

Ernæringsstrategi HMR HR 2020-2030

Rett mat til rett pasient

Ein målretta og samordna innsats for trygge og sikre ernæringsfaglege tenester i Helse Møre og Romsdal



Innhald

Innleiing	3
Krav frå myndigheitene	3
Tilstand i HMR	3
Visjon for strategi	4
Verdigrunnlag	4
Hovudmål	4
Prioriterte forbetningsområder:	4
Kva veit vi om dagens tilstand på sjukehusa i HMR?	5
Delmål 1: Individretta ernæringsbehandling kvalitetssikrast og tilpassast pasienten si diagnose og ernæringsstilstand under sjukehusopphaldet og ved utskriving	6
Tiltak	6
Korleis skal vi måle at tiltaka i delmål 1 fører til ei forbetring?	6
Delmål 2: HMR skal gjennom strategiarbeidet innføre rutinar som bidreg til at alle tilsette har tilstrekkeleg minimumskompetanse i ernæring	7
Tiltak	7
Korleis skal vi måle at tiltaka for delmål 2 fører til ei forbetring?:	7
Delmål 3: HMR skal sikre at maten vert laga og servert i samråd med pasienten sine behov	8
Kvifor er dette viktig i HMR?	8
Tiltak	8
Korleis skal vi måle at tiltaka for delmål 3 fører til ei forbetring?	8
Delmål 4: HMR samhandlar med kommunehelsetenesta slik at ei ernæringsmessig oppfølging kan takast vidare i kommunen	9
Tiltak	9
Korleis skal vi måle at tiltaka for delmål 4 fører til ei forbetring?	9
Utfordringsbilde	10
Etterord	11
Referansar	12

Innleiing

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer pasienttryggleik som vern mot unødig skade som følgje av helsetenesta sine tilbod eller mangel på tilbod (1). Om lag 30 % av innlagde pasientar i sjukehus er i ernæringsmessig risiko dvs. dei har hatt ufrivillig vekttaap siste 3 månader, har låg kroppsmasse index og/eller lågt matinntak og akutt sjukdom. I enkelte pasientgrupper kan førekomsten vere betydeleg større (eldre, kreftsjuke, osteoporose, akutt/kroniske kirurgiske- og medisinske tilstandar). Når eit ernæringsproblem ikkje blir identifisert er det høgare risiko for at pasientane blir/forblir underernært som ein konsekvens av sjukdom eller sjukdomstilstand (2-4). Underernæring aukar risikoen for funksjonstap, infeksjonar og gjev auka mortalitet. Underernærte pasientar har lengre liggetid i institusjonar som sjukehus og rehabiliteringseiningar, samanlikna med pasientar med god ernæringsstatus. Underernæring kan førebyggjast ved bruk av individretta tiltak for å avgrense tap av muskelmasse og fysisk funksjon(5). Ernæringstiltak for utsette pasientar har vist å betre sjukdomsforløpet og overleving (6). Ved aukande alder taper kroppen muskelmasse, fysisk funksjon reduserast og ein kan utvikle sarkopeni. Sarkopeni er assosiert med høgare risiko for fall og hoftefraktur. Funksjonstap er svært alvorleg for den eldre pasienten (7). Med auka tal på eldre i befolkninga aukar også morbiditeten. Ein kan som oftast ikkje sjå med «det kliniske blikk» om ein pasient er underernært. Det er spesielt utfordrande å oppdage feilernæring/underernæring i den overvektige delen av befolkninga, og fleire og fleire vert overvektige (8). For å kartlegge kva pasientar som står i risiko for å utvikle underernæring må alle kartleggast når dei vert innlagt, «ernæringscreenast».

Krav frå myndighetene

Helseføretaka har sidan 2010 hatt i oppdrag å ta i bruk god ernæringspraksis i sjukehusa. Den enkelte pasient skal bli tilboden eit heilt og koordinert helsetilbod der tilstrekkeleg fagkompetanse skal vere sikra i tenesta¹. Nasjonale faglege retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring slår fast at alle pasientar skal ernæringscreenast innan 24 timar etter innlegging i sjukehus (5). Målet er å kartlegge kven som er i ernæringsmessig risiko eller allereie er underernærte, for straks å kunne sette i verk ernæringstiltak.

