

Ernærings- strategi 2021-2030

St. Olavs hospital,
Ernæringsutvalget

Ferdigstilt 30. september 2020



Innhold

Innhold	2
Forord	4
.....	5
Sammendrag	6
Definisjoner	7
1. FORANKRING	8
2. VISJON OG VERDIER	9
3. FAKTAGRUNNLAG.....	10
3.1 Ernæring i helsetjenesten.....	10
3.1.1 Ernæring og feilernæring.....	10
3.1.2 Underernæring	10
3.1.3 Risiko for underernæring	11
3.1.4 Forekomst av underernæring.....	11
3.1.5 Årsaker til underernæring	11
3.1.6 Konsekvenser av underernæring.....	11
3.1.7 Effekter av ernæringsbehandling ved underernæring	11
3.2 Økonomi	12
4. NY STRATEGI.....	14
4.1 Forbedringsbildet ved St. Olavs hospital	14
4.1.1 Innledning.....	14
4.1.2 Ernæringspraksis	14
4.1.3 Pasientsikkerhet - nasjonal tiltakspakke underernæring	17
4.2 Utfordringsbildet ved St. Olavs hospital.....	18
4.2.1 Innledning.....	18
4.2.2 Pasientsikkerhet	18
4.2.3 Mattilbud	18
4.2.4 Ernæringsbehandling.....	19
4.2.5 Kommunikasjon.....	20
5. MÅL.....	21
5.1 Hovedmål	21
5.2 Delmål.....	21
6. ERNÆRINGSSTRATEGI 2021-2030	22
7. ANSVAR	23

8. IMPLEMENTERING.....	27
8.1 Premisser.....	27
8.2 Gjennomføring	27
Referanser	28
Vedlegg – Tiltaksplan 2020-2021	30

Ernæringsstrategi 2021-2030 omfatter hele St. Olavs hospital, som illustrert med forsidebildet av alle enhetene.

Forord



Kjære leser!

Dette dokumentet som du nå holder i hånden er St. Olavs hospital andre Ernæringsstrategi i historien. Sykehusets første var et nybrottsarbeidet i Norge. Initiativtakerne den gang, sykehusets kliniske ernæringsfysiologer, gikk opp løypa og utarbeidet en strategi som ble vedtatt av sykehusets Hovedledelse i 2010. Arbeidet da som nå, var et viktig arbeid og førte til at et overordnet Ernæringsutvalg for sykehuset ble etablert. Dette utvalget har i løpet av de åtte

årene det har vært i virksomhet, tatt tak i flere viktige saker til det beste for sykehusets pasienter. En annen følge var at strategien var medvirkende til at det 3 år etter kom nasjonale føringer med krav om at alle helseforetak skulle ha en godkjent Ernæringsstrategi.

Strategien som nå foreligger bygger på den første strategien med forbedringer av allerede oppstartede punkter. Den går imidlertid også videre ved at den tar tak i nye utfordringer for perioden 2021 - 2030. Hele Ernæringsutvalget har deltatt i arbeidet, men strategien er hovedsakelig ført i pennen av Ernæringsutvalgets koordinator, klinisk ernæringsfysiolog, dr. philos Ingrid Løvold Mostad.

Som leder for utvalget er det med stolthet at jeg nå presenterer St. Olavs hospital sin andre Ernæringsstrategi for neste tiårs periode. Strategien gir føringer for at sykehuset til enhver tid skal opprettholde god ernæringspraksis, ivareta pasientsikkerhet knyttet til systemer og opplæring, og dessuten bidra til at alle sykehusets pasienter får nok og riktig mat til rett tid.

Ernæringsstrategiens innhold er derfor særdeles viktig for både sykehusets pasienter og for alle sykehusets aktører, det være seg de som har overordnet ansvar eller de som enten bidrar i tillaging, logistikk og levering, bestilling og servering av mat til pasientene og/eller i individuell ernæringsbehandling.

God lesning!

Vennlig hilsen

Lise Lundbom Støylen
Klinikksjef
og leder av Ernæringsutvalget

Vedlagte strategi er utarbeidet av Ernæringsutvalget ved St. Olavs hospital. Den har vært til høring i organisasjonen og ble godkjent av Hovedledelsen i møtet 12. oktober 2020. Utvalget takker for høringskommentarer fra Brukerutvalget, Barne- og ungdomsklinikken, Divisjon Psykisk helsevern, Klinikk for Anestesi og intensivmedisin og Klinikk for kliniske servicefunksjoner. Noen høringsuttalelser ble satt ordrett inn i strategien. Andre uttalelser inviterte til en diskusjon med Ernæringsutvalget. Der ble poengene ivaretatt gjennom mer generelle formuleringer, mens skriftlige tilbakemeldinger på diskusjonspunktene ble utarbeidet i etterkant, for videre dialog.

