1 og vedlegg 2)
- Det skal utarbeidast rutinebeskriving over aktuelle polikliniske pasientgrupper som skal kartleggjast for ernæringsmessig risiko
- Det skal utarbeidast og etablerast rutinebeskrivingar for samhandling med kommunane
- Det skal etablerast eit tverrfagleg ernæringssteam for barn med ernæringsvanskar

## 9.3 Ernæringskompetanse

### 9.3.1 Tilrådingar

- Ein skal prioritere opplæring og utdanning av personal (spesielt ernæringsfagleiarar og ernæringskoordinatorar)
  - o E-læringskurs
  - o Ernæringsfagdag
  - o Internundervisning
- Det skal opprettast ei ernæringsside på intranett
- Det skal opprettast ei ernæringside på internett for Helse Førde

## 9.4 Forbetringsarbeid

### 9.4.1 Tilrådingar

- Hovudmeny og meny over spesialkost skal kvalitetssikrast
- Det skal gjennomførast nye brukarundersøkingar for mattilbod (vaksne og barn)
- Det skal gjennomførast ein pilot på energitett meny
- Det skal gjennomførast ein pilot på «mellommåltid tralle» for aktuelle avdelingar

## 10 Oppgåver som må følgast opp i linjeorganisasjonen

Leiarar har ei viktig rolle i gjennomføring av strategiarbeidet. Leiarane har ansvar for å sikre at mat- og ernæringsarbeidet vert inkludert og organisert i det daglege arbeidet og at rutinar, prosedyrar og ansvarsfordeling er vareteke.

Avdelingane må sjølv følgje rapportane for si avdeling i Styringsportalen, sikre at tiltak vert iverksatt hos pasientar med risiko og at dokumentasjon av tiltak vert dokumentert og evaluert på ein forsvarleg måte.

Ein må erkjenne at det tek tid og krev ressursar å få gjennomført dagleg mat- og ernæringsarbeid og sikre tilstrekkeleg opplæring og utdanning som er nødvendig for at den enkelte medarbeidar er kompetent til å utføre oppgåvene.

## 11 Vidare arbeid med ernæringsstrategien

Hovudansvaret for oppfølginga av ernæringsstrategien er lagt til Medisinsk Klinikk og Fag og Utviklingsavdelinga (FoU). Det tilrådest bruk av ressursar til å koordinere oppfølging av ernæringsstrategi (vedlegg 13):

- Koordinere etablering av ernæringsutval
- Koordinere etablering og implementering av ernæringsnettverk for alle avdelingar, inkludert somatiske avdelingar for born og unge og psykiatri og rus
- Delta i arbeidet med utvikling av overordna rutinebeskrivingar og ernæringsprosedyrar, elektronisk pasientjournal, mattilbod, opplæringstilbod og kompetanseheving
- Bidra til, og støtte opp om, at rettleiingsoppgåva ovanfor kommunane på ernæringsområde vert vareteke
- Bidra til, og støtte opp om, forskning og utvikling

## 12 Vedlegg

### Vedlegg 1. Ansvar for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstenesta (Kosthandboka)

Pasientars ernæringsstatus skal kartleggast, vurderast, følgast opp og dokumenterast. Dette er ein nødvendig del av det kliniske undersøking- og behandlingstilbodet i helse- og omsorgstenesta. Ein føresetnad for at kvalitet og tryggleik i ernæringsarbeidet ivaretakast er at ansvaret er tilstrekkeleg forankra. Nedanfor er forslag til anbefalt fordeling av ansvar og oppgåver i høve god ernæringspraksis.

#### Leiinga

Leiinga har ansvar for å etablere system slik at pasientanes behov for energi og næringsstoff sikrast. Dette oppnår ein gjennom gode rutinar for nødvendig kartlegging og observasjon, målretta ernæringsbehandling, eit godt mattilbod, samt tilstrekkelig kompetanse blant ansatte.

#### Pasient/pårørande



Pasienten sjølv og pårørande vil vanlegvis vere ein ressurs når ein skal kartlegge ernæringsstatus. Dei kan hjelpe til med å planlegge mattilbodet og ernæringsbehandlinga så langt som mogeleg, men ein føresetnad er at det er gitt nødvendig informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak.

### **Kjøkkenfagleg leiar**

Kjøkkenfagleg leiar er ansvarleg for innkjøp, menyplanlegging, produksjon og distribusjon av maten. Kjøkkenfagleg leiar skal sørge for at maten tilfredsstillar ernæringsmessige kvalitetskrav, og at måltida som blir tilbudt er innbydande og attraktive. Kjøkkenfagleg leiar har også ansvar for god kommunikasjon og samhandling mellom avdeling/mottakarar og produksjonskjøkken. Kjøkkenfagleg leiar har saman med produksjonsleiar ansvar for at matforsyninga fungerer i praksis.

### **Kokk og kjøkkenpersonale**

I samarbeid med kjøkkenfagleg leiar har kokk og kjøkkenpersonale ansvar for produksjon og distribusjon av maten. Kjøkkenpersonalet skal blant anna ha kunnskap om og rutinar for mat og måltider i tråd med anbefalingane i Kosthåndboka.

### **Matvert**

Matvert si oppgåve vil vere knytt til klargjering av måltider, servering, rydding og oppvask. Vidare er det matvert si oppgåve at måltida blir tilbudt på ein appetittvekkande måte. Matvert utgjør ofte bindeledd mellom kjøkken og avdeling.

### **Lege**

Det er legen som har overordna ansvar for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling. Grunnleggjande kartlegging av ernæringsstatus/-tilstand og iverksetting av meir basale ernæringsstiltak skjer (oftast) i samarbeid med sjukepleiar. Legen har ansvar for å innhente bistand frå anna kvalifisert personal, og samarbeide og samhandle med dei dersom pasientens behov tilseier det. Legen bør samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog når pasientens ernæringsstilstand eller sjukdom er av slik art at det er behov for meir avansert ernæringsfaglig utredning, diagnostisering eller ernæringsbehandling av meir samansett karakter.

### **Sjukepleiar**

Sjukepleiaren har ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkeleg mat og drikke som er tilpassa pasientens behov og ynskjer. Pasientens mat- og væskeinntak følges gjennom observasjonar og systematisk dokumentasjon. Sjukepleiaren har ansvar for ernæringskartlegging, for å eventuelt utarbeide ernæringsplan, og har saman med anna pleiepersonal ansvar for å sørge for å følge opp ernæringsplanen. Sjukepleiaren har på same måte som legen ansvar for å innhente bistand frå og samarbeide med anna kvalifisert personal ved behov. Sjukepleiaren vil ofte ha som oppgåve å følge opp ernæringsbehandling, samt sørge for at pasienten både er tilstrekkelig informert og har forståing for sin situasjon, så langt det er mogeleg.

### **Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider**

Ei oppgåve for helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider vil normalt vere å tilby mat og drikke som er i tråd med pasientens og brukars behov og ynskjer. Saman med sjukepleiaren har desse faggruppene normalt ansvar for å følge med på pasientar/bukars matinntak, ernæringsstatus og forhold rundt ete- og ernæringsstatus og rapportere dersom det oppstår avvik og endringar.