Tilstand i HMR

I sjukehusa i HMR blir det nytta ein elektronisk versjon (i EPJ) av screeningverktøyet NRS-2002. Etter innføring av Helseplattforma (2023) vert dette vidareført. I 2019 blei ca. 17 % av innskrivne pasientar i HMR screena for ernæringsmessig risiko innan 24 timar. Det er store variasjonar i helseføretaket i talet på kor mange pasientar som vert screena ved kvar avdeling. I Ålesund blei underernæringsdiagnosekodar brukt på berre 0,6 % av pasientopphald i 2019². Dette indikerer ein gjennomgåande mangel på fokus og kunnskap både i leiing og på utøvande eining, og det etter snart 20 år med eit nasjonalt og internasjonalt fokus på kor viktig ernæring er både for pasienten og institusjonen. Det er svipt i rutinar for tverrfagleg samarbeid. Systematisk kvalitetsarbeid er nødvendig som ein kontinuerleg prosess. For å nå måla i ernæringsstrategien føreset det tydeleg instruks frå leiinga at dette skal vere eit fokusområde, og at det er etablert samarbeid mellom faggruppene som tek hand om pasientane, m.a.o. kliniske ernæringsfysiolog, lege, sjukepleiar og kjøkken – bygge ernæringsteam for dei mest kompliserte pasientane.

¹ Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64,§4-1.

² 113 av 18157 opphold i Ålesund brukte diagnosekodene E43 (E43.00), E44 (E44.00) og E46 (E46.00)

Visjon for strategi

Ernæringsstrategien skal bidra til at ernæringsarbeidet ved HMR har høg fagleg kvalitet og er ein naturleg og integrert del av pasientbehandlinga, med ordlyden «Rett mat til rett pasient».

Helse Møre og Romsdal har som overordna mål å vidareutvikle seg for å møte utfordringar både i notid og for framtida, og sikre likskap i tenesta med god kvalitet tilpassa pasientane sine behov innanfor dei rammene vi har fått. HOD oppfordra helseføretaka til å utarbeide ernæringsstrategi i 2013 (9). Vår første strategi skal gjelde frå 2021-2030, men det kan vere behov for justeringar etter innføring av Helseplattforma (HP). Det er viktig å kome i gang med systematisk arbeid for å nå måla i strategien.

Verdigrunnlag

Sjukehuset sine verdigrunnlag, tryggleik, respekt og kvalitet, ligg til grunn for dei strategiske satsingsområda i Ernæringsstrategien. Som pasient skal ein vere trygg på at ein får ei teneste som samsvarar med behov både når det gjeld matservice, pleie- og ernæringsbehandling i alle ledd til pasienten har ete maten. Kvaliteten i ernæringsarbeidet vert sikra gjennom god fagleg praksis og kunnskap. For framtida er det også viktig at handteringa av maten er berekraftig.

Kjerneverdiane våre er tryggleik, respekt og kvalitet.

Det tyder at vi skal:

- Vise respekt og ta ansvar for pasienten
- Vere oppdaterte og framtidsretta, og stille høge krav til fagleg kvalitet på tenestene våre
- Vere nære og engasjerte, og la openheit prege dialogar og samarbeid
«På lag med deg for helsa di»

Hovudmål

Pasientane skal sikrast trygg, god og rett ernæring. Ernæringsbehandling, opplæring og rettleiing om kosthald skal vere ein integrert del av behandlinga ved sjukehuset. Vi skal ved tverrfagleg vurdering sørge for at pasienten blir sikra rett ernæring til rett tid. Nasjonale ernæringsfaglege retningslinjer og Helsedirektoratet sine anbefalingar vert lagt til grunn i ernæringsarbeidet.