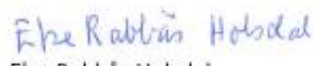
Ernæringsutvalget håper at implementeringen bidrar til at St. Olavs hospital skiller seg positivt ut med god ernæringspraksis for bedre pasientsikkerhet og dekning av pasientenes ernæringsmessige behov, i det kommende ti-året.

St. Olavs hospital, 28. oktober 2020


Ronny Andreassen
overlege ØNH-sykd.


Inga Synnøve Fagervold
sykepleier


Unni Hildrum
sykepleier, kvalitetsrådgiver



Else Rabbås Holsdal
klinisk ernæringsfysiolog, m.sc.
seksjonsleder


Marton Konyves Kolonics
overlege nevrologi



Gunnar Kvamme
avdelingssjef, Mat & Café


Kjetil Odén-Haugen
seksjonsleder, Mat & Café


Lilly Johanne Eggen Stølen
sykepleier


Lene Thoresen,
klinisk ernæringsfysiolog, ph.d.


Bjørn-Thore Hønstad Vaagan,
logoped, m.sc.


Ingrid Løvold Mostad
klinisk ernæringsfysiolog, dr. philos.
koordinator


Lise Lundbom Støylen
klinikkssjef
leder

Brukerrepresentant Svein Berg har vært med i arbeidet, men er ikke lenger medlem av Ernæringsutvalget. Bjørn Fjærli ble oppnevnt som ny brukerrepresentant på tampen av arbeidet med ernæringsstrategien.

Sammendrag

Ernæringsstrategi 2021-2030 for St. Olavs hospital er utarbeidet på oppdrag etter vedtak i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i 2019. Strategien er forankret i nasjonale og internasjonale lover, handlingsplaner fra Regjeringen, faglige retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet og oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. Strategiens visjon og verdier er i tråd med sykehusets overordnede strategi, Utviklingsplan 2019-2035 St. Olavs hospital og Nasjonal helse- og sykehusplan.

Faktagrunnlaget presiserer ernæring sin betydning i helsetjenesten og hvilke konsekvenser feilernæring generelt og sykdomsrelatert underernæring spesielt kan føre med seg. Feilernæring omfatter både underernæring, mangel eller overskudd på næringsstoffer og overvekt eller fedme. Sykdomsrelatert underernæring er et alvorlig problem blant pasienter i spesialisthelsetjenesten, og er derfor nærmere utdypet for forekomst, årsaker, konsekvenser, forebygging, behandling og helseøkonomiske aspekter. Helsetjenesten skal ivareta ulike pasienters ulike ernæringsbehov blant barn og voksne, inneliggende og polikliniske pasienter, innen både somatikk og psykiatri.

I tillegg til forankring, visjon, verdier og faktagrunnlag, utgjør bakgrunnen for Ernæringsstrategi 2021-2030 et definert forbedrings- og utfordringsbilde, kartlagt av Ernæringsutvalget i arbeid med implementering av sykehusets første ernæringsstrategi for 2010-2020. *Forbedringsbildet* består av tema innen ernæringspraksis og pasientsikkerhetsarbeid som er startet per 2020, og som må videreføres. *Utfordringsbildet* består av tema innen ernæringspraksis og pasientsikkerhetsarbeid som ikke er startet per 2020. Begge bildene danner og konkretiserer den nye ernæringsstrategien, hvis hovedmål er integrering av ernæring i behandlingstilbudet. Behandlingstilbudet omfatter kjerneoppgavene sykehuset har for å tilby pasientens helsetjeneste.

St. Olavs hospitals implementering av Ernæringsstrategi 2021-2030 består i å videreføre forbedringene og finne løsninger på utfordringene. Ernæringsutvalget har definert delmål, ansvarsfordeling og premisser for gjennomføring, for å nå strategiens hovedmål og delmål på et overordnet nivå. Klinikkene har ansvar for å implementere ernæringsstrategien tilpasset egne pasienter.