### **Klinisk ernæringsfysiolog**

Ein klinisk ernæringsfysiolog er kvalifisert for å utgreie, diagnostisere og behandle, men også førebygge, ernæringsrelaterte sjukdomar og tilstandar.

Kliniske ernæringsfysiolog kartlegg, utgreier og diagnostiserer ernæringsrelaterte diagnosar når pasientens ernæringsstilstand eller sjukdom er av meir samansett eller kompleks karakter. I slike tilfelle har kliniske ernæringsfysiologar ansvar for å utforme ernæringsbehandling og utarbeide individuell ernæringsplan for pasientar/bukarar og for å følge opp denne i samarbeid med anna helsepersonal og pasient/bukar, samt pårørande.

Dei har og ansvar for å utforme ein plan for oppfølging og evaluering av ernæringsbehandlinga som inneheld planar for kontroll og oppfølging av antropometriske, biokjemiske og andre mål. Behandlingsansvarleg lege og klinisk ernæringsfysiolog har saman ansvar for å rekvirere og tolke prøvesvar.

#### **Fysioterapeut og ergoterapeut**

Fysio- og ergoterapeutar kan bidra i innleiande kartlegging av ernæringsstatus for eksempel gjennom kartlegging av vekt, styrke og funksjon knytt til ernæringsstatus. Dei kan ha oppgåver i forhold til pasientar som har funksjonelle og motoriske vanskar, eller treng tilrettelegging med hjelpemiddel i etesituasjonar.

#### **Logoped**

Logopedar har særleg kompetanse til å vurdere munn- og svelge motoriske vanskar og bør inngå i tverrfaglege team for vurdering av ete- og svelgfunksjon for pasientar med slike problem.

#### **Tverrfagleg team**

Ernæringsbehandling omfattar utgreiing, diagnostisering og behandling av pasientens ernæringstilstand, og involvera ei rekke yrkesgrupper og fagpersoner. Det vil som regel vere behov for tverrfagleg samarbeid, og det kan vere hensiktsmessig å opprette tverrfagleg team (ernæringsteam) som drøftar behandling og oppfølging av ernærings situasjonen for pasienten. Samansetjinga av eit slikt tverrfagleg team må tilpassast pasientens/brukargruppas behov.

## Vedlegg 2. Anbefalt ansvarsfordeling for ernæringsarbeidet i Helse Førde

Ansvarsområde	Lege	Klinisk ernæringsfysiolog	Sjukepleiar/ Miljøterapeut	Omsorgsarbeidar/ Hjelpepleiar	Logoped
Ernæringsvurdering	✓	✓	✓	✓	
Diagnostisere ernæringsproblem	✓	✓	✓**		✓
Avgjersle om ernæringsbehandling	✓	✓	✓		
Rekvirere klinisk ernæringsfysiolog	✓		✓***		
Utarbeide ernæringsplan	✓	✓	✓		
Starte opp ernæringsbehandling	✓	✓	✓		✓
Følge opp tiltak i ernæringsplan	✓	✓	✓	✓	
Monitorere ernæringsbehandling	✓	✓	✓	✓	
Avslutte ernæringsbehandling	✓	✓			
Dokumentere i EPJ	✓	✓	✓	✓	✓
Dokumentere i Meona	✓	✓*	✓	✓	✓

\* Klinisk ernæringsfysiolog har ikkje skrivetilgang i Meona per juni 2018.

\*\* Sjukepleiarar som ikkje har tilgang til å setje ernæringsdiagnosar skal vidareformidle funn frå Trygg Pleie til behandlande lege

\*\*\* Tilsynsbestilling sendast via behandlande lege

## Vedlegg 3. Omgrepsavklaring

**Ernæring:** Samanhengen mellom mat, næringsstoff og helse. Ernæring omfattar behovet for energi og korleis næringsstoffe fordøyast og omsettast i kroppen. Ordet kan og brukast som ei fellesnemning for alle typar næring som blir inntatt per os, sonde eller intravenøst

**Ernæringsarbeid:** Arbeid relatert til ernæring og kosthald som har til hensikt å fremje helse, samt å førebygge og behandle sjukdom

**Underernæring:** Ernærings situasjon der mangel på energi, protein og /eller andre næringsstoff forårsakar ein målbar ugunstig effekt på kroppssamansetning og- funksjon, samt klinisk resultat

**Ernæringsmessig risiko:** Risiko for ernæringsrelaterte komplikasjonar som følgje av sjukdom og / eller behandling

**Kroppsmasseindeks (KMI).** Forhold mellom vekt og høgde. KMI er lik vekt (kg) delt på høgde x høgde (høgde<sup>2</sup>)

**Matinntak:** Inneber å innta næring. Matinntak kan også bety næringsinntak av næringsdrikkar, sonde eller intravenøs ernæring som blir gitt anten som tilleggsernæring eller i staden for mat.

**Ernæringsstatus:** Uttrykker i kva grad det fysiologiske behovet for næringsstoff er oppfylt og er eit resultat av tilførsel, forbruk og tap av næringsstoffer

**Feilernæring:** Ubalanse i kosthaldets bestanddelar som medfører for høgt eller for lågt inntak av bestemte næringsstoff

**Klinisk ernæring:** Fagområdet som dekker kunnskap om kosthaldsrelaterte sjukdommar, kostrådgjeving og ernæringsbehandling ved sjukdom

**Klinisk ernæringsfysiolog:** Autorisert helsepersonal med spesialkunnskap om samanhengar mellom kosthald, helse og sjukdom. Utdanninga er 5-årig (UiO, UiB) og inkluderar mastergrad i klinisk ernæring. I sjukehus bidrar kliniske ernæringsfysiologar i pasientutgreiing og behandling, undervisning, fagutvikling og forskning