PRIORITERTE FORBETRINGSOMRÅDER:

Delmål 1: Individretta ernæringsbehandling kvalitetssikrast og tilpassast pasienten si diagnose og ernæringstilstand under sjukehusopphaldet og ved utskriving

Delmål 2: HMR skal gjennom strategiarbeidet innføre rutinar som bidreg til at alle tilsette har tilstrekkeleg minimumskompetanse i ernæring

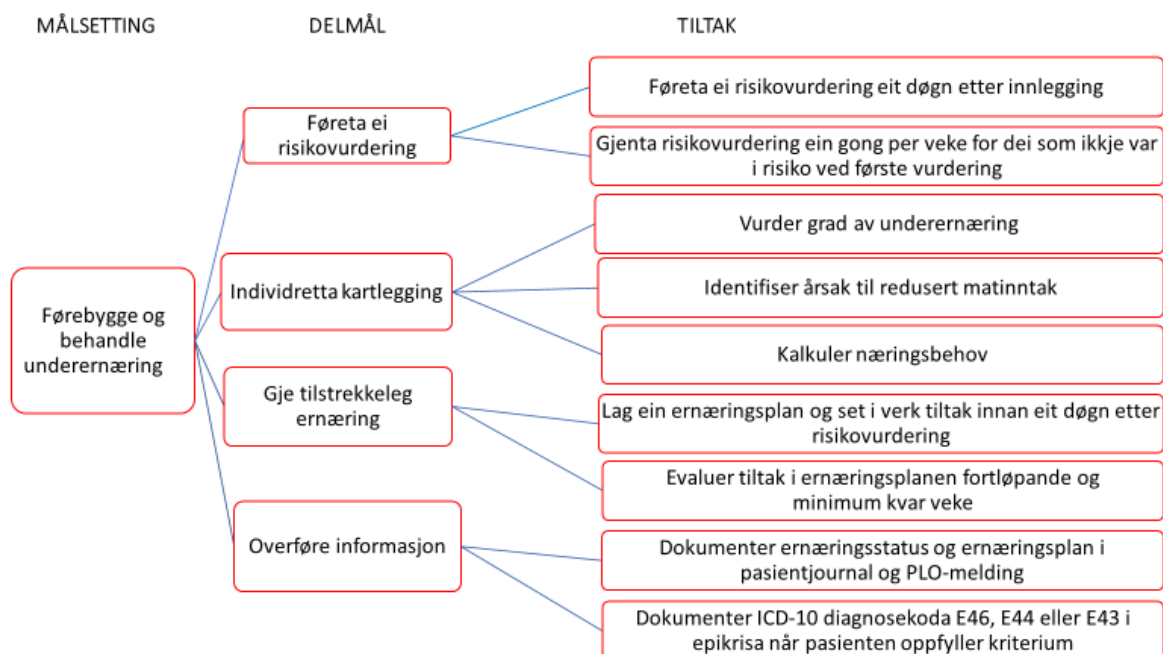
Delmål 3: HMR skal sikre at maten vert laga og servert i samråd med pasienten sine behov

Delmål 4: HMR samhandlar med kommunehelsetenesta slik at ei ernæringsmessig oppfølging kan takast vidare i kommunen

Kva veit vi om dagens tilstand på sjukehusa i HMR?

Som nemnt i innleiinga blir 17 % av pasientar innlagd i HMR screena for underernæring og diagnosekodar for underernæring brukt på 0,6 % av pasientopphalda i Ålesund. Dette tyder på at det er for lite fokus på rett bruk av diagnosekodar og for få pasientar som vert screena ved innlegging. Det har ved sjukehuset i Molde, Kristiansund og Ålesund vore ernæringskontaktmøte 2-4 gongar i halvåret. Møta skulle vere ein arena der personell frå sengepostane, kjøkken og klinisk ernæringsfysiolog skulle kunne utveksle erfaring og gje undervisning. Dessverre har møta ikkje vorte prioritert frå dei fleste avdelingane og med eit lågt oppmøte kunne ein ikkje drive vidare. Klinisk ernæringsfysiolog har i dag ingen faste tidspunkt for undervisning til avdelingane, legane og kjøkkenet. Helseføretaket har ikkje ernæring som del av e-læringskurs eller undervisning i kompetanseportal. E-læringskurs er tidkrevjande å lage, men mindre ressurskrevjande for klinisk ernæringsfysiolog å oppdatere etterkvart. For tilsette er det å gjennomføre krav i kompetanseportal enklare og det er også enkelt å finne tal på tilsette som har gjennomført kursa. Det er i dag for lite tilgjengeleg ressurs for klinisk ernæringsfysiolog i avdelingane. Pasienttryggleiksprogrammet 24-7 er innført i helseføretaket, men foreløpig berre for nokre av kompetansemåla³ og mellom anna ikkje underernæring. Dermed har ikkje arbeidet med å førebygge underernæring fått same fokuserte innsats frå leiinga og ut i avdelingane. Å arbeide med underernæring vil virke positivt på andre områder som er i fokus på i avdelingane. Underernæring kan føre til lang liggetid, feilernæring og dermed bidra til utvikling av til dømes delir, fall, forverring av aktuell tilstand og trykksår. Å oppdage risiko for underernæring vil ha viktige implikasjonar for pasienten, for bruk av ressursar (menneskelege og økonomiske) for helseføretak og samfunnet i sin heilskap.