Definisjoner^a

1. **Energi- og næringstett kost:** Kosttypen består av matvarer og retter med et høyere fett- og proteininnhold enn Helsedirektoratets nøkkelråds kost. Porsjonsstørrelserne blir mindre. Anbefales til dem som er i risiko for å utvikle underernæring eller har redusert ernæringsstatus
2. **Hverdagskost:** Sykehuskosten generelt ved St. Olavs hospital (i motsetning til spesialkost). Hverdagskosten har en sammensetning som ligner på Helsedirektoratets nøkkelråds kost
3. **Ernæring:** omfatter behovet for energi og næringsstoffer og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes gjennom fysiologiske og biokjemiske prosesser i celler og organismer^b. I praksis brukes ernæring om sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og helse hos mennesker^b. Ernæring er også et fellesbegrep for alle typer næring som inntas per os, sonde eller intravenøst
4. **Ernæringspraksis:** arbeid relatert til ernæring og kosthold som har til hensikt å fremme helse, forebygge og behandle sykdom. Inkluderer individuell og diagnosespesifikk ernæringsbehandling
5. **Ernæringsstatus:** beskriver forholdet mellom kroppens behov for energi og næringsstoffer og den faktiske tilførselen man har gjennom kosten^b
6. **Feilernæring:** en samlebetegnelse på tilstander som kan oppstå hos personer som får i seg for lite eller for mye av enkelte næringsstoffer i forhold til sitt behov, slik at det medfører endringer i kroppssammensetning eller funksjon^c. Vi deler feilernæring inn i tre undergrupper: underernæring, mangel eller overskudd av (mikro)næringsstoffer og overvekt eller fedme^c
7. **Klinisk ernæring:** et fagområde med medisinsk-naturvitenskapelig grunnlag som dekker kunnskap om kostrelaterte sykdommer, kostrådgivning for forebygging av sykdom og ernæringsbehandling ved sykdom^b
8. **Kosthold:** forbruket av matvarer over en viss periode^b. Inkluderer også måltidsrytme
9. **Matkontakt^d:** et verv med særlig ansvar for å gi sengeavdelingens øvrige ansatte gode råd og hjelp med hensyn til tilberedning, mattilbud og servering av mat til pasientene. Matkontakten bør ha god kunnskap om mat, matlaging, matvarer og berikningsprodukt
10. **Nattfaste:** tiden fra kveldens siste måltid til neste dags første måltid
11. **Nøkkelråds kost:** kosttype i tråd med nøkkelrådene for kostholdet fra Helsedirektoratet og er egnet for personer med god ernæringsstatus og matlyst^e. Mat & Café bruker begrepet Hverdagskost om nøkkelråds kosten
12. **Ressursperson ernæring^f:** et verv med særlig ansvar for å øke interessen for kostholdet ved sengeavdelingen og dermed medvirke til at pasientene får et best mulig kost- og ernæringsstilbud. Det kreves helsefaglig kompetanse som sykepleier for å inneha vervet
13. **Spesialkost:** før kalt diett, er bestemte kostforskrifter som skal følges under behandling av sykdom^b. Kosthåndbokens omtale^e: «Spesialkost må rekvireres av lege, sykepleier eller klinisk ernæringsfysiolog etter en individuell medisinsk vurdering. Rekvirenten må kunne være trygg på at prinsippene for kosten innfris hver dag. Spesialkostene må derfor være forutsigbare og lages etter oppskrifter. Rammene er ufravelige, men innenfor disse skal matvarevalget være mest mulig variert for å sikre en god ernæringsmessig sammensetning som fremmer helse og trivsel»
14. **Underernæring:** sykdomsrelatert underernæring og sult uten sammenheng med sykdom. I dette dokumentet brukes begrepet underernæring bare i betydningen sykdomsrelatert underernæring.
15. **Underernæring, sykdomsrelatert:** Ved sykdomsrelatert underernæring er det mangel på energi (kalorier) og/eller protein som forårsaker ufrivillig vekttnap, mindre muskelmasse, dårligere fysisk form, eller dårligere utfall ved sykdom eller behandling^g. Kriteriene for underernæring er basert på en eller flere av følgende: ufrivillig vekttnap, lav kroppsmasseindeks, lavt matinntak over tid^g

^a Hvis ingen annen kildehenvisning står, er definisjonen utarbeidet av fagmiljøet i Ernæringsutvalget, ut fra hvordan begrepet er brukt i aktuelt dokument «Ernæringsstrategi 2021-2030»