**Kosthald:** Totalt inntak av mat og drikke over tid, og inkluderer næringsstoffinntak og måltidsrytme

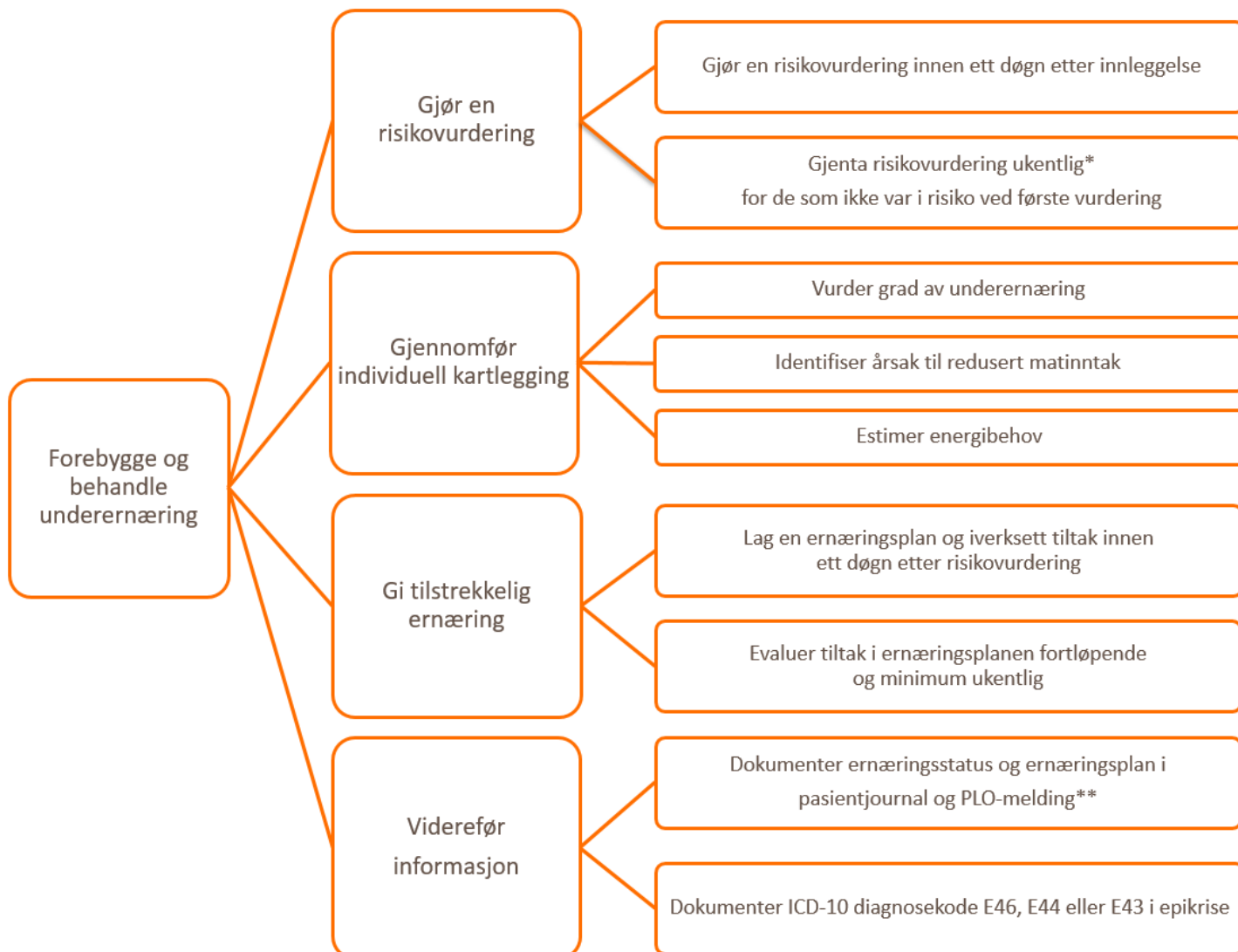
**Nattfaste:** Tid frå kveldens siste måltid til neste dags første måltid

**Normalkost:** Mattilbod til pasientar med god allmenntilstand og appetitt, og som ikkje treng spesielle omsyn

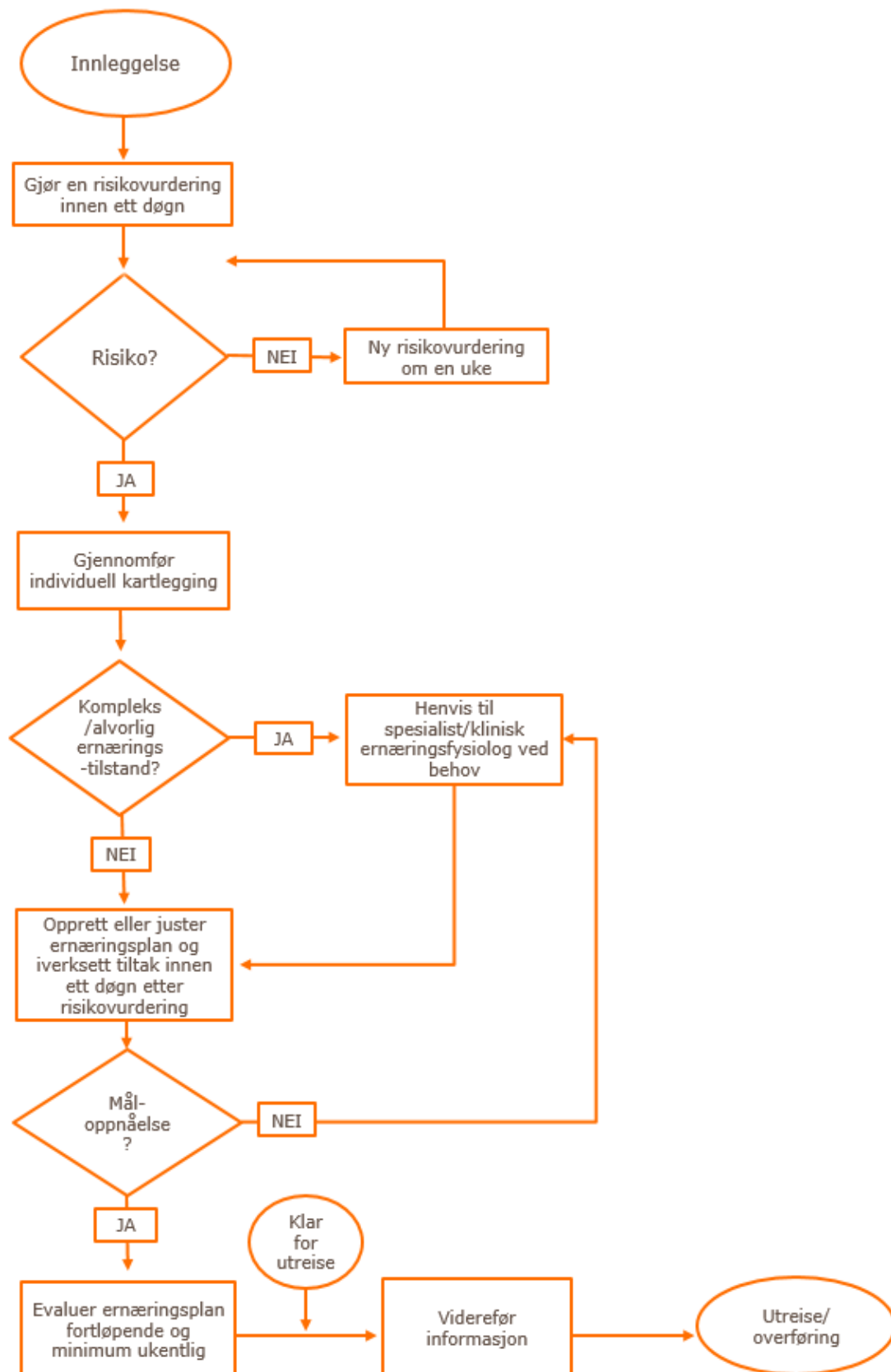
**Spesialkost:** Ein kost rekvirert av lege, sjukepleiar eller klinisk ernæringsfysiolog etter individuell medisinsk vurdering. Rekvirenten må vere trygg på at prinsippa for kosten innfrir

