

# Ernæringsstrategi

# Sunnaas sykehus HF

2015 - 2018

Vedtatt i foretaksledelsen 10.mars 2015



SUNNAAS SYKEHUS



# Innhold

Innhold.....	2
1. Bakgrunn .....	5
1.1 Ernæringsstrategi .....	5
1.2 Ernæringskompetanse og utfordringer knyttet til ernæring generelt i helse- og omsorgstjenesten.....	6
1.3 Ernæringskompetanse og ernæringsrelaterte utfordringer ved SunHF .....	8
1.3.1 Ernæringskompetanse .....	8
1.3.2 Særskilte ernæringsrelaterte utfordringer på Sunnaas .....	8
1.3.3 Underernæring.....	8
1.3.4 Overvekt og fedme.....	9
1.3.5 Barn .....	9
1.3.6 Pårørende.....	9
1.3.7 Kostholdsveiledning .....	10
1.4 Spørreundersøkelse mai/juni 2014 .....	10
1.5 Utprøving av ernæringsscreeningsverktøy november 2014.....	10
2. Visjon, verdier og mål .....	13
2.1 Overordnet mål .....	13
2.2 Delmål.....	13
12.1 Konkrete områder som krever økt innsats ved SunHF .....	14
12.1.1 Mattilbudet.....	14
12.1.2 Behov for ernæringskompetanse i klinikk.....	14
12.1.3 Behov for verktøy og retningslinjer .....	14
12.1.4 Ernæringscreening .....	15
12.1.5 Underernæring, overvekt og feilernæring .....	15
12.1.6 Sårbehandling.....	15
12.1.7 Dysfagi (spise-/svelgevansker) .....	15
12.1.8 Forebygging og behandling av livsstilssykdommer .....	16

13. Grunnleggende rammer .....	17
13.1    Klinisk ernæringsfysiolog .....	17
13.2    Faglig nettverk for ernæring .....	17
13.3    Ressurspersoner i klinikk.....	17
13.4    Ansvarsfordeling klinikk .....	17
13.5    Utstyr i klinikk.....	19
13.6    Kantine og mattilbud .....	19
14. Pasientbehandling .....	21
14.1    Gjeldende prosedyrer og retningslinjer innen ernæringsbehandling skal implementeres og brukes systematisk. Der det er behov for nye prosedyrer og retningslinjer, skal disse utarbeides.....	21
14.2    Leddene som utgjør "God ernæringspraksis" skal ligge til grunn for ernæringsbehandling av pasienter ved SunHF (se figur 1). .....	21
15. Opplæring av pasienter og pårørende .....	22
15.1    Informasjon, undervisning og opplæring i ernæring knyttet til pasienter og pårørende skal kvalitetssikres .....	22
15.2    Nødvendig undervisningsopplegg, materiell, verktøy og veiledere for å gi god pasient- og pårørendeopplæring skal utvikles.....	22
16. Opplæring og utdanning av helsepersonell .....	23
16.1    Plan for internundervisning og kompetanseheving av ansatte på Sunnaas sykehus skal beskrives og implementeres .....	23
17. Forskning og fagutvikling .....	24
17.1    Samarbeidsavtale Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO .....	24
17.2    Behov for forskning på tema ernæring og rehabilitering .....	24
17.3    Internasjonal strategi ernæring .....	24
17.4    Sunnaas mot 2030 .....	24
17.5    Kliniske ernæringsfysiologer og ressursbehov ved SunHF .....	25
18. Vedlegg.....	26
18.1    Spørreundersøkelse om ernæringspraksis ved Sunnaas sykehus mai 2014 .....	26
18.2    Kvalitetsrapport – utprøving av ernæringsscreeningsverktøy ved Sunnaas sykehus november 2014 .....	26
18.3    Pasienttilfredshetsundersøkelse 2013 og 2014 .....	26

18.4	Kravspesifikasjon til konkurransegrunnlag for levering av servicetjenester til Sunnaas sykehus HF. Levering og servering av mat.....	26
18.5	Eksempel på SLA (Service Level Agreement).....	26
19.	Sentrale begreper og definisjoner .....	27

# Innledning

Samtlige helseforetak i Norge har i oppdrag å utvikle en lokalt tilpasset ernæringsstrategi som skal være styrende for ernæringsarbeidet ved foretaket. Arbeidet med Sunnaas sykehus HF (SunHF) sin ernæringsstrategi startet våren 2014, etter ansettelse av sykehusets første kliniske ernæringsfysiolog med organisering i Forskningsavdelingen ved SunHF. Organiseringen av klinisk ernæringsfysiolog var et strategisk valg for å sikre fagområdet nødvendig fagutvikling, bidra til økt ernæringskompetanse blant ansatte og pasienter, bedre ernæringsbehandling, utvikling av prosedyrer, strategi og annet planarbeid, samt generere forskning innen fagområdet ernæring og rehabilitering. Til grunn for dette arbeidet ligger en samarbeidsavtale med Universitetet i Oslo, Avdeling for ernæringsvitenskap, som bidrar til å styrke ernæringskompetansen ved SunHF ytterligere.

I 2014 ble det gjennomført en kartlegging av ernæringspraksis ved Sunnaas sykehus, samt utprøving av ernæringscreeningsverktøy og et øyeblikksbilde på inneliggende pasienters ernæringsstatus. Kartleggingen har identifisert områder det må jobbes spesifikt med ved Sunnaas sykehus, og har bidratt til å danne en lokalt tilpasset ernæringsstrategi. Ernæringsstrategien for SunHF bygger hovedsakelig på "Kosthåndboken – veileder for ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten, 2012", men også vedtatte ernæringsstrategier ved andre store nasjonale sykehus: Oslo Universitetssykehus HF (OUS), St. Olavs hospital HF i Trondheim og Helse Bergen HF.

Arbeidsgruppen for SunHF's ernæringsstrategi har bestått av medlemmer i "Faglig nettverk for ernæring" med bred sammensetning fra klinikken, ledet av klinisk ernæringsfysiolog (fagsjef for fagområdet ernæring). Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO har gitt faglig veiledning og innspill i prosessen. Ernæringsstrategien har vært på høring til utvidet klinikkledelse og medlemmer av nettverk for fagansvarlige ved SunHF, for å sikre god forankring og innspill til ferdigstillingen av dokumentet. Ernæringsstrategi for Sunnaas sykehus 2015 – 2018 ble vedtatt i Foretaksledelsen 10. mars 2015.

## 1. Bakgrunn

### 1.1 Ernæringsstrategi

Ernæringsstrategien for SunHF bygger på nasjonale føringer, oppdragsdokument for Helse Sør-Øst 2013, Strategisk plan for Sunnaas sykehus 2010-2020, samt Sunnaas' forskningsstrategi. I oppdragsdokumentet av 2013 for Helse Sør-Øst, er det et overordnet mål om å bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko. Mål for 2013 beskrives slik: *"Helseforetakene har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012).*

## 1.2 Ernæringskompetanse og utfordringer knyttet til ernæring generelt i helse- og omsorgstjenesten

I dokumentet "Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, 2012"<sup>1</sup>, beskrives det at ernæringspraksis ved norske sykehus i henhold til Europarådets anbefalinger ikke er tilfredsstillende. EU's ekspertgruppe<sup>2</sup> peker på fem barrierer til god ernæringspraksis:

1. Mangel på tilstrekkelig opplæring i ernæringsfaget blant alle helsepersonellgrupper
2. Mangel på samarbeid mellom ulike personellgrupper
3. Mangel på klart definert ansvarsfordeling i forhold til planlegging og gjennomføring av ernæringsbehandling
4. Mangel på brukermedvirkning
5. Mangel på engasjement fra ledelsen

Forekomsten av underernæring i sykehus og sykehjem varierer mellom 10 % og 60 %. Pasienter som er identifisert til å være i særlig risiko for underernæring er eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom. Studier viser at underernærte pasienter ofte har redusert immunforsvar, redusert sårtilheling, forlenget rekonvalesens, flere komplikasjoner, økt reinnleggelser, og økt dødelighet.