^b Store medisinske leksikon, <https://sml.snl.no>

^c Henriksen C, Borchsenius C, Retterstøl K. Klinisk ernæring. Gyldendal forlag 2019

^d Retningslinje for Matkontakt, EQS kvalitetssystem ved St .Olavs hospital, ID 38016

^e Helsedirektoratet 2012. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

^f Retningslinje for Ressursperson ernæring, EQS kvalitetssystem ved St .Olavs hospital, ID 38017

^g Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU). Hjemmeside www.undernaering.no

1. FORANKRING

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved St. Olavs hospital ga Ernæringsutvalget i oppdrag å utarbeide ny Ernæringsstrategi fra 2021, sitat fra vedtak 21. oktober 2019 (sak 6/19):

Ernæringsutvalget - igangsetting av arbeid med ny ernæringsstrategi ved St. Olavs hospital fra 2021.

Utvalget vil gi ros til Ernæringsutvalget for en grundig oppfølging av gjeldende ernæringsstrategi. Særlig endret måltidsrytme på sykehuset trekkes fram som et vellykket tiltak. I presentasjonen skisseres noen utfordringer som er et godt diskusjonsgrunnlag inn til arbeidet med revidert strategi. Revisjonsarbeidet må sikre god involvering av de kliniske miljøene og brukerne.

St. Olavs hospitals gjeldende ernæringsstrategi for 2010-2020¹ var forankret i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedir. 2009)², Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helsedir. 2012)³, og oppdragsdokumentet fra Helse – og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Midt-Norge RHF i 2010⁴: «*fagområdet ernæring inngår som en del av både forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer*». Styringsdokumentet fra St. Olavs hospital samme år konkretiserte oppdraget: «*helseforetaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet*»⁵. HOD ga i 2013 alle helseforetak i oppdrag å etablere en overordnet ernæringsstrategi⁶, i tråd med Helsedirektoraets retningslinjer og anbefalinger^{2,3}. Regjeringens handlingsplaner for bedre kosthold i befolkningen inngår også i forankringen til en ernæringsstrategi ved sykehus^{7,8}. Ernæringsstrategi 2010-2020 for St. Olavs hospital fant en særlig forankring i at retten til fullgod mat for alle ifølge Menneskerettighetsloven⁹ også omfattet retten til nok og trygg mat for pasienter, og at sykehuskosten skulle være ernæringsmessig tilfredsstillende og nå fram til den enkelte pasient¹. Viktig var også forsvarlighetsprinsippet fra Helsepersonelloven¹⁰ som de nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring² refererer slik:

”Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 gir en generell plikt til oppfølging av pasientens medisinske og helsemessige behov uavhengig av hvor helsehjelpen ytes. Pasienter i spesialisthelsetjenesten har ut fra forsvarlighetskravet krav på at grunnleggende behov knyttet til deres helse blir ivaretatt. Ernæringsmessige forhold vil falle inn under dette”.

Det beskrevne forankringsbildet videreføres til Ernæringsstrategi 2021-2030.

2. VISJON OG VERDIER

Ifølge St. Olavs hospitals overordnede strategi 2014-2018 er sykehusets visjon å tilby fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge¹¹, en visjon som ble videreført til Utviklingsplan 2019-2035 St. Olavs hospital¹². Sykehusets verdigrunnlag er trygghet, respekt og kvalitet. Helhet, likeverd og medbestemmelse skal kjennetegne sykehusets kultur¹¹. De nevnte uttrykkene er bearbeidet til å gjelde ernæringspraksisen på St. Olavs hospital:

Visjon:

- å tilby fremragende ernæringsbehandling til pasientene ved St. Olavs hospital

Verdier:

- pasientene skal være trygge på at de får riktig ernæring av god kvalitet, tilpasset deres behov
- pasientene skal bli møtt med respekt for individuelle matpreferanser, kultur og valg
- ernæring er en nødvendig del av helheten i pasientbehandling
- pasientene skal ha likeverdig tilgang til ernæring uavhengig av avdeling, alder og diagnose
- pasientene har rett til medbestemmelse vedrørende egen ernæringsbehandling

Regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte er nedfelt i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) for både 2016-2019¹³ og 2020-2023¹⁴. NHSP gir de regionale helseforetakene ansvar for å utarbeide visjoner, mål, strategier og overordnede planer i sine strategidokumenter.