**Energi og næringstett kost:** Kosten består av matvarer og rettar med eit noko høgare fett- og proteininnhald enn det som anbefalast i nøkkelråds kost, derfor blir porsjonsstørrelsen mindre

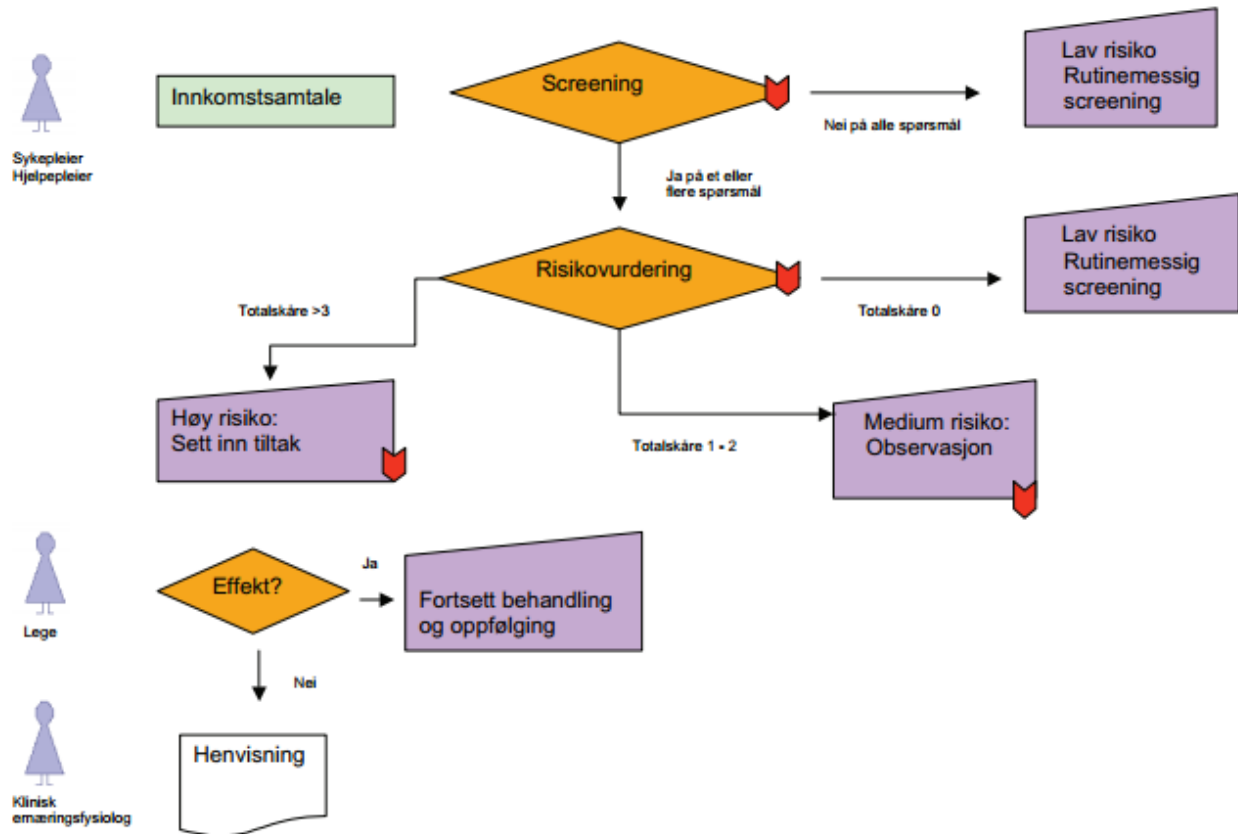
## Vedlegg 4. Driverdiagram – Førebygging og behandling av underernæring (Pasienttryggleiksprogrammet)



## Vedlegg 5. Flytskjema – Førebygging og behandling av underernæring (Pasienttryggleiksprogrammet)



## Vedlegg 6. «Pasientflyt og ansvarsplassering» (Nasjonale retningslinjer for sjukdomsrelatert underernæring)



## Vedlegg 7. «BL - Trygg Pleie»



Pas. f.nr.:

Navn:

### Vurdering av risiko - ernæring, fall, trykksår

Opprettet dato: 12.03.2014	Godkjent dato	Godkjent av
-------------------------------	---------------	-------------

#### VURDERING AV RISIKO FOR ERNÆRINGSSVIKT

Undersøkelsesdato	Tidspunkt	Vekt (kg)	Høyde (cm)	BMI	Overarmsmål cm	BMI basert på overarmsmål
Ødem, amputasjon, spise/fordøyelsesproblem, stråleskade, allergi/intoleranse						
Er BMI under 20,5?						
Har pasienten tapt vekt de siste tre månedene?						
Har pasienten hatt redusert næringsinntak den siste uken?						
Er pasienten kritisk syk?						
Dersom JA på ett eller flere av disse spørsmålene, fyll ut Vurdering av ernæring under. Dersom NEI på alle, gå direkte til vurdering av fallrisiko under og gjennomfør ny screening om en uke. Nytt skjema må opprettes.						
Vekttap	Forrige vekt:		Dato		Vekt nå:	
						Vekttap i %:
Matinntak i % (På en skala fra 0-10, hvor mye spiser pasienten nå mot normalt? 4 = 40 %)						
Score - Ernæringstilstand						
Score - Sykdommens alvorlighetsgrad						
Er pas. over 70 år, gi ett score						
Total score for ernæringsmessig risiko				Samlet score er =>3, lag ernæringsplan og sett diagnosekode E46		



## Vedlegg 8. Oversikt over validerte kartleggingsverktøy for born og ungdom

- Nutritional Risk Score (NRS) Tool
- Simple Paediatric Nutritional Risk Score (SPNRS)
- Subjective Global Nutritional assessment for Children (SGNA)
- Screening Tool for Assessment of Malnutrition in Paediatrics (STAMP)
- Screening Tool for Risk On Nutritional status and Growth (STRONG kids)
- Paediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS)

## Vedlegg 9. Dokumentasjonsrutine for ernæringsområdet (DIPS og MEONA)

### Formål

Kvalitetssikre god ernæringspraksis ut frå pasientens ernæringsssituasjon og planlegge og følge opp behandling i høve dette.

Rutinen beskriver korleis DIPS og MEONA saman støttar opp om arbeidsprosessen for ernæringsområdet i pasientjournalen. Nokon stadar må ein framleis dobbeltføre informasjon, dette er presisert i rutinen. På sikt er det planlagt integrasjonar som vil fjerne behov for dobbeldokumentasjon.

### Ansvar

Lege, sjukepleiar, klinisk ernæringsfysiolog (KEF), helsefagarbeidar

### Arbeidsprosess Ernæring

Arbeidsprosessen omfattar kartlegging av risiko for underernæring og rutinen støtter opp om [Program for pasienttryggleik](#) sin tiltakspakke for førebygging og behandling av underernæring.

[Følg lenke for meir detaljerte prosessbeskrivingar \(QLM\)](#)



## Dokumentasjonsrutine Ernæring

- Tabellen viser overordna kvar ulike aktivitetar/ tiltak skal dokumenterast i pasientjournalen.
- Brukarretteiing og rutinebeskrivingar for DIPS behandlingsplan og ernæringsfane i Meona er tilgjengelig via lenker i tabellen i tillegg til dei ordinære rutinebiblioteka for fagsystema.