Figur 1. Førebygging og behandling av underernæring (Drivardiagram henta frå Pasienttryggleiksprogrammet).



³ Foreløpige innsatsområde i pasienttryggleiksprogrammet i HMR pr august 2020: Legemiddelsamstemming, fall, uvi, sjøvmord, svk, overdosedødsfall, forverring av tilstand, hjerneslag, trykksår, sepsis, trygg kirurgi.

DELMÅL 1: INDIVIDRETTA ERNÆRINGSBEHANDLING KVALITETSSIKRST OG TILPASSAST PASIENTEN SI DIAGNOSE OG ERNÆRINGSTILSTAND UNDER SJUKEHUSOPPHALDET OG VED UTSKRIVING

- *Ernæringsbehandling skal vere ein integrert del av pasientbehandlinga ved HMR.*
- *Førebygging, identifisering, utgreiing og diagnostisering av pasientar i ernæringsmessig risiko utførast i samsvar med nasjonal fagleg retningslinje.*
- *Pasientar som er i ernæringsmessig risiko skal få målretta ernæringsbehandling.*
- *Rettt mat til rett pasient.*

Tiltak

1.1	Alle pasientar innlagt i HMR skal screenast for risiko for underernæring innan 24 timar. Risikovurdering utførast ved bruk av det medisinske evidensbaserte kartleggingsverktøyet (NRS 2002).
1.2	Opprette tiltak i pleieplan for alle som er i ernæringsmessig risiko.
1.3	Dokumentasjon på ernæringsstatus, tiltak og oppfølgingsbehov følger pasienten sin journal (overflyttingsnotat) når han/ho flyttar til anna tenestenivå eller anna avdeling.
1.4	Pasientar som er i ernæringsmessig risiko må vurderast søkt til klinisk ernæringsfysiolog. Postlege må vurdere om ein har tid til å teste ut om tiltak i sengepost gir ønska effekt før tilvising til klinisk ernæringsfysiolog.
1.5	Pasientar skal kartleggast og behandlast med tanke på nedsett evne til inntak av næring, særleg fokus på eldre og/eller diagnosespesifikke utfordringar mht tyggesvelge utfordringar.
1.6	Kunnskapsbaserte retningslinjer vert utvikla.
1.7	Meir undervisning til legar/sjukepleiarar/kjøkkenpersonale om ernæring og betre kunnskap om spesialkostar.
1.8	Etablert og rutinemessig samarbeid mellom kjøkken og klinisk ernæringsfysiolog.
1.9	Tilby opplæring av pasientar og pårørande.
1.10	Diagnosar for underernæring skal kodast rett i forhold til ICD-10.

Korleis skal vi måle at tiltaka i delmål 1 fører til ei forbetring?

Føretaket kvalitetssikrar ernæringsbehandlinga gjennom rapportering på relevante indikatorar. Resultatindikatorane bidreg til nødvendig implementering av ernæringsstrategien og vert nytta til lokalt kvalitetsforbetringsarbeid. Resultatindikatorar målar kvalitet i ernæring i tråd med Nasjonale faglege retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring. Dei står i pasienttryggleiksprogrammet som innsatsområde for sjukehus og det vektleggast at medisinsk koding for ernæringsbehandling skal optimaliserast (10).