Helse Midt-Norge har utarbeidet Strategi 2030¹⁵, hvis visjon «*på lag med deg for din helse og ambisjon fremragende helsetjeneste*» kan bearbeides til «*på lag med deg for din ernæring og fremragende ernæringspraksis*», for Ernæringsstrategi 2021-2030.

God eller fremragende ernæringspraksis er en del av pasientsikkerhetsarbeidet. NHSP 2020-2023 sier at «*helsetjenesten har en lovpålagt plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*», og «*det er fra nasjonalt hold vektlagt viktigheten av åpenhet om uønskede hendelser som grunnlag for å lære og forbedre helsetjenesten. Pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018) utviklet kunnskapsbaserte tiltakspakker på kjente risikoområder –som for eksempel legemiddelbruk, infeksjoner og underernæring – og gjennomførte læringsnettverk for implementering og spredning. I tillegg tilbød de ledelsestiltak og kartla pasientsikkerhetskultur*»¹⁴.

Ernæringsutvalget vurderer at pasientsikkerhet er aktuelt både som visjon og verdi. En annen visjon er at St. Olavs hospital kan arbeide systematisk for å redusere forekomsten av sykdomsrelatert underernæring, tilsvarende arbeidet med å senke antallet helsetjenesteassosierte infeksjoner. Bekjempelse av sykdomsrelatert underernæring er god helseøkonomi og et viktig samfunnsansvar å ta, som dertil kan bli en vellykket satsing for St. Olavs hospital.

3. FAKTAGRUNNLAG

3.1 Ernæring i helsetjenesten

3.1.1 Ernæring og feilernæring

Ernæring er et av de grunnleggende behov som mennesket har og er viktig for opprettholdelse av normale funksjoner, helse og velvære. Helsetjenesten skal ivareta pasientenes ulike ernæringsbehov, det være seg å sikre vekst og utvikling for barn, dekke næringsbehovet under utredning og behandling av sykdom eller gi en tilpasset kost, såkalt diagnosespesifikk ernæringsbehandling. Behovet for diagnosespesifikk ernæringsbehandling er aktuelt å dekke hos både barn, voksne, inneliggende og polikliniske pasienter, innen både somatikk og psykiatri.

Pasientens rett til ernæring er nedfelt gjennom FN-konvensjonen som også Norge har forpliktet seg til. Videre er pasientenes rettigheter nedfelt i ulike lovverk og forskrifter, referert til blant annet i kap. 7 i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring². Helsetjenesten skal gi forsvarlig helsehjelp og ut fra forsvarlighetskravet skal grunnleggende behov ivaretas, der i ligger også ernæring.

Feilernæring er en samlebetegnelse på tilstander som kan oppstå hos personer som får i seg for lite eller for mye av enkelte næringsstoffer i forhold til sitt behov, som medfører endringer i kroppssammensetning eller funksjon¹⁶. Feilernæringen kan være utløst av et endret behov på grunn av sykdom eller et redusert matinntak av ulike årsaker, eller en kombinasjon av økt behov og lavt matinntak. Vi deler gjerne feilernæring inn i tre undergrupper: «*underernæring*, mangel eller overskudd av *mikro- og makronæringsstoffer*, og *overvekt eller fedme*»¹⁶. I praksis kan ulike tilstander forekomme hos én og samme person. Både underernæring og overvekt/fedme er utfordringer for helsetjenesten.

Barn med ulike helseutfordringer kan på samme måte som voksne være utsatt for feilernæring som følge av sin sykdom/tilstand. Barn kan også ha spesifikke utfordringer som behov for tilpasset meny mens de er innlagt ved sykehuset. De som jobber med barn ser en økende oppmerksomhet rundt ulike matintoleranser/-allergier som kan bidra til et ensidig kosthold. Det er derfor viktig at også barn omfattes av sykehusets ernæringsstrategi, og at denne inkluderer oppfølging av ernæringsstatus hos barn som følges poliklinisk (høringsinnspill fra Barne- og ungdomsklinikken).

Forekomsten av overvekt og fedme øker både i rike og fattige land. WHO beskriver det som en global fedmeepidemi med store konsekvenser for helse og velferd¹⁶. Overvekt og fedme er en risikofaktor for flere kroniske sykdommer, inkludert diabetes type 2, hjerte- og karsykdom og enkelte kreftformer. Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet for forebygging og behandling av fedme for både voksne og barn er utarbeidet for primærhelsetjenesten^{17,18}. For spesialisthelsetjenesten gjelder at personer med overvekt/fedme blir lagt inn på grunn av spesifikke sykdommer. Slanking under innleggelse skal være medisinskfaglig begrunnet.