Rapport om ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten<sup>1</sup> beskriver videre at mangelfull bemanning av kliniske ernæringsfysiologer fører mange steder til at det oppstår alvorlig underernæring, og at tilbud til personer med overvekt, diabetes eller andre kroniske lidelser nedprioriteres.

Videre står det beskrevet at "Spesialisthelsetjenesten kan med dagens bemanning av kliniske ernæringsfysiologer ikke forventes å innfri veiledningsplikt ovenfor kommunene i forhold til ernæringsfaget på en tilfredsstillende måte. Det er heller ikke sannsynlig at forventningene som ligger i oppdragsdokumentene om at ernæring skal inngå som del av forebygging og behandling vil kunne innfris uten en betydelig økt ernæringsfaglig bemanning"<sup>1</sup>.

Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten har lenge vært etterspurt i offentlige dokumenter, allerede så tidlig som på 1970-tallet. Blant de nyeste dokumentene som kan nevnes er *Resept for sunnere Norge, Nasjonal helseplan, Handlingsplan for bedre kosthold*, St. melding nr. 25: *Mestring, muligheter, mening* (Kompetanseløftet samt Omsorgsplan 2015), nasjonale strategier (diabetes, astma, allergi, kreft, KOLS), nasjonale faglige retningslinjer for helsetjenesten (underernæring, diabetes, overvekt), tilrådningsrapport for oppfølging av Grønn resept ordningen, og St. melding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Pasientene som er definert som målgruppe i

---

<sup>1</sup> "Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2012 (Helsedirektoratet, 2012)

<sup>2</sup> Committee of Experts on Nutrition, Food safety and Consumer Health (2003): Food and nutrition care in Hospitals: how to prevent undernutrition.

samhandlingsreformen, har alle et dokumentert behov for og nytte av kostholdsveiledning og/eller ernæringsbehandling.

Ved etablert sykdom eller risiko for sykdom, er kostholdsveiledning viktig i sekundærforebygging av tilleggskomplikasjoner som diabetes, nyresykdom, hjerte- og karsykdom, eller sykdomsrelatert underernæring. Et forbedret kosthold og mer kunnskap om ernæring kan bidra til å hindre forverring av sykdom, samt øke motivasjonen og mestringsfølelsen for den enkelte<sup>1</sup>.

Habilitering og rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får muligheter til deltagelse i samfunnet på egne premisser. God ernæringsstatus er en forutsetning for vekst, utvikling og prestasjonsevne. Pasienter med behov for spesialisert habilitering- og rehabilitering, vil ofte ha flere tilstander som påvirker næringsinntak og måltider, for eksempel kognitiv svikt, spise- og svelgevansker, nedsatt appetittregulering, psykiske vansker, lammelser og diagnosespesifikke ernæringsvansker<sup>1</sup>.

### *Individrettet ernæringsarbeid kan grovt sammenfattes som følger<sup>1</sup>:*

1. Kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus, vurdering av risiko for kostholdsrelaterte helseplager eller sykdom
2. Tilrettelegging for et godt og forsvarlig mattilbud
3. Primærforebyggende kostholdsveiledning individuelt eller i gruppe/lavterskeltilbud (frisklivstilbud)
4. Høyrisikoorientert/ sekundærforebyggende kostholdsveiledning og ernæringsbehandling (tidlig intervensjon)
5. Tertiærforebyggende kostholdsveiledning og/eller medisinsk ernæringsbehandling

Helsepersonell og personellgrupper uten relevant fagutdanning på ernæring kan kvalifisere til å drive ernæringsarbeid 1-3 under forutsetning av at de har fått tilstrekkelig generell ernæringsfaglig opplæring. Kostholdsveiledning på nivå 4 bør utføres av autorisert klinisk ernæringsfysiolog eller av helsepersonell i tett samarbeid med eller under veiledning av klinisk ernæringsfysiolog. Kostveiledning eller medisinsk ernæringsbehandling på nivå 5 bør utføres av autorisert klinisk ernæringsfysiolog eller annet helsepersonell med spesialkompetanse innen klinisk ernæring.

## 1.3 Ernæringskompetanse og ernæringsrelaterte utfordringer ved SunHF

### 1.3.1 Ernæringskompetanse

I 2014 ble sykehusets første kliniske ernæringsfysiolog ansatt, med forankring i Forskningsavdelingen og samarbeidsavtale med Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO. Denne forankringen skal sikre nødvendig systemarbeid, fagutvikling, forskning og husovergripende kompetanseheving på fagområdet ernæring, og bedre rutiner knyttet til identifisering og behandling av pasienter med ernæringsmessige utfordringer, samt økt kompetanse om ernæring blant både ansatte og pasienter.

### 1.3.2 Særskilte ernæringsrelaterte utfordringer på Sunnaas

Sunnaas sykehus har pasienter med flere ulike og sammensatte sykdommer og skader. Hovedpasientgruppen består av personer med ervervede hjerneskader (traumatisk hjerneskade, hjerneslag, anoksisk/hypoksisk hjerneskade), ryggmargsskade (RMS), multitraume, andre nevrologiske skader eller sykdom, brannskader, cerebral parese, samt poliopasienter. Felles for alle pasientene er at både skade og sykdom kan medføre ernæringsrelaterte problemer. Flere pasienter ved SunHF kan ha vanskeligheter med å tilpasse seg en ny livsstil etter skade/sykdom, blant annet å endre/tilpasse matvanene. Samtidig har individuell ernæringsveiledning under oppholdet på Sunnaas vært mangelfull.

### 1.3.3 Underernæring

Flere pasienter er i risiko for å ha eller utvikle underernæring, dette gjelder spesielt pasienter på primær opphold som er i en tidlig fase av en sykdom eller skade, men også pasienter med kroniske skader og pasienter med smerteproblematikk. Pasienter med traumatiske skader, nyopererte og/eller pasienter som har hatt et intensivopphold på akutt sykehus, har høy risiko for underernæring i tidlig fase<sup>3</sup>. Hjerneskadepasienter med store kognitive og fysiske utfall, står også i fare for å utvikle underernæring *etter* skaden har inntruffet. Dette skyldes hovedsakelig at mange av disse pasientene får spise- og svelgevansker (dysfagi), lammelser, og kognitive utfall som kan gjøre det utfordrende å spise et variert og sunt kosthold<sup>4,5</sup>. Andre utfall som kan påvirke ernæringsstatus hos hjerneskadepasienter i tillegg til det ovennevnte, er psykiske og kognitive vansker (depresjon og hukommelsesforstyrrelser, initiativsvikt, kapasitetsproblemer og reguleringsvansker), forstyrret smak- og luktesans, dårligere appetittregulering, samt gastrointestinale problemer.

Pasienter med traumatisk ryggmargsskade har ofte et stort vekttap i akutfasen, dette er spesielt knyttet til tap av muskulatur under skadeområdet<sup>6</sup>, men kan også skyldes tap av fettvev og frisk muskulatur. Siden det er et forventet høyt vekttap hos denne målgruppen, kan en risikere at en eventuell underernæringstilstand kamufleres. Underernæring kan generelt føre til forverring av sykdom, muskelsvakhet, redusert immunforsvar, økt fare for infeksjoner, og forsinket sårtilheling ved trykksår.