- Tal på pasientar som har hatt stabil vekt.
- Tal på pasientar som blir risikovurdert. Mål om 100 % av pasientar innlagd i HMR screenast for underernæring 24 timar etter innlegging.
- Tal på pasientar i ernæringsmessig risiko som får ein ernæringsplan.
- Ein auke i tal på pasientar som får diagnosekode for underernæring.

DELMÅL 2: HMR SKAL GJENNOM STRATEGIARBEIDET INNFØRE RUTINAR SOM BIDREG TIL AT ALLE TILSETTE HAR TILSTREKKELEG MINIMUMSKOMPETANSE I ERNÆRING

- *Kvalitetsforbetring ved innføring av tiltakspakke for førebygging og behandling av underernæring (sjukehus) Pasientsikkerhetsprogrammet 24-7.*
- *Opplæring av tilsette.*
- *Samarbeid med eksterne forskingsinstitusjonar, som til dømes NTNU.*

Tiltak

1.1	For å lykkast med ernæringsstrategien er det ein føresetnad at den er forankra i leiinga på alle nivå og at arbeidet har ei eiga fagleg leiing. Det må difor bli oppretta «Ernæringsråd».
2.2	Opprette «Eining for klinisk ernæring» der ein klinisk ernæringsfysiolog har fagleg ansvar for å koordinere ernæringsarbeidet på alle dei 4 sjukehusa.
2.3	Legge til rette for forpliktande opplæring av helsepersonell knytt til behandling og pleie (fagdagar for sjukepleiarar, internundervisning for legar).
2.4	Innføre program for e-læring av ernæring, for nyttilsette og som del av kompetanseportal.
2.5	Kontinuerleg opplæring av tilsette som har ansvar for mattilbodet.
2.6	Samarbeide med utdanning- og forskingsinstitusjonar, ta initiativ og delta i forskning/prosjekt som omhandlar ernæring, sarkopeni og relaterte emne.
2.7	Auke talet på klinisk ernæringsfysiologer i HMR i høve til nasjonal minimumsanbefaling (11) ⁽⁴⁾ for å kunne nå måla i strategien.

Korleis skal vi måle at tiltaka for delmål 2 fører til ei forbetring?:

- Talet på tilsette som gjennomfører læringsmål i kompetanseportal.
- Redusere ventetid på tilsyn frå klinisk ernæringsfysiolog/færre som skrivast ut utan tilsyn av klinisk ernæringsfysiolog.
- Tal på tilsette klinisk ernæringsfysiologar i klinisk verksemd i høve til nasjonal minimumsanbefaling.

⁴ Minst 1,5 årsverk klinisk ernæringsfysiolog (kef) pr hhv 30 barne- eller 100 voksen senger brukes som et utgangspunkt for å vurdere behov av kef til behandling av innlagte pasienter og tar *ikke* hensyn til alle andre oppgaver som skal løses av kef i fht LMS-aktivitet, prosedyrerer, poliklinisk virksomhet. Avhengig av pasientpopulasjonens behov for kompetanse kan behovet være høyere.

DELMÅL 3: HMR SKAL SIKRE AT MATEN VERT LAGA OG SERVERT I SAMRÅD MED PASIENTEN SINE BEHOV

- HMR er eit «grønt sjukehus» og fokus på berekraft er eit viktig bidrag til å oppretthalde god folkehelse og for å halde kostnadar nede (12).
- Redusere matsvinn.
- Sikre at pasientane får innbydande, smakfull og rett mattilbod til rett tid.

Kvifor er dette viktig i HMR?

Berekraftig utvikling handlar om å ta vare på behova til menneska som lev i dag, utan å øydelegge for framtidige generasjonar og deira behov. Ernæringsstrategien for HMR skal, gjennom påverknad av matsservering på sjukehus, bidra til å fremje ei berekraftig utvikling. Der er fleire dimensjonar som inngår i omgrepet berekraft. HMR vil vektlegge dimensjonar som omhandlar klima og matsvinn. Folkehelsemeldinga påpeikar at eit kosthald i tråd med kostråda frå Helsedirektoratet, vil bidra på denne måten (13).