	<b>Aktivitet (Kva utførast)</b>	<b>DIPS</b>	<b>Meona</b>	<b>Kan utførast av</b>
<b>Gjer Risikovurdering</b>	Registrer inkomstvekt og høgde Utfør risikovurdering	Trygg Pleie	Kroppsmål i kurva <a href="#">Risikostatus i Ernæringsfana (toppfelt)</a>	- sjukepleiar - lege - helsefagarb.
	Ved risiko for underernæring: <i>Registrer diagnosekode E46.00</i>	Medisinsk registrering (Ctrl M)		- lege - sjukepleiar - KEF
	Ny risikovurdering i høve gjeldande rutine (Trygg pleie)	HST (DIPS Arena): Automatisk varsling på tavle	<a href="#">Ordiner påminning om ny risikovurdering</a>	- sjukepleiar - lege - helsefagarb.
<b>Gjennomfør individuell kartlegging</b>	Definer problemstillingar knytt til ernæring	<a href="#">Opprett DIPS behandlingsplan</a> - med ernæringsmål og tiltak ( <a href="#">Lenke til eksempel</a> )  <i>Eventuelt:</i> Lag DIPS notat med ernæringsmål og tiltak		- lege - sjukepleiar - helsefagarb. - KEF
	Kort oppsummering av faktorar som påverkar ernæringsstatus		<a href="#">Ernæringsfane, toppfelt</a> «Faktorar som påverkar ernæringsstatus og behov»	- lege - sjukepleiar - KEF
	Estimer energi- og proteinbehov		<a href="#">Ernæringsplan/ Behov</a>	- sjukepleiar - lege - KEF
<b>Gi tilstrekkeleg ernæring</b>	Registrer kostform		<a href="#">Kostform: Ernæringsplan/ Ordinasjon</a>	- sjukepleiar - helsefagarb. - KEF
	Planlegg oppfølgingstiltak		Planlegg: <a href="#">Vektoppfølgning</a> <a href="#">Kostregistrering</a>	- sjukepleiar - helsefagarb. - KEF
	Registrer mat- og drikkeinntak (evt. frå kostlister på papir)		<a href="#">Kostregistrering Måltidsregistrering og drikkeinntak</a>	- sjukepleiar - helsefagarb. - KEF

	<b>Aktivitet (Kva utførast)</b>	<b>DIPS</b>	<b>Meona</b>	<b>Kan utførast av</b>
	Ordiner ernæringsprodukt (intravenøs, sonde og næringsdrikkar)		Legemiddelknapp i kurva	- lege - sjukepleiar - KEF
	Administrer ernæringsprodukt		Kurva og Ernæringsfana	- lege - sjukepleiar - KEF
	Følg opp ernæringstiltak	<a href="#">Oppdater DIPS Behandlingsplan</a>  <i>Eventuelt:</i> Lag DIPS notat med evaluering av tiltak, nye observasjonar	<a href="#">Ernæringsfane</a> - Ernæringsbalanse - Væskebalanse	- lege - sjukepleiar - helsefagarb. - KEF
<b>Vidarefør informasjon</b>	Dokumenter ICD-10 diagnosekoder-/prosedyrekode (E46.00, E43.00, E44.00)	Medisinsk registrering		- lege - sjukepleiar - KEF
	<b>Intern overflytting</b> Overfør pasient	<b>Overflyttingsnotat</b> (funksjonsområde 4.Ernæring)  <b>Journalnotat</b> (evt. epikrise)	Kurve inkl. tiltak for ernæring vidareført for oppfølging	- sjukepleiar - lege
	<b>Utskriving eksternt (PLO)</b> Skriv ut pasient	<b>Helseopplysningar</b> - ved søknad/endra behov til kommunen  <b>Sjukepleiarrapport</b>  <b>Epikrise</b> - inkluder sentral informasjon frå KEF notat og frå Meona  <b>Evt.</b> reseptar (FM), refusjonar (HELFO) og søknad om behandlingshjelpemiddel (pumpe)	Ernæringsfane ernæringsbehandling <b>vidare/utreise</b> (toppfelt)  Kurva avsluttast i høve. standard rutine	- lege - sjukepleiar