<sup>3</sup> Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, 2009

<sup>4</sup> [Nasjonal](#) retningslinje for behandling og rehabilitering av slag, 2010, Helsedirektoratet

<sup>5</sup> Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2012

<sup>6</sup> ABC om ryggmargsskade for helsepersonell



Noen pasienter er i katabol fase (nedbrytningsfase) når de kommer til SunHF, og kan følgelig ha et svært høyt energi- og proteinbehov som krever tett oppfølging og jevnlig tilpassninger. Pasienter som har vært katabole i tidlig fase av skaden/sykdommen, går over i anabol fase (oppbyggingsfase) enten før eller under oppholdet på Sunnaas. Denne overgangen innebærer nye ernæringsmessige krav, nemlig lavere energibehov og høye mikronæringsstoffbehov. For å sikre god ernæringsstatus og forebygge komplikasjoner hos den enkelte pasient, må det gjøres fortløpende ernæringsmessige vurderinger og tilpassninger etter pasientens progresjon og mobiliseringsevne.

#### **1.3.4 Overvekt og fedme**

I tillegg til underernæring, tegner det seg et klinisk bilde av at overvekt/fedme er en stor utfordring blant noen av pasientgruppene på Sunnaas. Flere pasienter kan ha utviklet stor kroppsmasse før sykdom/skade, og til tross for vekttap tidlig i forløpet, ha en overvekt eller fedme når de kommer til Sunnaas. Opptrening, forflytning og rehabilitering kan kompliseres hos pasienter med en stor og tung kropp. Kroniske pasienter med medfødte eller ervervede funksjonsnedsettelse og lammelser, og som har redusert kapasitet til å forbrenne energi, er særlig utsatte for å utvikle overvekt og fedme. Enkelte pasienter har kanskje hatt dårlige matvaner i forkant av skaden/sykdommen som har resultert i høy vekt og komplikasjoner. Noen pasienter kan også ha en uhensiktsmessig stor vektoppgang under oppholdet. Dette gjelder spesielt pasienter med kognitive vansker, appetittreguleringsvansker og store fysiske funksjonsnedsettelse, men også pasienter med behov for langvarig sondeernæring som ikke får grundig oppfølging under og etter oppholdet ved SunHF.

Overvekt og fedme er en risiko for utvikling av blant annet diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom. Flere av pasientgruppene ved SunHF har eller er i risiko for å utvikle disse livsstilssykdommene. For høy vekt kan også skape forflytningsvansker, og vansker med å gjennomføre fysiske øvelser og daglige gjøremål. Rullestolavhengige pasienter med overvekt/fedme har for eksempel økt risiko for belastningsskader på muskulatur i overkroppen, behov for å anskaffe seg større og tyngre rullestol som reduserer bruk av manuell rullestol, samtidig som overvekten vil medføre økt trykk på sitteflaten og øke risikoen for trykksår. Overvektige og feilernærte pasienter kan også ha et redusert immunforsvar, og dermed økt risiko for infeksjoner slik man ser hos underernærte pasienter.

#### **1.3.5 Barn**

Barn er en spesielt sårbar gruppe på grunn av at de er i vekst og har et høyt behov for energi og næringsstoffer, samtidig som de har små kroppslagre. Behovene kan variere stort, og barn trenger generelt tett oppfølging for å ivareta en god ernæringsstatus. Hos barn og ungdom skal vekt og lengde måles (samt hodeomkrets for barn under 2 år), og vekstkurver må benyttes da disse er de viktigste og enkleste målene for å vurdere ernæringsstatus. I forbindelse med omorganisering og nytt sykehusbygg skal det etableres en ny barneenhet ved SunHF fra 2015. Med det vil SunHF kunne tilby en klinikk tilrettelagt for barn, med spisskompetansen samlet på ett sted. Barn med særskilte ernæringsmessige behov krever en egen spisskompetanse på ernæring og tett individuell oppfølging.

#### **1.3.6 Pårørende**

Pårørende er viktige samarbeidspartnere i pasientbehandlingen på SunHF, og er sentrale i ernæringsarbeidet rundt pasienten. For eksempel kan pårørende bidra med informasjon knyttet til pasientenes tidligere matvaner og preferanser, men også støtte pasienten til å ha gode matvaner

under og etter rehabiliteringsoppholdet. Det er viktig at pårørende forstår betydningen av riktig ernæring i en rehabiliteringsfase, og at klinikken og pårørende har en omforent forståelse av hensikten med ernæringsbehandlingen. På Sunnaas rapporterer klinikken om at det er et gjennomgående problem at pårørende medbringer søtsaker og ”kosemat” som forstyrrer fokuset man ønsker at pasientene skal ha under rehabiliteringsoppholdet. Dette understreker viktigheten av å ta med pårørende inn i rammene og målene for ernæringsbehandlingen.

### **1.3.7 Kostholdsveiledning**

Individuell kostholdsveiledning er generelt mangelfullt på SunHF på grunn av lav klinisk ernæringsfaglig kompetanse i klinikk. Veiledningen som gis har som regel vært tilfeldig og personavhengig. Etter overordnet klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt ved SunHF i 2014 får ansatte i klinikk blant annet tilbud om veiledning og råd knyttet til pasienter med ernæringmessige vansker, hjelp til å finne relevant informasjonsmaterie, samt kvalitetssikring av undervisningsopplegg om ernæring. Det har vært og er et stort behov for individuell ernæringsoppfølging av pasienter, og klinisk ernæringsfysiolog mottar flere pasienthenvisninger fra klinikk. Med dagens manglende ressurser av kliniske ernæringsfysiologer i klinikk har SunHF imidlertid sterkt begrenset kapasitet til individuell oppfølging av pasienter med ernæringmessige utfordringer.

## **1.4 Spørreundersøkelse mai/juni 2014**

En spørreundersøkelse blant leger, sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere ved Sunnaas våren 2014 viser at rutiner knyttet til ernæringmessig identifisering, behandling og oppfølging av pasienter er mangelfull, tilfeldig og personavhengig. Videre kommer det frem at det er behov for tydeligere ansvars plassering i klinikken i forhold til oppfølging og igangsetting av ernæringmessige tiltak, og at mangel på klinisk ernæringsfysiolog i klinikk og mattilbudet på Sunnaas er barrierer for god ernæringspraksis. Spørreundersøkelsen viser også at klinikken har behov for verktøy for å kunne vurdere ernæringsstatus hos pasienter, deriblant formler for å utregne energibehov og KMI, screeningsverktøy, og vekter tilpasset pasientenes funksjonsnivå (Rapport spørreundersøkelse 2014, vedlegg 8.1).