Rett konsistens og type mat til pasient med spesielle behov vil redusere matsvinn. Pasient med kognitiv svikt krev meir personale hjå pasienten under måltidet for å sikre matinntaket. Ved å kartlegge rutinemessig svelgjevanskar, så vil ein i større grad unngå sjukehuserverva pneumoni (14, 15). Eldre har redusert kjensle av svolt, difor må frekvens og tidspunkt for måltid tilpassast pasienten sitt behov (16). Meir diettfagleg utdanna personale i avdelinga vil kunne ta noko av oppgåvene som sjukepleiar har i dag og kan rettleie pasientar betre i val av mat. Ernæringsbehandling er kostnadseffektivt og kostar berre 3 % av kostnad relatert til hoftebrot og gir den eldre betre rekonvalesens (17). Klinisk ernæringsfysiolog kan bidra til å utvikle og kvalitetssikre menyar, spesialkostar og utvikling av mattilbodet. Ernæring i eit sjukehus omhandlar mykje meir enn underernæring og handlar vel så mykje om at pasientar med ulike diagnosar får den tilpassinga dei har behov for.

Tiltak

3.1	Tilby kaldmat-buffé til fleire avdelingar i føretaket.
3.2	Nok pleiepersonale i avdelingar med høgt pleiebehov for å kunne hjelpe pasientar i måltidet.
3.3	Tilgjengeleg kjøkkenpersonale i avdeling, for eksempel matvert med diettfagleg kompetanse i alle fire sjukehusa.
3.4	Klinisk ernæringsfysiolog og kokk driv kontinuerleg opplæring av matvertar og tilsette i avdeling. Opprette dialog mellom kjøkken og avdelingar.
3.5	Matvertar kan i samråd med sjukepleiar og pasient delta meir i matbestilling.
3.6	Ny ordning for varmmatsservering SNR.

Korleis skal vi måle at tiltaka for delmål 3 fører til ei forbetring?

- Redusert matsvinn.
- Tal på avdelingar med bufféserving.
- Berekraftig kosthald.

DELMÅL 4: HMR SAMHANDLAR MED KOMMUNEHELSETENESTA SLIK AT EI ERNÆRINGSMESSIG OPPFØLGING KAN TAKAST VIDARE I KOMMUNEN.

- *Ernæringsprosedyrar for alle pasientforløp.*
- *Dokumentere ernæringsstatus og behov for oppfølging ved innskriving og utskriving til anna omsorgsnivå.*

Tiltak

4.1	Sikre at kartlegging av ernæringsstatus og behov for oppfølging inngår som del av system for meldingsutveksling mellom kommune og sjukehus.
4.2	Ernæring og kostinformasjon er ein forpliktande del av epikrisa når pasientar skrivast ut.
4.3	Utvikle samarbeid mellom sjukehuskjøkken og sentralkjøkken/kommunale sjukeheimskjøkken.

Korleis skal vi måle at tiltaka for delmål 4 fører til ei forbetring?

- Bruk av e-meldingar/epikrisar med tema ernæring

Samhandling

Intern samhandling føreset at nødvendige ernæringsprosedyrar skal inngå i alle pasientforløp. I dag blir behov for ernæringsbehandling avdekket for seint i sjukehusopphaldet, samt at det ofte viser svikt i ernæringsbehandling hjå pasientar som vert behandla ved fleire sjukehusavdelingar. Systematisk kartlegging av pasientane skal mellom anna sikre at tiltak vert sett i gang til rett tid i behandlingsforløpa. Det må vere tydeleg kva avdelingar og faggrupper som har ansvaret for ernæringsarbeidet gjennom heile pasientforløpet.

God pasientbehandling er heilt avhengig av informasjonsflyt mellom ulike behandlingsledd. Det blir stadig gjort forbetringar i kommunikasjonen og det er viktig med gode rutinar for overføring av informasjon om pasientens ernæringsstatus og ernæringsbehandling når han/ho bevegar seg mellom primærhelsetenesta og sjukehus ved inn- og utskriving. Det er ønskeleg at alle epikrisar også inneheld informasjon om ernæringsstatus og behov for spesialtilpassa kost.