## Vedlegg 10. Forslag til fire kartleggingsspørsmål for barn og ungdom

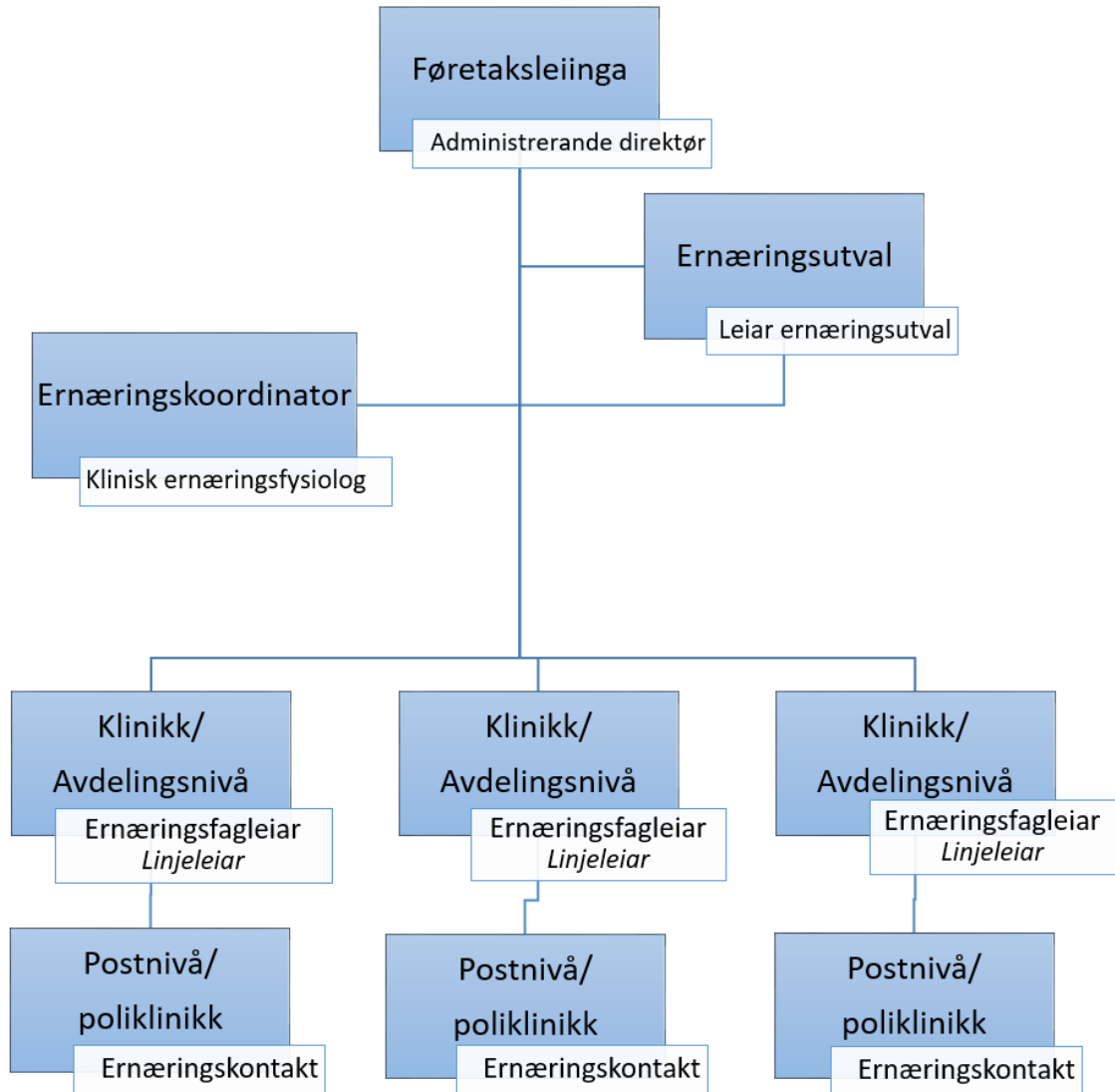
### Forslag til barneavdeling

1. Har barnet ufrivillig gått ned i vekt i det siste?
2. Har barnet hatt utilstrekkeleg vektoppgang dei siste månadane?
3. Har barnet inntatt mindre mat enn vanleg dei siste vekene?
4. Er barnet tydeleg undervektig?

### Forslag til psykiatrisk avdeling

1. Har barnet/ungdommen ufrivillig gått ned i vekt eller ufrivillig gått opp i vekt i det siste?
2. Har barnet/ungdommen utilstrekkeleg eller unormal vektoppgang dei siste månadane?
3. Har barnet/ungdommen inntatt mindre eller meir mat enn vanleg dei siste vekene?
4. Er barnet/ungdommen tydeleg undervektig/overvektig?

## Vedlegg 11. Forslag til organisering av ernæringsarbeid Helse Førde



## Vedlegg 12. Roller, mandat og tilhørende oppgaver for det overordna ernæringsarbeidet

### **Ernæringsutvalet**

Sjukehusets overordna råd i forhold til ernæring og næringsmiddelhygiene, med rådgivande funksjon ovanfor administrerande direktør innan dette området. Ansvarleg for å utarbeide og leggje fram handlingsplanar til godkjenning i Føretaksleiinga. Føretaksleiinga skal haldast orientert om relevante saker. Ernæringsutvalet må ha kompetanse som dekker heile mat- og ernæringsarbeidet, dvs. mat- og ernæringsfagleg personal, pleiepersonal, legar og eventuelt andre faggrupper, samt ha representantar frå leiarstrukturen i organisasjonen

### **Leiar av Ernæringsutvalet**

Bindeledd mellom Ernæringsutvalet og Føretaksleiinga

### **Ernæringskoordinator**

Bindelegg mellom ernæringsutvalet og ernæringsfagleiarar

### **Ernæringsfagleiar (Nivå 2 og 3-leiarar)**

Ansvarlege for å tilpasse og gjennomføre relevante tiltak i eiga eining. Dette er viktig for å sikre god forankring i sjukehuset og følgje den etablerte leiarstrukturen

### **Ernæringskontaktar**

Ressurspersonar på postnivå. Ernæringskoordinatorane er tømte til pleie- og legegruppa, matfagleg personal, og for leiarane i oppgåver relatert til mat- og ernæringsarbeidet. Det skal vere ernæringskoordinatorar på postnivå for somatikk, psykiatri og rus, og barn og unge.

### **Aktuelle samarbeidspartar**

Brukarutvalet, Ungdomsutvalet, Samarbeidsutvala og utdanningsinstitusjonane

## ERNÆRINGSUTVAL

Rolle	Mandat	Samansetjing	Oppgaver
<b>Føretaksleiinga</b>	Avgjerande stemme	<ul style="list-style-type: none"><li>- Administrerande direktør</li><li>- Føretaksleiinga</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ta stilling til innmelde saker</li><li>- Sette ernæring på dagsorden</li></ul>
<b>Leiar av ernæringsutval</b>	Overordna fagleg ansvar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fagdirektør</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bindeledd mellom ernæringsutval og føretaksleiinga</li><li>- Bidra til at føretaket følgjer gjeldande lover, føreskrifter og nasjonale retningslinjer, og styringsdokument frå Helse Vest innan ernæring og næringsmiddelhygiene</li><li>- Informere føretaket om relevante saker</li></ul>
<b>Ernæringskoordinator</b>	Følgje opp ernæringsstrategi og leie prosjekt tilhøyrande ernæringsstrategi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Klinisk ernæringsfysiolog</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sekretær for ernæringsråd</li><li>- Bindeledd mellom ernæringsutval og Nivå 2 og 3 leiarar</li><li>- Invitere til regelmessige møter for ernæringskontaktane</li><li>- Formidle informasjon om bruk av diagnosekodar for ernæringsbehandling</li><li>- Bidra med informasjon om kompetanseheving</li></ul>
<b>Ernæringsutval</b>	Anbefale tiltak og prioriteringar som omhandlar ernæring	<ul style="list-style-type: none"><li>- Representant i frå føretaksleiinga</li><li>- Representant frå seksjon for pasienttryggleik</li><li>- Representant frå leiinga i matforsyning og representant frå postkjøkken</li><li>- Klinisk ernæringsfysiolog</li><li>- Legar innan relevante fagområder</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Halde 4 møter i året (eit møte per kvartal)</li><li>- Bidra til at føretaket har relevante og brukarvennlege styrande dokument i EK-handboka</li><li>- Sørge for at styrande dokument blir implementert</li><li>- Utvikle relevante ernæringsprosedyrar</li><li>- Bidra til å betre rutinar kring innføring av tiltakspakkane i pasienttryggleiksprogrammet</li><li>- Bidra til at føretaket deltek i kvalitetsforbetringsarbeid</li><li>- Bidra til at sjukehuset gjennomfører brukarundersøkingar</li><li>- Bidra til at det er relevante måledata (kvalitetsindikatorar, avvik)</li><li>- Gi anbefalingar gjeldande LIS-anbod for næringsdrikkar og sondeløysingar</li></ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sjukepleiarar innan relevante fagområder</li> <li>- Representant frå Legemiddelkomitèe</li> <li>- Hygienesjukepleiar</li> <li>- Brukarrepresentant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bidra til at det er god kunnskap om ernæring og næringsmiddelhygiene blant relevante faggrupper</li> <li>- Fremje gode system for pasientsikker og kostnadseffektiv handtering av ernæring og næringsmiddelhygiene ved føretaket</li> </ul>
<b>Ernæringsfagleiarar</b> <i>Nivå 2 og 3 leiarar</i>	Implementere ernæringsstrategi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gjeld alle klinikkar og avdelingar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Følgje opp ernæringsarbeid i eiga eining</li> <li>- Legge til rette for ernæringsarbeid i eiga eining</li> <li>- Melde inn aktuelle saker og behov til ernæringsråd</li> <li>- Medverke til at postane har ernæringskontaktar</li> </ul>
<b>Ernæringskontakt</b> <i>Postnivå</i>	Rettleiar for lege og pleie-gruppe Hjelpe nivå 3-leiar i arbeidet med å følge opp ernæringsstrategien på postnivå	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sjukepleiarar og hjelpepleiarar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rettleie om mat- og ernæringsarbeid ved posten</li> <li>- Kontaktpunkt ved ernæringsrelaterte spørsmål</li> <li>- Rettleie i ernæringsbehandling og dokumentasjon på postane</li> </ul>
<b>Arbeidsgrupper ernæringsstrategi</b>	Vert tildelt frå Ernæringsutvalet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mattilbod og service</li> <li>- Matomsorg</li> <li>- Ernæringbehandling</li> <li>- Barn og Ungdom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeide med saker initiert av Ernæringsutvalet</li> </ul>