## **1.5 Utprøving av ernæringsscreeningsverktøy november 2014**

I november 2014 ble ernæringsscreeningsverktøyet NRS 2002 utprøvd på Sunnaas, for å skape oppmerksomhet rundt ernæringscreening og underernæring, få et øyeblikksbilde av ernæringsstatus blant pasienter på sykehuset, samt utrede hvilket ernæringscreeningsverktøy som kan egne seg innført på sykehuset. Det ble samlet opplysninger fra totalt 127 av 156 pasienter, og 98 pasienter (63 %) hadde tilstrekkelige opplysninger for å bli vurdert med screeningsskjemaet (NRS 2002). Resultatene er her presentert i tabell 1 (fra Kvalitetsrapport, vedlegg 8.2). Svarprosenten var skjevfordelt mellom avdelingene, og forekomst av pasienter i ernæringmessig risiko varierte. Seksjonen med høyest forekomst av pasienter i ernæringmessig risiko, var også den seksjonen som hadde høyest svarprosent: syv av 25 pasienter ble klassifisert i ernæringmessig risiko ved seksjon RMN (Ryggmargsskade, multitraume og nevrologi), noe som utgjør en prevalens på 28 %. Tre av pasientene hadde ryggmargsskade, tre hadde multitraume og en hadde ikke opplysning om diagnose. Pasienter med ryggmargsskade har et forventet høyt vekttap på grunn av muskelatrofi under skadeområdet, men i denne undersøkelsen var vekttapet større enn hva som kan forventes relatert til skadeomfanget. Studier viser at underernæring ofte underdiagnostiseres blant denne

pasientgruppen <sup>7,8</sup>. Oppmerksomhet rundt risiko for underernæring i tidlig fase er viktig, og måltrettede tiltak må igangsettes for å unngå eller korrigere ytterligere ufrivillig vekttap (muskeltap).

To av 10 pasienter ble klassifisert i ernæringsmessig risiko ved seksjon for hodeskader (HS 7), med et prosentvis vekttap på henholdsvis 23 % og 18 %. Dette utgjorde en prevalens på 20 % pasienter i ernæringsmessig risiko. En stor svakhet i denne undersøkelsen var at kun én pasient fra avdelingen med alvorlige hodeskader (HS6), hadde tilstrekkelige opplysninger til å bli screenet.

**Tabell 1: Oversikt over antall pasienter som er screenet for ernæringsmessig risiko, prevalens ernæringsmessig risiko, og prosentvis ufrivillig vekttap og gjennomsnittlig KMI bland personer i ernæringsmessig risiko.**

	N*	Antall pasienter screenet (N)	Antall pasienter i ernæringsmessig risiko (N)	Prevalens ernæringsmessig risiko (%)	Gjennomsnitt % ufrivillig vekttap (min, max) <sup>†</sup>	Gjennomsnitt KMI (min, max) <sup>†</sup>
<b>Seksjon for Ryggmargsskader, multitraume og nevrologi</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>14 (7, 21)<sup>α</sup></b>	<b>22 (18, 27)<sup>α</sup></b>
<i>team 1</i>	14	13	6	46	14 (7,21) <sup>α</sup>	22 (18, 27) <sup>α</sup>
<i>team 2</i>	17	12	1	8	14	18
<b>Seksjon for Vurdering og oppfølging</b>	<b>71</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>team 3</i>	20	16	0	0	0	0
<i>team 4</i>	24	7	0	0	0	0
<i>team 5</i>	30	21	0	0	0	0
<b>Seksjon for Hodeskader</b>	<b>55</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>21 (18,23)</b>	<b>20 (17,23)</b>
<i>team 6</i>	16	1	0	0	0	0
<i>team 7</i>	21	10	2	20	21 (18,23)	20 (17, 23)
<i>team 8</i>	18	18	0	0	0	0

\* Antall inneliggende pasienter totalt † pasienter i ernæringsmessig risiko α Pasienter med ufrivillig vekttap siste 3-6 mnd. En pasient ble ekskludert på grunn av amputasjon

Tabell 2 viser oversikt over antall pasienter som hadde hatt vektøkning, gjennomsnittlig vektøkning i kilo, kroppsmasseindeks (KMI), samt forekomst av fedme. Samtlige avdelinger har forekomst av pasienter med fedme ( $\geq 30$ ), klassifisert etter grenseverdier for kroppsmasseindeks hos voksne<sup>9</sup>. Gjennomsnittlig KMI for disse pasientene varierer mellom avdelingene, og gjenspeiler at noen pasienter sannsynligvis har hatt en nødvendig vektøkning, mens noen pasienter har hatt en u hensiktsmessig stor vektøkning.

<sup>7</sup> Wong S et al. *The prevalence of malnutrition in spinal cord injuries patients: a UK multicentre study.* [Br J Nutr.](#) 2012

<sup>8</sup> Wong S et al. *How do spinal cord injury centres manage malnutrition? A cross-sectional survey of 12 regional centres in the United Kingdom and Ireland.* [Spinal Cord.](#) 2012

<sup>9</sup> <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/kroppsmasseindeks-kmi>

**Tabell 2: Oversikt over pasienter med vektøkning, gjennomsnittlig KMI og fedme**

Team	Vektøkning* gj.snitt (kg) (min, maks)	N*	KMI gj.snitt* (min, maks)	Andel pasienter med vektøkkn (%)†	Andel pasienter med fedme (KMI ≥30) (%)†
RMN 1	4,5 (2, 7)	2	21 (18, 24)	15	15
RMN 2	7 (4, 10)	2	27 (20, 34)	17	33
VO 3	7 (1, 15)	8	29 (21, 34)	50	25
VO 4	7 (3, 10)	4	23 (20, 25)	57	29
VO 5	8 (2, 21)	12	31 (25, 38)	57	52
HS 6	0	0	0	0	0
HS 7	5 (1, 8)	2	24 (23, 24)	20	0
HS 8	9 (4, 22)	12	26 (21, 36)	67	22

\*Pasienter med vektøkning siste 3-6 mnd

†Andel pasienter av alle som ble screenet (N=98)

En større multisenterstudie på rehabiliteringsinstitusjoner i Nederland fra 2012 fant at 28 % av pasientene var alvorlig underernærte, 10 % moderat underernærte, og av de alvorlige underernærte, var 28 % overvektige, og 19 % hadde fedme<sup>10</sup>. Dette understreker viktigheten av å bruke et objektivt og validert screeningsverktøy, og at øyemål ikke er tilstrekkelig for å vurdere om en pasient er i ernæringsmessig risiko. Undersøkelsen fra november 2014 på Sunnaas fant ingen pasienter i ernæringsmessig risiko med overvekt/fedme, men det er likevel viktig å være oppmerksom på at dette kan forekomme.

Rehabiliteringspasienter er en mangeartet og kompleks pasientgruppe, og det finnes ikke egne ernæringscreeningsverktøy utviklet for denne gruppen. For noen pasienter, for eksempel ryggmargsskade, vil generelle KMI-verdier være unøyaktige, da skaden medfører endret kroppsmasse (reduisert muskelmasse). Spinalisklinikken i Sverige har utviklet en egen KMI-tabell for ryggmargsskade, som kan brukes for denne målgruppen. NRS 2002 har vist seg å være uegnet til å bruke på SunHF, da score for sykdommens alvorlighetsgrad i liten grad kan brukes. Sykdomsscore er tilpasset pasienter i akutt fase av sykdom/skade, og det er et krav om at pasienter som ankommer SunHF skal være medisinsk stabile. Dette innebærer at samtlige pasienter som ble funnet i ernæringsmessig risiko skyldtes et høyt vekttap etter skade/sykdom. Pasientene ved SunHF har flere faktorer som påvirker ernæringsstatus som det ikke tas hensyn til ved bruk av NRS 2002 eller andre ernæringscreeningsverktøy, for eksempel dysfagi, svikt i appetittregulering, hukommelsesvansker, fysiske funksjonshemminger, psykiske vansker med mer. De eksisterende ernæringscreeningsverktøyene bruker hovedsakelig KMI og prosentvis vekttap som kriterier for undervekt, som kan gi indikasjon på ernæringsmessig risiko (underernæring) for å igangsette tiltak. For pasienter i ernæringsmessig risiko, bør det gjøres en utvidet ernæringscreening. Utvidet ernæringscreening innebærer for eksempel kartlegging av matinntak, blodprøver, kroppsmassemålinger og tilbud om individuell kostholdsveiledning.