Det vert lagt vekt på å sikre god samhandling mellom helseføretaket og kommunane, med mål om å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordeling innan ernæringsfeltet. Det er behov for å sikre heilskap i oppfølging av pasientar og sikre at ernæringsbehandling skjer på rett tenestnivå. Det bør utarbeidast felles retningslinje innan ernæring for å bidra til fagleg, forsvarleg og heilskapleg oppfølging av pasienten før, under og etter innlegging.

Det er variasjonar i det ernæringsfaglege kommunetenestetilbodet i HMR sitt nedslagsfelt og per 2020 er det tilsett kliniske ernæringsfysiolog i 3 av 26 kommunar. I tråd med rettleiingsplikta, skal føretaket ha ressursar, rutinar og kompetanse som sikrar rettleiing og kompetanseoverføring til kommunane på ernæringsområdet. Tiltak og oppfølgingsbehov skal dokumenterast og beskrivast i behandlingsplan og epikrisa, og følge pasienten ved overføring til neste omsorgsnivå. Omfanget av rettleiingsplikta vil forandre seg over tid grunna den medisinske utviklinga og endring i organisering av helse- og omsorgstenesta.

Utfordringsbilde

Demografi og sjukdomsbilde

Dei største utfordringane for helsetenesta framover vil vere knytt til befolknings- og sjukdomsutvikling. Det bur ca. 270 000 personar i Møre og Romsdal, og desse høyrer i dag til 4 sjukehus og fleire institusjonar. Vi må anta at når 30 % av innlagte pasientar er i ernæringsmessig risiko, og for nokre tilstandar enda høgare del, treng 30 % av pasientane våre ei ernæringsoppfølging. Pasientane våre har rett til lik helsehjelp og det skal vere robuste faglege ernæringsmiljø ved alle sjukehusa. Det er utfordrande å gi lik helsehjelp i eit fylke med store avstandar og utfordrande geografi. Ferieavvikling og sommarstengde avdelingar skal ikkje medføre at kvaliteten på ernæringsbehandlinga reduserast og det krev difor overføring av pasientar og kompetanse til andre avdelingar. Fordi pasienten sitt opphald i sjukehus er stadig kortare, har sjukehuset ein avgjerande funksjon i å diagnostisere ernæringsrisiko og sette i verk tiltak som må ivaretakast etter utskriving for å redusere risiko for reinnlegging med årsak i underernæring.

Leiinga i HMR meiner at ernæring skal setjast på dagsordenen med klare ansvarsforhold og oppgåvedeling. Ernæringsarbeidet inngår i det heilheitlege pasientforløpet, og det skal sikrast intern og ekstern samhandling mellom HMR og tilhøyrande kommunar. I tillegg til strategien følger eit internt notat om bemanning for klinisk ernæringsfysiolog og fordeling av arbeidsoppgåver.



Etterord

Vi vil takke for oppdraget med å utarbeide ernæringsstrategi for HMR HF.

Det er ei glede å dele strategien med heile Helse Møre og Romsdal. For å lukkast med ernæringsstrategien er det ein føresetnad at den er forankra i leiinga på alle nivå og at arbeidet har ei eiga fagleg leiing. Vi foreslår difor at det blir oppretta «Ernæringsråd» og at det blir oppretta «Eining for klinisk ernæring» der ein klinisk ernæringsfysiolog har fagleg ansvar for å koordinere ernæringsarbeidet på alle dei 4 sjukehusa. Strategien legg føring for at sjukehusa til ei kvar tid skal ha pasienttryggleik i fokus i alle ledd av pasientbehandlinga, og på denne måten sikre pasientane nok og rett mat til rett tid.

Ernæringsstrategien er difor viktig for alle aktørar i alle ledd av behandlingsskjeda, frå overordna nivå, dei som bidreg i tillaging, logistikk og levering, og bestilling og servering av mat til pasientane. Nok personale i alle desse ledd er essensielt for å kunne drive forsvarleg pasientbehandling. Rett ernæringsbehandling gir betre sjukehusøkonomi der mellom anna korrekt diagnosekoding er viktig.

Desse har delteke i arbeidsgruppa:

Leiar for gruppa:

Kirsti Kverndokk Bjerkan, klinisk ernæringsfysiolog, Avdeling for kirurgi, Klinikk Ålesund sjukehus.