## Vedlegg 13. Tiltaksplan Ernæringsstrategi Helse Førde 2020-2025

<b>Hovudmål</b>			
Kvalitetssikra ernæringsarbeid skal integrerast i behandlingstilbodet i heile føretaket for å betre ernæringsstatus til pasientar som er feil – eller underernært eller som er i ernæringsmessig risiko			
<b>Pasientomsorg</b>	<b>Mattilbod og service</b>	<b>Matomsorg</b>	<b>Ernæringsbehandling</b>
<b>Delmål</b>	1. Pasientar skal få eit velsmakande, trygt og appetittvekkande mattilbod, som imøtekjem ernæringsmessige kvalitetskrav	2. Pasientar skal få individuelt tilpassa kost og serverast måltidet i eit tilrettelagt og innbydande matmiljø	3. Alle pasientar blir individuelt kartlagd og risikovurdert for å avdekke behov for ernæringsbehandling og oppfølging
<b>Tiltak</b>	1.1 To standardkostar (Energi og næringstett kost og Nøkkelråds-kost) og eit tilpassa utval spesialkostar skal vere tilgjengeleg 1.2 Faste mellommåltid skal vere tilgjengeleg for pasientane på postkjøkken og det skal serverast mellommåltid på serveringstralle etter behov 1.3 Menyar skal vere næringsberekna og innehalde opplysningar om varedeklarasjon og allergen 1.4 Pasientar skal ha tilgang på spesialkost og ønskekost ved behov 1.5 Matvareutval skal ivareta variasjon, ulike behov og gje fleksibilitet i mattilbodet 1.6 Arbeidsfordelinga mellom produksjonskjøkken, postkjøkken og helsepersonal skal vere tydeleg og avklart 1.7 Pasientar i poliklinisk kontakt skal ha tilgang til å kjøpe mat nær til der behandling føregår 1.8 Sjukehuset skal ha eit finansieringssystem som sikrar likt mattilbod for pasientane 1.9 HACCP skal vere implementert i virksomhetens IK-mat system	2.1 Ein skal få individuelle tilpassingar ved behov (måltidsrytme, hovudmåltid og mellommåltid, behov for spesialkost og nødvendig hjelp til å ete) 2.2 Spesialkost og ønskekost skal registrerast på matkort som skal følgje pasienten under heile opphaldet og sikre rett mat til rett pasient til rett tid 2.3 For aktuelle pasientar skal spesialkost, ønskekost, og eteåttferd (inkl. matinntak, væskeinntak og måltidsrytme) registrast i Meona 2.4 Måltida skal serverast i ei innbydande ramme, i eit reint og trivelig måltidsmiljø, og ein skal tilstrebe at pasientane får ete i ro og fred 2.5 Pasientane sine planar for dagen skal inkludere regelmessige måltid og ein skal hindre unødig faste i samband med planlagde inngrep og behandling (eks. tilby Preop inntil 2 timar før kirurgi) 2.6 Postane skal ha gode rutinar for matsservering og oppfølging i måltida med tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling 2.7 Nattfaste skal vere < 11 timar	3.1 Alle pasientar skal vurderast for ernæringsmessig risiko eller for behandlingspåført overvekt, innan eit døgn etter innlegging 3.2 Alle pasientar vurdert utanfor risiko ved første vurdering skal kartleggast rutinemessig kvar veke i tilfelle endring i ernæringsstatus 3.3 Prioriterte grupper polikliniske pasientar og dagpasientar skal vurderast for ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingspåført overvekt 3.4 Det skal opprettast ein ernæringsplan og verksettast tiltak så snart som mogeleg hos pasientar i risiko, og seinast innan eit døgn etter kartlegging 3.5 Tiltak og mål i ernæringsplan skal vurderast fortløpande, og minimum kvar veke, med spesielt fokus på matinntak og vektutvikling 3.6 Sjukehuset skal ha tydelige ansvars- og oppgåvefordelingar kring igangsetjing og oppfølging av ernæringsbehandling forankra i VAR-prosedyrar i EK-handboka 3.7 Ernæringsstatus og ernæringsbehandling skal dokumenterast og eventuelt kodast for i elektronisk pasientsjournal og kurve, og vidareformidlast til neste behandlingsledd 3.8 Resultatindikatorar og prosessindikatorar sfølgjast opp kontinuerleg