Det er behov for å implementere et eller flere anbefalte ernæringscreeningsverktøy som kan tas i bruk ved SunHF, og gjøre disse tilgjengelig via elektronisk pasientjournal.

<sup>10</sup> Hertroijs D. et al. *Rehabilitation patients: Undernourished and obese?* J Rehabil Med 2012; **44** 696-701

## 2. Visjon, verdier og mål

Sunnaas sykehus HF er "en vei videre" for pasienter, pårørende, ansatte og alle andre interessenter i sykehuset. Sykehusets rehabiliteringstjenester skal, med utgangspunkt i respekten for den enkeltes verdier og valg, bidra til å vise muligheter og veier å gå for å oppnå livskvalitet og utvikling for den enkelte. Sunnaas sykehus HF driver sin virksomhet verdibasert. Med basis i de tre nasjonale verdiene; kvalitet, trygghet og respekt ønsker foretaket å legge særlig vekt på følgende verdier: profesjonalitet, engasjement og glede.

### 2.1 Overordnet mål

God ernæringspraksis skal være en integrert del av SunHF's helhetlige pasientforløp, og SunHF skal ha en profil som støtter opp om den vedtatte ernæringsstrategien i alle ledd.

### 2.2 Delmål

1. Gi pasientene riktig ernæring som oppfyller ernæringsmessige kvalitetskrav
2. Kartlegge, dokumentere og diagnostisere pasientenes ernæringsstatus
3. Gi pasientene individuelt tilpasset ernæringsveiledning og – behandling
4. Økt klinisk ernæringsfaglig kompetanse i klinikk
5. Samordne og kvalitetssikre ernæringsarbeidet ved SunHF
6. Videreutvikle tilbud om gruppebasert pasientopplæring vedrørende ernæring
7. Implementere ernæringsrelaterte nasjonale og internasjonale retningslinjer
8. Utarbeide lokale retningslinjer og verktøy/materiell for ernæringsarbeid i klinikk
9. Beskrive plan for forskning og fagutvikling innen ernæring
10. Årlig kartlegging av ernæringspraksis ved sykehuset
11. Kartlegge behov for utstyr knyttet til utredning, forskning og ernæringsbehandling av pasienter ved SunHF
12. Beskrive en detaljert handlingsplan for oppfølging av ernæringsstrategien

## 12.1 Konkrete områder som krever økt innsats ved SunHF

### 12.1.1 Mattilbudet

Gjennom de årlige pasienttilfredshetsundersøkelsene som gjennomføres på Sunnaas, fremkommer det at middager servert ved SunHF har et forbedringspotensial. Det rapporteres om at middagen kan være for salt, at det brukes for mye sukker, overkokte grønnsaker, noe ensidig/ensformig mat, for mye farsemat, for lite rent kjøtt/fisk, samt noe smakløse middager. I tillegg rapporteres det om utfordringer med diettmat, spesielt gluten-/ laktosefritt og vegetarmat. Samtidig får mattilbudet ved Sunnaas totalt sett gode tilbakemeldinger, noe som kan leses ut av resultatet på pasienttilfredshetsundersøkelsene de siste årene. Mer enn 77 % svarer at mattilbudet i stor grad eller i meget stor grad er tilfredsstillende. Pasienter skryter også av mattilbudet, særlig gjelder det lunsjen som består av en rikholdig buffet. Se vedlegg med statistikk fra siste to års undersøkelser: "Var mattilbudet tilfredsstillende?".

Klinikken melder et behov for å heve kvaliteten på spesialkost og middager, spesielt i helgene. Samhandling mellom klinikk og leverandør (ISS Matomsorg) kan ytterligere bedres ved å forbedre og utvikle prosedyrer og rutiner, etablere flere møtearenaer med klinisk ernæringsfysiolog og klinikk, kvalitetssikring av matens næringsinnhold, samt internundervisning om ernæring for ansatte som jobber med mat.

### 12.1.2 Behov for ernæringskompetanse i klinikk

Kompetansehevende tiltak om ernæring er nødvendig for å sikre en felles grunnleggende forståelse om ernæringslære og ernæringsbehandling av pasienter. Økt kompetanse om klinisk ernæring vil bidra til bedre rutiner og lik pasientbehandling.

Kartleggingen som ble gjennomført ved SunHF i 2014 viser også til at mangel på klinisk ernæringsfysiolog i klinikk er en stor barriere for å gjennomføre god ernæringspraksis. Dette sammenfaller med nasjonale beskrivelser av behov for ernæringskompetanse på sykehus<sup>1</sup>. SunHF har flere pasienter til enhver tid som kan ha stor nytteverdi av tett oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog i samarbeid med pasientens tverrfaglige team. Anbefalinger fra Helsedirektoratet innebærer en standard i spesialisthelsetjenesten på minst 1,5 årsverk av klinisk ernæringsfysiolog per 100 sykehussenger for voksne og per 30 barnesenger<sup>1</sup>. Omfanget av behovet for klinisk ernæringsfysiolog i klinikk ved SunHF må utredes, og det bør vurderes om eventuelt ledige stillinger kan/bør omgjøres til klinisk ernæringsfysiolog i seksjoner der behovet for klinisk ernæringsfysiolog er stort.

### 12.1.3 Behov for verktøy og retningslinjer

Klinikken har behov for gode verktøy som forenkler igangsetting og oppfølging av ernæringstiltak, for eksempel næringsberegnet mat- og drikkeliste, formler for utregning av energibehov, enkle tabeller for å regne ut KMI og prosentvis vekttap, undervisnings- og samtaleverktøy. Noe verktøy eksisterer, men må implementeres slik at det tas i bruk, mens noe verktøy må utvikles – for eksempel mat- og drikkelister som baserer seg på det lokale mattilbudet. Det er mangel på prosedyrer og retningslinjer knyttet til ernæringsoppfølging på Sunnaas, og dette må utarbeides som en del av oppfølging av ernæringsstrategien. Det bør utarbeides standardiserte prosedyrer for ernæringsbehandling til alle pasientgrupper som behandles ved SunHF.

#### **12.1.4 Ernæringscreening**

Kartlegging, oppfølging og dokumentasjon av pasientenes ernæringsstatus forankres i de aktuelle behandlingsprogrammene ved SunHF. Helseforetakene er pålagt av helsemyndighetene å screene alle pasienter for ernæringsmessig risiko (underernæring), og verktøy for å gjennomføre ernæringscreening på pasienter ved SunHF må implementeres. Kartlegging av pasientenes ernæringsstatus er nødvendig for å identifisere pasienter med ulike problemstillinger knyttet til ernæring. Dette er viktig for å kunne sette i gang målrettede tiltak tidlig, og på den måten øke rehabiliteringsutbyttet under oppholdet. Oppfølging av ernæringscreening må beskrives, herunder oppdatering av ernæringsdiagnoser- mål og -tiltak i behandlingsplanen. Jevnlig vektmåling er en god indikator på ernæringsstatus, og skal gjennomføres og dokumenteres på inneliggende pasienter ved innkomst og underveis i oppholdet. Hyppighet på vektoppfølging for pasienter uten indikasjon må beskrives i lokale prosedyrer/retningslinjer for seksjonene.

Pasienter ved SunHF skal ha dokumentasjon på sin ernæringsstatus, iverksatte tiltak og behov for oppfølging. Dette skal beskrives i ernæringsplan, epikrise eller overflyttningsnotat som følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå.