3.1.2 Underernæring

Underernæring deles i to hovedgrupper: sykdomsrelatert underernæring, og sult uten sammenheng med sykdom. I dette dokumentet brukes begrepet underernæring bare i betydningen sykdomsrelatert underernæring. Ved sykdomsrelatert underernæring er det mangel på energi og /eller protein som forårsaker ufrivillig vekttap. Tilstanden er ikke synlig før den er alvorlig og det er derfor nødvendig med en systematisk scening for å fange opp pasienter som er i risiko for underernæring eller allerede er underernært². En overvektig pasient kan bli underernært når næringsinntaket reduseres og personen får et ufrivillig vekttap, til tross for at kroppsmasseindeksen er høy.

3.1.3 Risiko for underernæring

Nyere undersøkelser fra Norge har vist at hver tredje pasient i sykehus er i risiko for underernæring og at risiko forekommer i alle aldersgrupper, ved alle BMI-kategorier og diagnosegrupper, blant pasienter som har planlagte innleggelser og blant de som innlegges akutt¹⁹. Ved AHUS har de vist at hele 45 % av eldre pasienter over 70 år er i risiko for underernæring²⁰ og blant akutt innlagt pasienter i geriatriske sengeposter var 48 % i risiko²¹.

3.1.4 Forekomst av underernæring

Underernæring forekommer på tvers av alder, vekt og sykdom. Spesielt utsatt er pasienter med kreftsykdom, kronisk lungesykdom, pasienter med alvorlige infeksjoner og eldre. Studier fra andre land har vist at forekomsten av underernæring varierer mellom 10 % og 60 % avhengig av hvilke kriterier man har brukt for underernæring og i hvilken gruppe man har målt^{22,23}. I norske studier har man funnet underernæring hos 27 % av pasientene i geriatriske sengeposter²¹, 30 % i blandet sykehuspopulasjoner²⁴, 34 % blant kreftpasienter²⁵, 39 % blant kirurgiske pasienter²⁶, 49 % blant pasienter i dialyse²⁷, 60 % blant eldre over 70 år i medisinsk avdeling²⁸ og 65 % blant pasienter ved en enhet for lindrende behandling²⁹. Norske tall skiller seg derfor ikke fra andre land.

Grupper som er spesielt utsatt for underernæring eller ensidig kosthold med næringsstoffmangel til følge, er barn med nevrologiske sykdommer, barn med kreft, for tidlig fødte barn, barn med medfødte misdannelser innen mage-tarmsystemet og, mer generelt, barn med kroniske sykdommer. Studier har vist at spisevansker og ernæringsproblemer er hyppig forekommende hos barn med nevrologisk sykdom. Selektiv ernæring med fare for feilernæring ses f.eks. hos mange barn med autismspektrumforstyrrelser (høringsinnspill fra Barne- og ungdomsklinikken).

3.1.5 Årsaker til underernæring

Årsaker til underernæring er flere. Det kan være faktorer ved individet i form av fysiske, fysiologiske eller psykologiske forhold, det kan være strukturelle faktorer i institusjonen eller det kan være manglende fokus og kunnskaper blant helsepersonell²². Uansett årsak så fører forholdene til at inntaket av energi og protein blir mangelfullt. Ved behandling av risiko for underernæring eller diagnostisert underernæring er det viktig å kartlegge de ulike årsakene slik at tiltakene kan rettes mot årsakene. Slik kan utvikling av eller forverring av en underernæringstilstand forebygges. Ved utforming av en ernæringsstrategi som skal forebygge underernæring må man ha en satsning ikke bare på et enkelt eller noen få tiltak, men legge opp en plan som sikrer at alle leddene i ernæringspraksisen styrkes.