Opplæring	Mattilbod og service	Matomsorg	Ernæringsbehandling
<b>Delmål</b>	4. Sjukehuset skal ha eit mattilbod som speglar kostanbefalingar og ernæringsbehandling gitt pasientar og pårørande	5. Kost servert på sjukehuset, samt rammer for måltid og matmiljø skal ha ein positiv læringseffekt for pasientar og pårørande	6. Pasient/pårørande skal i størst mogleg grad vere informert og involvert i eiga ernæringsbehandling
<b>Tiltak</b>	<p>4.1 Menyar skal innehalde opplysningar om energi og allergen. Det skal også vere tilgjengeleg meny merka med karbohydrat og protein</p> <p>4.2 formasjon om mattilbodet skal vere tilgjengeleg og gjerast kjent for pasientar og pårørande</p> <p>4.3 Personalkantina ved Førde sentralsjukehus skal i stor grad gjenspeile generelle kostanbefalingar frå Helseidirektoratet</p>	<p>5.1 Pasientar og pårørande skal få nødvendig opplæring og rettleiing til å kunne vareta eiga matomsorg (eks. hjelp til å ete, tilpassing av eteutstyr mm.)</p> <p>5.2 Pasientar skal oppmodast til matinntak og få nødvendige tilpassingar som bidreg til matinntak. Dersom pasienten ikkje kan kommunisere sjølv skal same oppmoding gis til pårørande</p> <p>5.3 Det skal vere tilgjengeleg informasjon for pasientar og pårørande, om viktighet av og praktisk informasjon om korleis vareta eiga matomsorg (eks. forenkla kostbrosjyrer, informasjon om tilrettelagt mattilbod ved institusjon og kommunale måltidstilbod for heimebuande etter utskriving)</p>	<p>6.1 Sjukehuset skal ha tilgjengeleg informasjonsmateriell om kostråd på heimeside og på intranett</p> <p>6.2 Sjukehuset skal ha opplæringstilbod om kostråd ved ulike diagnosar/behandlingar for pasient/pårørande</p> <p>6.3 Ernæringsplan skal formidlast til neste omsorgsnivå, og pasient/pårørande eller omsorgspersonale frå institusjon skal få opplæring til gjennomføring av ernæringsbehandling når denne held fram etter utskriving</p>
Utdanning	Mattilbod og service	Matomsorg	Ernæringsbehandling
<b>Delmål</b>	7. Tilsette som jobbar med mattilbodet skal ha riktig kompetanse for å vareta eit trygt og ernæringsmessig fullgodt kosthold til pasientane, og kunne rettleie om dette	8. Personal 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	9. Helsepersonal skal få opplæring i/ ha kompetanse om å avdekke, initiere og følgje opp ernæringsbehandling, og kunne rettleie om dette
<b>Tiltak</b>	<p>7.1 Sjukehuset skal bidra i utdanninga av matfagleg personal</p> <p>7.2 Det skal arrangerast fagdagar for matfagleg personal</p> <p>7.3 E-læringskurset «mattrygghet for pasienten» skal innarbeidast i introduksjonsprogram for nyansatte</p> <p>7.4 Personal som jobbar med mattilbodet skal ha dokumentert matfagleg kompetanse</p>	<p>8.1 Sjukehuset skal bidra med opplæring i utdanning av dei yrkesgruppene som skal jobbe med matomsorg</p> <p>8.2 Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behovet for kompetanse innan matomsorg til relevante grunn- og vidareutdanningar</p> <p>8.3 Personal som jobbar med matomsorg skal få tilbod om kompetansehevande tiltak eks. via</p>	<p>9.1 Sjukehuset skal bidra til opplæring om ernæringsbehandling i utdanninga av helsepersonal</p> <p>9.2 Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behov til kompetanse om ernæringsbehandling i relevante grunn- og vidareutdanningar</p> <p>9.3 Helsepersonal skal få nødvendig opplæring i mat- og ernæringsarbeidet</p> <p>9.4 Person som jobbar med ernæringsbehandling skal få tilbod om</p>

	<p>via utdanning og/eller kompetanseplanar</p> <p>7.5 Matvert skal ha fagbrev frå kokkefaget eller vere under tilsyn av matvert med fagbrev</p>	<p>internundervisning og e-læringskurs</p> <p>8.4 Matomsorg skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter, ernæringsfagdagar og i faglige fora</p>	<p>kompetansehevande tiltak eks. via internundervisning og e-læringskurs</p> <p>9.5 Ernæringsbehandling skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter og på større møter/seminar (eksempelvis fredagsmøter, ernæringsfagdagar)</p>
<b>Forskning/utvikling</b>	Mattilbod og service	Matomsorg	Ernæringsbehandling
<b>Delmål</b>	10. Sjukehuset skal bidra til å utvikle løysningar og rutinar som forenklar, forbetrar og fornyar mattilbod og service	11. Sjukehuset skal bidra til forskning og utvikling, samt ta i bruk løysningar og rutinar som forenklar og forbetrar matomsorg	12. Sjukehuset skal bidra til forskning og utvikling, samt ta i bruk og evaluere løysningar som forenklar og forbetrar ernæringsbehandling
	<p>10.1 Sjukehuset skal auke bruk av IKT innanfor matforsyning (eks. elektroniske støtteverktøy som sikrar rett mat til rett pasient til rett tid)</p> <p>10.2 Enkle og tydelege bestillingsrutinar for spesialkost og ønskekost skal vidareutviklast og forbetrast, slik at pasienttryggleik vert auka og svinn vert redusert.</p>	<p>11.1Forskning og utvikling bør nyttast for å kome fram til løysingar som varetek pasientane sine behov</p> <p>11.2Sjukehuset bør legge til rette for Forbetringsarbeid med mål om å forenkle og forbetre matomsorg</p>	<p>12.1Forskning og utvikling bør nyttast for å kome fram til løysingar som varetek pasientane sine behov</p> <p>12.2Sjukehuset bør legge til rette for forbetringsarbeid med mål om å forenkle og forbetre matomsorg</p> <p>12.3Sjukehuset bør legge til rette for tverrfaglige forskingsprosjekt med mål om å betre ernæringsbehandling</p> <p>12.4Sjukehuset skal ha oversikt over førekomst av ernæringsrelaterte problemstillingar og ev. ernæringsstiltak som skal nyttast til evaluering og kvalitetssikring</p> <p>12.5Retningslinjer og prosedyrar for ernæringsbehandling skal etablerast på føretaksnivå og ein bør delta i arbeidet med å lage tilhøyrande nasjonale fagprosedyrar der dette er aktuelt</p> <p>12.6Det bør leggest til rette for auka bruk av telemedisin</p>

Vedlegg 14. Handlingsplan Ernæringsstrategi Helse Førde

# Handlingsplan Ernæringsstrategi Helse Førde



		Tidslinje for gjennomføring					
Tilråding		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Overordna styring av ernæringsarbeidet	1. Etablere ernæringsutval	■	■				
	2. Etablere ernæringsnettverk	■	■				
Ernæringspraksis	1. Ernæringskartlegging skal rutinemessig innførast ved somatiske avdelingar		■	■			
	2. Ernæringskartlegging skal rutinemessig innførast ved psykiatriske avdelingar		■	■			
	3. Ernæringskartlegging skal rutinemessig innførast for aktuelle polikliniske pasientar			■	■		
	4. Utarbeide og etablere av overordna ernæringsprosedyrar			■	■		
	5. Utarbeide og etablere rutinebeskrivingar for oppfølging av kvalitetsindikatorar		■	■			
	6. Utarbeide og etablere rutinebeskrivingar for tverrfagleg samhandling internt		■	■			
	7. Utarbeide og etablere rutinebeskriving for ansvarsfordeling av ernæringsarbeidet ved avdelingane		■	■			
	8. Utarbeide og etablere rutinebeskriving over polikliniske pasientgrupper som skal kartleggjast			■	■		
	9. Utarbeide og etablere rutinebeskrivingar for samhandling med kommunane		■	■			
	10. Etablere eit tverrfagleg ernæringssteam for barn med ernæringsvanskar	■	■				
	11. Innføre dokumentasjonsrutine for ernæringsområdet (DIPS og MEONA)	■	■				
Ernæringskompetanse	1. Opplæring og utdanning av personell (spesielt ernæringsfaglegiarar og ernæringskoordinatorar)		■	■			
	2. Opprette ei ernæringside på intranett			■	■		
	3. Opprette ei ernæringside på internett for Helse Førde				■	■	
Forbetringsarbeid	1. Kvalitetssikre hovudmeny og meny over spesialkost		■	■			
	2. Gjennomføre nye brukarundersøkingar for mattilbod (vaksne og barn)	■	■				
	3. Gjennomførast ein pilot på energitett meny		■	■			
	4. Gjennomførast ein pilot på «mellommåltid tralle» for aktuelle avdelingar			■	■		