Øvrige medlemmer:

Anna-Katrine Havang Velle, klinisk ernæringsfysiolog, Medisinsk poliklinikk, Avdeling medisin, Klinikk Ålesund Sjukehus.

Eva Kvendbø, klinisk ernæringsfysiolog, Klinisk støtte, Avdeling for medisin og nevrologi, Klinikk Molde sjukehus.

Irene Mork, klinisk ernæringsfysiolog, Kirurgisk og ortopedisk sengepost, Avdeling for medisin og døgnopphald, Klinikk Kristiansund sjukehus.

Nivethan Sutharsan Panchalingam, klinisk ernæringsfysiolog (vikar), Kirurgisk og ortopedisk sengepost, Avdeling for medisin og døgnopphald, Klinikk Kristiansund sjukehus.

Magnhild Håskjold, klinisk ernæringsfysiolog, Medisinsk poliklinikk, fysioterapi og kontor, Klinikk Volda sjukehus.

Jan Arne Hove, avdelingssjef, Avdeling for kjøkken og kantine, Klinikk for drift og eiendom.

Erik Schistad Staff, lege, legar Kreftavdelinga, Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering.

Jens-Meinhard Stutzer, overlege, Ortopediske legar, Avdeling kirurgi og akuttmedisin, Klinikk Molde Sjukehus.

Randi Sunde, sjukepleiar, Kreftbehandling og palliasjon Nordmøre og Romsdal, Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering.

May Helen Havdal, sjukepleiar, Avdeling for medisin og døgnopphald, Medisinsk sengepost, Klinikk Kristiansund sjukehus

Monica Devold, sjukepleiar, kvalitetsrådgjevar Avdeling for Kirurgi, Klinikk Ålesund sjukehus

Jenny Alexandra Blendberg, sjukepleiar, Medisinsk poliklinikk, fysioterapi og kontor, Klinikk Volda sjukehus.

Referansar

1. WHO. Patient safety [Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety>].
2. Henriksen C, Gjelstad IM, Nilssen H, Blomhoff R. A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay. *Food Nutr Res*. 2017;61(1):1391667.
3. 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.
4. Helsedirektoratet. *Kosthåndboken Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* 2016.
5. Helsedirektoratet. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling*. Oslo, Norway: Helsedirektoratet; Rev. utg. 2013. Report No.: IS-1580.
6. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2019;393(10188):2312-21.
7. Chen H, Ma J, Liu A, Cui Y, Ma X. The association between sarcopenia and fracture in middle-aged and elderly people: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Injury*. 2020;51(4):804-11.
8. Midthjell K, Lee CM, Langhammer A, Krokstad S, Holmen TL, Hveem K, et al. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical obesity*. 2013;3(1-2):12-20.
9. Helse-og omsorgsdepartementet. *Oppdragsdokument 2013 Helse Midt-Norge RHF*. 2013.
10. Helsedirektoratet. *Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram I trygge hender 24-7*. 2018. Report No.: IS-2585.
11. Helsedirektoratet. *Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper*. 2017. Contract No.: IS-2592.
12. Helsedirektoratet. *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling, Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken.*, Helsedirektoratet; 2018 2018. Report No.: IS-2748.
13. Det kongelege helse- og omsorgsdepartement. *Folkehelsemeldinga, Gode liv i eit trygt samfunn, Meld. St.19*. In: *Det kongelege helse- og omsorgsdepartement, editor*. 2018-2019. p. 204.
14. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012;7:287-98.
15. Byun SE, Kwon KB, Kim SH, Lim SJ. The prevalence, risk factors and prognostic implications of dysphagia in elderly patients undergoing hip fracture surgery in Korea. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):356.
16. Damanti S, Azzolino D, Roncaglione C, Arosio B, Rossi P, Cesari M. Efficacy of Nutritional Interventions as Stand-Alone or Synergistic Treatments with Exercise for the Management of Sarcopenia. *Nutrients*. 2019;11(9).
17. Malafarina V, Reginster JY, Cabrerizo S, Bruyère O, Kanis JA, Martinez JA, et al. Nutritional Status and Nutritional Treatment Are Related to Outcomes and Mortality in Older Adults with Hip Fracture. *Nutrients*. 2018;10(5).