3.1.6 Konsekvenser av underernæring

Konsekvensene av underernæring er mange og omfatter alt fra mentale endringer og nedsatt livskvalitet, til økte komplikasjoner (reduert immunforsvar, nedsatt muskelkraft og dårlig sårtilheling), økt dødelighet og ikke minst økonomiske følger gjennom økt liggetid, større belastning i form av pleietyngde og økte kostnader ved sykehusopphold. I en kostnadsanalyse fra Canada fant man at underernærte pasienter i gjennomsnitt hadde 3 døgn ekstra liggetid³⁰. *Riktig ernæring er av spesielt stor betydning for barns vekst og utvikling, særlig i den fasen av livet da hjernen er i størst vekst og utvikling (høringsinnspill fra Barne- og ungdomsklinikken).*

3.1.7 Effekter av ernæringsbehandling ved underernæring

Bevismengden for at underernæring kan forebygges og behandles har økt betydelig siden utformingen av forrige ernæringsstrategi³¹⁻³⁷. Ernæringstiltak kan være alt fra enkle grep med god tilrettelegging av måltid til avansert ernæringsbehandling intravenøst. Spesielt bør den sveitsiske systematiske oppsummeringen med meta-analyse fra 2019 nevnes, publisert i JAMA (tidsskriftet for

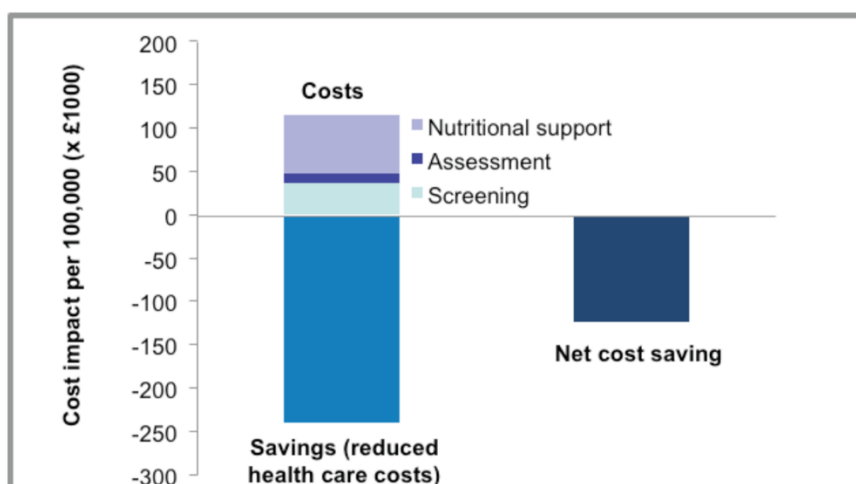
den amerikanske legeforeningen)³¹. Oppsummeringen viste at ernæringsintervensjoner førte til lavere dødelighet og redusert antall reinnleggelser. Effekten var størst for pasienter som allerede var underernært, dette gjaldt reinnleggelser, funksjonsnivå, lengde på innleggelse og dødelighet. Oppsummeringen understreker viktigheten av å bruke validert metode for å vurdere pasientenes ernæringsstatus og identifisere dem som mest sannsynlig har nytte av ernæringsbehandling. En teamtilnærning som inkluderer sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer og leger foreslås som viktig for løsningen på problemet med underernæring.

Henriksen og medarbeidere viste at bare 40% av pasientene som var underernærte fikk ernæringsbehandling utover tilbud om vanlig sykehuskost²⁴. Tidligere ble det i punktprevalensstudien ved Haukeland sykehus vist at halvparten av pasientene som var i risiko for underernæring fikk ernæringsbehandling, men at bare 5 % av pasientene ble henvist til klinisk ernæringsfysiolog³⁸.

Schuetz og medarbeidere viste i en randomisert studie at en individtilpasset ernæringsbehandling utført av klinisk ernæringsfysiolog igangsatt innen 48 timer fra innleggelse førte til et høyere inntak av energi og protein og i tillegg hadde effekt på 30-dagers overlevelse, funksjonsnivå og livskvalitet (EFFORT-studien)³³.

3.2 Økonomi

Underernæring har en betydelig økonomisk side i tillegg til den helsemessige. En rapport fra Storbritannia har vist at årlig totale kostnader for en underernært pasient er 3 ganger høyere enn for en som er velernært³⁹. Forfatterne har beregnet utgiftene til identifisering og behandling av underernæring til å utgjøre < 2.5 % av totalkostnadene ved underernæring. En helseøkonomisk analyse viste at identifisering og behandling av underernæring i Storbritannia gav en netto innsparing (figur 1). Forebygging og behandling av underernæring er ut fra denne analysen et av de mest kosteffektive tiltakene i helsesektoren.