#### **12.1.5 Underernæring, overvekt og feilernæring**

Nødvendigheten av å forebygge og behandle underernæring, samt tiltak og oppfølging av underernærte pasienter er godt beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Oppfølging av pasienter i spesialisthelsetjenesten med overvekt som komorbiditet er imidlertid ikke beskrevet, og per i dag eksisterer det kun retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme for primærhelsetjenesten. Overvekt og fedme kan imidlertid påvirke funksjonsutfall og rehabiliteringspotensialet for den enkelte pasient. Hvordan Sunnaas skal behandle pasienter med behov for vektnedgang må vurderes individuelt og beskrives i interne prosedyrer og tiltak.

#### **12.1.6 Sårbehandling**

Behandling av sår er ressurskrevende. Flere pasienter ved SunHF får forlenget opphold på grunn av trykksår, og/eller poliklinisk oppfølging for sårbehandling. God ernæring er viktig for både forebygging av og behandling av trykksår<sup>11</sup>. Et økt fokus på god ernæringsstatus hos pasienter med risiko for utvikling av trykksår vil kunne bedre rehabiliteringsutbyttet og livskvaliteten for disse pasientene. God ernæringsstatus kan bidra til bedre sårtilheling og forebygge nye sår, noe som kan være kostnadsbesparende for sykehuset ved at liggetiden reduseres<sup>12</sup>.

#### **12.1.7 Dysfagi (spise-/svelgevansker)**

Sunnaas er kjent for deres spisskompetanse og behandling av dysfagi, og har et eget behandlingsprogram for utredning og behandling av barn og voksne med spise-/svelgevansker. Vansker med å innta mat/drikke per os grunnet nevrologisk sykdom/skade eller strukturelle endringer i munn/hals, kan påvirke pasientens ernæringsstatus og føre til dehydrering. Denne pasientgruppen har behov for tilpassede og næringsrike spesialkost, og tett samarbeid mellom

---

<sup>11</sup> The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper, 2009

<sup>12</sup> C W Knudsen & KA Tønseth. Trykksår – forebygging og behandling, 2011. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131:464 – 7

klinisk ernæringsfysiolog, logoped og sykepleier er vesentlig i behandlingsprogram som involverer pasienter med dysfagi.

#### **12.1.8 Forebygging og behandling av livsstilssykdommer**

Flere pasientgrupper ved SunHF har økt risiko for å utvikle klassiske livsstilssykdommer, som diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom. For pasienter med etablert hjerte- og karsykdom eller diabetes type 2, er sekundærforebygging av nye komplikasjoner nødvendig. Funksjonsnivå, skadeomfang, sykdom, metabolske forandringer og kognitive utfall har betydning for utvikling av diabetes 2 og hjerte- kar sykdom. For å gi god primær-/sekundærforebygging, har disse pasientene behov for tett oppfølging og tilpasset ernæringsveiledning, som krever et tett samarbeid mellom sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog.



## 13. Grunnleggende rammer

### 13.1 Klinisk ernæringsfysiolog

Overordnet klinisk ernæringsfysiolog i Forskningsavdelingen ved SunHF, har ansvar for å bidra til økt ernæringskompetanse blant ansatte og pasienter, bidra til bedre ernæringsbehandling av pasienter, fagutvikling, utvikle prosedyrer, verktøy, strategi og annet planarbeid, samt initiere forskning på fagfeltet ernæring og rehabilitering.

### 13.2 Faglig nettverk for ernæring

Høsten 2014 ble det nedsatt et "faglig nettverk i ernæring", med tverrfaglig sammensetning fra hele klinikken, samt kontraktsleder for ISS ved Sunnaas sykehus (kantine- og mattilbud). Nettverket skal ledes av klinisk ernæringsfysiolog, og nettverkets medlemmer skal være rådgivende, veiledende og støttende til ledere og helsepersonell i klinikk som arbeider med pasienter og står ovenfor faglige utfordringer knyttet til ernæring. Videre skal nettverket bidra til kunnskapsbasert praksis og høy faglig kompetanse på behandlingstilbudet innen ernæring, samt utvikle veiledere, informasjonsmateriell, prosedyrer og opplæringsprogram. Klinikkledelelsen har ansvar for at det settes av nødvendig tid til at medlemmene i nettverket kan arbeide med fagområdet ernæring, og må bidra til at nettverket har en god og representativ sammensetning fra klinikk.

### 13.3 Ressurspersoner i klinikk

Det er behov for ressurspersoner i ernæringsarbeidet knyttet til behandlings-programmene. Medlemmene i faglig nettverk for ernæring skal fungere som ressurspersoner i sine tilhørende seksjoner, i tillegg trengs lokale ressurspersoner for å sikre kontinuitet i ernæringsarbeidet. Ansvaret for at det plukkes ut ressurspersoner i ernæring ligger til seksjonsleder.

### 13.4 Ansvarsfordeling klinikk

Tydlig ansvarsfordeling er viktig for å sikre at ernæringsarbeidet utføres riktig, i tråd med anbefalinger og føringer. For å lykkes i ernæringsarbeidet, er det avgjørende med et godt tverrfaglig samarbeid. Samtlige helsepersonell har et ansvar for at føringer i Sunnaas sykehus' ernæringsstrategi etterleves. Kosthåndboken<sup>5</sup> beskriver forslag til ansvarsfordeling i ernæringsarbeidet. Under følger en beskrivelse av ansvarsfordeling på Sunnaas sykehus:

#### **Kontrakt, levering og servering av mat**

Sunnaas Sykehus HF kjøper tjenesten levering og servering av mat av ISS Facility Services AS. Ansvarlig for kontrakten er avdelingssjef Inger Nitteberg.

#### **Kontraktsleder**

Ansvar for kvalitet, konseptetterlevelse og konseptfornyning.

Lede sitt team bestående av kjøkkensjef, avdelingsverter og kantinemedarbeidere.

Utvikle og motivere alle medarbeidere på kontrakten.

Ivareta ulike administrative oppgaver.

Oppfølging av SLA/KPI-rapporter opp mot Sunnaas Sykehus.

Oppfølging av månedlige handlingsplaner med tiltakspunkter, ansvar og tidsfrister.

Ansvarlig for rekruttering.  
HMS- ansvar for hele kontrakten.

### **Kjøkkensjef**

Leder av kjøkkenet og har det hele og fulle ansvaret for kjøkkendriften.  
Totalansvar for driften av kjøkkenet og fører tilsyn med arbeidet, setter opp menyer, kontroll av priser, kvantitet, kvalitet, vekt og bestilling av varer.  
Ansvarlig for all mat som blir tilberedt i kjøkkenet, riktig behandling av råvarer, maskiner og redskap, produktutvikling, kjøkkenhygiene etter forskrifter.  
Ansvarlig for koordinering og samarbeid med ISS Produksjonskjøkken på Romsås, som produserer middag og dietter.  
Matfaglige kurs – praktisk opplæring ute på kontrakt.  
Står ansvarlig for at konseptene blir etterlevd i henhold til avtale.

### **Kantine- og avdelingsvert**

Kantine- og avdelingsvertene er de som skal sørge for at det fungerer best mulig for de av brukerne som spiser i kantinen eller på avdelingen.  
En høy servicegrad vil blant annet være å tilpasse seg den enkelte bruker i forhold til alder, opprinnelse, tradisjoner, vaner og behov. Viktige faktorer er:

- Møter pasienten under måltidet, er serviceinnstilte, skaper trygghet og har en positiv dialog
- Planlegger og tilrettelegger matserveringen i samarbeid med teamene
- Effektuerer bestillingene, kontrollere ordrebekreftelsene og foretar varemottak
- Følger opp intern kontroll av mat og hygiene i henhold til gjeldene lovverk
- Vasker opp og står for daglig brukerenhold, samt fjerne avfall på avdelingene

**Klinisk ernæringsfysiolog** har særlig kompetanse i ernæringsbehandling for syke mennesker (klinisk ernæring). Klinisk ernæringsfysiolog kan gi forebyggende kostholdsråd og bidra i ernæringsbehandling av syke. Klinisk ernæringsfysiolog som arbeider i klinikk og pasientnært, har ansvar for å utarbeide individuell ernæringsplan for pasienter med særskilte behov for energi og næringsstoffer, og å følge opp denne i samarbeid med lege og annet helsepersonell.

**Lege** har ansvar for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling. Medisinsk utredning utføres av legen på egen hånd eller i samarbeid med sykepleier og/eller klinisk ernæringsfysiolog. Legen har ansvar for å sørge for at pasienten får nødvendig ernæringsbehandling og kostveiledning. Ernæringsbehandling omfatter vurdering av pasientens ernæringstilstand og ordinering av aktuell ernæringsbehandling, spesialkost, sondeernæring og intravenøs ernæring når dette er påkrevet.

**Sykepleier** har ansvar for å kartlegge og vurdere pasientens ernæringsstatus, herunder utføre regelmessig vektkontroll. Videre har sykepleier en viktig rolle ved å være den som samordner og følger opp tiltak og vurderinger av andre faggrupper. Sykepleier har også i oppgave å observere/vurdere hvordan pasienten spiser, samt tilby mat og drikke som er appetittvekkende og tilpasset pasientens behov og ønsker. Pasientens mat- og væskeinntak følges opp gjennom observasjoner og systematisk dokumentasjon ved behov. Sykepleier har et ansvar for å samarbeide/innhente bistand fra andre relevante fagpersoner ved behov, for eksempel klinisk ernæringsfysiolog. Sykepleier har som oppgave å følge opp den ernæringsbehandlingen som er

ordinert, samt vurdere og komme med tilbakemeldinger om behandlingen. Sykepleier har også i oppgave å sørge for at pasienten er tilstrekkelig informert om aktuell ernæringsbehandling og har forståelse for sin situasjon så langt det er mulig.

**Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider** har som oppgave å tilby mat og drikke som er i tråd med pasientens og brukers behov og ønsker. Sammen med sykepleier har disse faggruppene ansvar for å følge med på pasienters/brukers matinntak, ernæringsstatus og forhold rundt spise-/ernærings situasjonen og rapportere hvis det oppstår avvik og endringer.

**Fysioterapeut og ergoterapeut** er aktuelle samarbeidspartnere for pasienter som har funksjonelle og motoriske vansker, eller trenger tilrettelegging med hjelpemidler i spisesituasjonen.

**Logoped** har en særlig kompetanse til å vurdere og behandle barn og voksne med spise-/svelgevansker (dysfagi). Logopeden bidrar også i situasjoner der pasienten har vansker med språkforståelse eller vansker med å kommunisere deres behov/ønsker med hensyn til ernæring.

**Sosionom** har særlig kompetanse til å kartlegge og vurdere sosiale og psykososiale forhold som påvirker pasienters helse og livsstil. Sosionomen kan vurdere eventuelle velferdsordninger og rettigheter knyttet til fordyret kosthold ved sykdom.

#### **Psykolog**

Det er kjent at ernæringsmessige forhold vil kunne påvirke både kognitiv og psykisk funksjon. Psykologene tar medisinske forhold som angår ernæring eller spiseforstyrrelser i betraktning der det er aktuelt for utredning og behandling, og drøfter det med legene.

#### **Tverrfaglig team**

Det tverrfaglige teamet rundt pasienten må i fellesskap ha et fokus på ernæring, og trekke inn klinisk ernæringsfysiolog ved behov. Ernæringsstatus og tiltak som er igangsatt og oppfølgingsbehov må dokumenteres i tverrfaglig rapport. Videre må alle i teamet legge til rette for at pasienten kan spise sine måltider til faste tider, og at igangsatte ernæringstiltak følges opp.

***Alle ansatte ved SunHF har generelt et ansvar for at det er samsvar mellom sykehusets ernæringsstrategi og møter med pasienter der matlaging eller spørsmål om kosthold inngår.***

## **13.5 Utstyr i klinikk**

Det er avgjørende med tilgang på nødvendig utstyr i klinikk for å kunne utføre oppgaver knyttet til kartlegging og behandling av ernæring. Dette innebærer eksempelvis at det må være nok antall vekter i hver seksjon for å kunne gjennomføre ukentlig veiing av pasienter, det må også være tilgang på tilpassede vekter (stolvekt, sengevekt, seil) ved behov. Andre antropometriske måleinstrumenter slik som målebånd og fettkaliper skal også være tilgjengelig, likeledes pumper for sondeernæring og intravenøs ernæring. Seksjonsledelsen må sørge for opplæring i bruk av utstyret som finnes i klinikk.

## **13.6 Kantine og mattilbud**

Sunnaas har utarbeidet kravspesifikasjon til leverandøren (ISS), og denne skal til enhver tid være førende for mattilbudet ved Sunnaas sykehus. Myndighetenes anbefalinger og kostholdsråd, samt

føringer i Kosthåndboken skal legges til grunn for mattilbudet ved Sunnaas. Se vedlegg 8.4: Kravspesifikasjon til konkurransegrunnlag for levering av servicetjenester til Sunnaas sykehus HF. Levering og servering av mat, og vedlegg 8.5: Eksempel på SLA (Service Level Agreement)

## 14. Pasientbehandling

### 14.1 Gjeldende prosedyrer og retningslinjer innen ernæringsbehandling skal implementeres og brukes systematisk. Der det er behov for nye prosedyrer og retningslinjer, skal disse utarbeides.

Eksempel på nye prosedyrer og retningslinjer som skal beskrives:

- Ernæringscreening og ernæringsmessig vurdering av pasienter ved SunHF
- Ernæringsstiltak og oppfølging etter ernæringscreening
- Rutiner og innhold for individuelle pasientsamtaler om ernæring/kosthold
- Henvisningsrutiner til klinisk ernæringsfysiolog

### 14.2 Leddene som utgjør "God ernæringspraksis" skal ligge til grunn for ernæringsbehandling av pasienter ved SunHF (se figur 1).



Figur 2: Leddene som utgjør "God ernæringspraksis" i helse- og omsorgstjenesten (Kosthåndboken, 2012).

## **15. Opplæring av pasienter og pårørende**

### **15.1 Informasjon, undervisning og opplæring i ernæring knyttet til pasienter og pårørende skal kvalitetssikres**

Pasientopplæring er nedfelt i klinikkens rehabiliteringsprogram, og det tilbys opplæring både individuelt og i grupper. Undervisningsmoduler og individuelle opplegg om ernæring skal kvalitetssikres av klinisk ernæringsfysiolog, faglig nettverk for ernæring samt brukerkonsulenter ved SunHF.

Pårørende er viktige samarbeidspartnere for pasientene og kan bidra til å legge til rette for og oppmuntre til en sunn livsstil. For at pårørende skal kunne støtte opp om den oppbyggende prosessen pasienten er i under og etter oppholdet på Sunnaas, er det behov for god informasjon og opplæring om ernæring til pårørende.

### **15.2 Nødvendig undervisningsopplegg, materiell, verktøy og veiledere for å gi god pasient- og pårørendeopplæring skal utvikles**

Eksempel på prosedyrer, materiell og verktøy som skal utvikles:

- Pasient- og pårørendeundervisning tilpasset pasientgruppene
- Informasjonsmateriell (herunder også kultur- og språktilpasset informasjonsmateriell)
- Pasientsamtaler om ernæring/kosthold

## 16. Opplæring og utdanning av helsepersonell

”Virksomhetens strategi og rutiner må være kjent for de ansatte, og ledelsen har ansvar for at det finnes kompetanse og et system for tilfredsstillende opplæring og kompetanse hos personale” – Kosthåndboken, 2012.

### 16.1 Plan for internundervisning og kompetanseheving av ansatte på Sunnaas sykehus skal beskrives og implementeres

For å lykkes med ernæringsarbeid er det avgjørende med tverrfaglig samarbeid, og at alle faggrupper sørger for at det er samsvar mellom vedtatt ernæringsstrategi i møter med og i behandling av pasienter der mat eller ernæringsspørsmål er involvert. For å klare det ved SunHF, vil det være behov for å gi jevnlig faglig påfyll og undervisning om ernæring til ansatte i klinikk.

Modulbasert opplæring for ansatte i klinikk er en tilnærming for å sette slik undervisning i system. Undervisning i ernæring må enten gis av eller være kvalitetssikret av klinisk ernæringsfysiolog og faglig nettverk for ernæring.

## 17. Forskning og fagutvikling

### 17.1 Samarbeidsavtale Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO

SunHF har en samarbeidsavtale med Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo som ligger til grunn for organisering av overordnet klinisk ernæringsfysiolog (fagsjef) i Forskningsavdelingen ved SunHF. Klinisk ernæringsfysiolog har 80 % arbeidstid ved Sunnaas sykehus HF og 20 % arbeidstid ved Universitetet i Oslo (Avdeling for ernæringsvitenskap).

Samarbeidsavtalen har som hensikt å legge til rette for og initiere forskningssamarbeid, tilby praksisplass og masteroppgaver til ernæringsstudenter ved SunHF, samt faglig veiledning og tyngde for det ernæringsfaglige arbeidet ved SunHF.

### 17.2 Behov for forskning på tema ernæring og rehabilitering

#### ***SunHF's virksomhetsidé:***

*Sunnaas sykehus HF er landets ledende sykehus innen spesialisert medisinsk rehabilitering, og på godt internasjonalt nivå. Sunnaas sykehus HF har et særlig ansvar for å bidra til utvikling av rehabiliteringsfeltet knyttet til pasientbehandling, forsknings- og kunnskapsutvikling og samhandling.*

Ernæring er generelt et mangelfullt fagområde innen spesialisert medisinsk rehabilitering, særlig nasjonalt, men også i Skandinavia og internasjonalt for øvrig. Det er et stort behov for mer forskning på fagfeltet, og generelt et stort behov for å bedre ernæringsbehandling for habiliterings- og rehabiliteringspasienter. Forskningskompetanse på fagfeltet ernæring ved SunHF skal bygges opp i samarbeid med Avdeling for ernæringsvitenskap, UiO, og en egen forskningsstrategi for fagområdet ernæring ved SunHF skal skisseres.

### 17.3 Internasjonal strategi ernæring

For å videreutvikle behandlingstilbudet i ernæring ved SunHF og virksomhetens ernæringsprofil, er det sentralt å ha aktiv kontakt med internasjonale miljøer som jobber med problemstillinger knyttet til ernæring på tilsvarende pasientgrupper og utfordringer som Sunnaas har. Det skal legges til rette for at fagsjef for fagområdet ernæring ved SunHF kan delta på internasjonale kongresser og hospitere ved andre rehabiliteringssykehus ved behov. En plan for internasjonal strategi for fagområdet ernæring skal beskrives.

### 17.4 Sunnaas mot 2030

Ernæringsstrategien skal ligge til grunn for SunHF's fremtidige utviklingsprosesser og planarbeid innen ernæring på linje med andre fagstrategier ved sykehuset. Ernæringsstrategien rulleres hvert 4. år.



## **17.5 Kliniske ernæringsfysiologer og ressursbehov ved SunHF**

For å følge opp ernæringsstrategien og skaffe nødvendig forskningskompetanse innen fagområdet ernæring og rehabilitering, kreves økte ressurser i klinisk ernæring på Sunnaas sykehus. Med dagens grunnlag, anslås et behov på to hele stillinger for klinisk ernæringsfysiolog i klinikk, samt en stilling som kan overta når fagsjef for ernæring går inn i et 50 % doktorgradsforløp i 2016.

Å styrke faggruppen kliniske ernæringsfysiologer vil gi ernæringsarbeidet et betydelig løft på Sunnaas, imøtekomme behovet for individuell ernæringsbehandling i klinikk, og sikre oppfølging av ernæringsstrategien i tråd med anbefalinger fra helsemyndighetene.

## **18. Vedlegg**

- 18.1 Spørreundersøkelse om ernæringspraksis ved Sunnaas sykehus mai 2014**
- 18.2 Kvalitetsrapport – utprøving av ernæringsscreeningsverktøy ved Sunnaas sykehus november 2014**
- 18.3 Pasienttilfredshetsundersøkelse 2013 og 2014**
- 18.4 Kravspesifikasjon til konkurransegrunnlag for levering av servicetjenester til Sunnaas sykehus HF. Levering og servering av mat**
- 18.5 Eksempel på SLA (Service Level Agreement)**

## 19. Sentrale begreper og definisjoner

**Antropometriske målinger:** Antropometri er en fellesbetegnelse for de ulike kroppsmålinger som bl.a. omhandler måling av høyde, vekt og proporsjonene i kroppen. Til antropometriske mål hører også KMI, hudfoldtykkelse, liv, hofte- og hodeomkrets

**Ernæring:** Næring gitt enten oralt, gjennom sonde, eller intravenøst

**Ernæringsbehandling:** Ernæring forordnet for å ivareta/tilfredsstille pasientens

ernæringsmessige behov; energi, makro- og mikronæringsstoffer.

**Ernæringscreening:** En enkel metode som benyttes på alle pasienter for å kunne vurdere ernæringsstatus som sier om hvorvidt en person er i ernæringsmessig risiko

**Ernæringsmessig risiko:** En tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner knyttet til dette

**Feilernæring:** en situasjon der mangel på, for mye, eller ubalanse i energi, proteiner eller andre næringsstoffer forårsaker målbare, skadelige effekter på kroppsmasse, kroppssammensetning, funksjoner eller klinisk utbytte. (M. Elia 2000)

**KMI:** Kroppsmasse indeks =  $\text{kg/m}^2$ , også kalt BMI (body mass index)

**Klinisk ernæring:** Anvendelse av vitenskapelig baserte metoder i ernæringsbehandling av pasienter, som inkluderer forebygging og behandling av ernæringsrelaterte lidelser, integrert med det medisinske tilbud.

**Monitorering:** Overvåkning eller kontroll av en tilstand eller igangsatt behandling

**Overvekt/fedme:** tilstand med for store energilagre i form av fettmasse og en KMI  $>25 \text{ kg/m}^2$  (overvekt) og KMI  $>30$  (fedme).

**Sykdomsrelatert underernæring (SRU):** en tilstand av feilernæring forårsaket av sykdom.

**Sondeernæring:** Ernæring gitt direkte til magesekk eller tarm via sonde.

**Underernæring:** Ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat

**Utredning av ernæringsstatus:** en grundig og detaljert undersøkelse som inkluderer medisinsk og ernærings historikk, antropometriske målinger, klinisk undersøkelse og laboratoriedata.