Figur 1. Årlig estimerte kostnader til screening, kartlegging og ernæringsbehandling og kostnadsbesparelser av ernæringsbehandling av underernæring³⁹.

En kostnad-nytte oppgave i Helseledelse og helseøkonomi ved UiO i 2010 viste at spesialisthelsetjenesten årlig kan spare 800 mill kroner dersom alle pasienter blir screenet ved innleggelse, og de 30 % i risiko for underernæring får målrettet behandling og reduserer liggetiden med 20 %⁴⁰.

EFFORT-studien³³ viste at individtilpasset ernæringsbehandling hadde effekt på harde utfallsdata som dødelighet, overføring til intensivavdeling, reinnleggelse, komplikasjoner og redusert funksjonsnivå .

Analyse av de økonomiske kostnadene viste at individuell ernæringsbehandling var kostnadseffektiv, og først og fremst lå innsparingen ved at alvorlige komplikasjoner og intensivopphold ble redusert⁴¹.

Den globale alliansen for forbedret ernæring (GAIN) skriver i sin rapport av 2020⁴² at optimalisering av (elektroniske) helsejournaler for ernæringspraksis bør være det første trinnet i å levere ernæringstjenester av høy kvalitet. Dette omfatter screening, kartlegging, diagnostisering av ernæringsproblemet, igangsetting av ernæringstiltak og videreformidling av ernæringsplan til neste omsorgsnivå i helsetjenesten. De to sentrale elementene for å oppnå dette inkluderer bruk av systematiske rammer ved standardisert terminologi, for eksempel ernæringsbehandlingsprosessen (NCP), og innlemme dette rammeverkets komponenter i pasientenes helsejournaler. Gevinsten er en mer effektiv integrering av ernæring i helsevesenet som videre kan føre til reduserte økonomiske byrder og bedre helse for brukerne av helsetjenesten.

4. NY STRATEGI

4.1 Forbedringsbildet ved St. Olavs hospital

4.1.1 Innledning

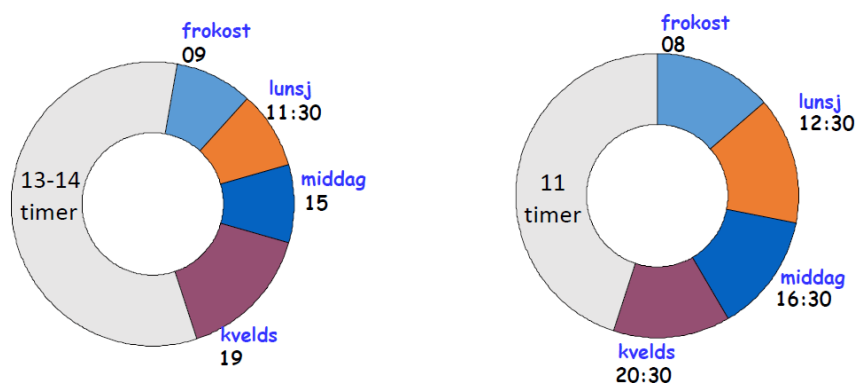
Forbedringsbildet består av Ernæringsutvalgets egne kartlegginger⁴³⁻⁴⁵, supplert med innspill basert på ernæringsstrategier ved andre sykehus i Norge⁴⁶. Ernæringsutvalget har gjennom arbeid over år kommet i mål med flere viktige forbedringer, og nye er underveis. Forbedringsbildet består av oppgaver innen ernæringspraksis og pasientsikkerhetsarbeid som er i gang, men som vi ikke er i mål med per 2020. Disse forankres i Ernæringsstrategi 2021-2030.

I kap 4.1 2 og 4.1.3 er Ernæringsutvalgets anbefalinger skrevet i kursiv, på grå bakgrunn.

4.1.2 Ernæringspraksis

1. **Måltidsrytmen.** Den nye måltidsrytmen innført i 2017 med måltidene jevnt fordelt på dag og kveld er kommet for å bli. Den har potensiale til å forebygge for lang nattfaste, samt gi plass til nødvendige mellommåltider ved behov, se figur 2.

Gammel og ny måltidsrytme på St. Olavs hospital



Figur 2. Den nye måltidsrytmen fra 2017 (til høyre) innebærer kortere nattfaste

Ernæringsutvalget har kartlagt at kveldsmaten ved noen sengeavdelinger serveres tidligere enn hva den nye måltidsrytmen legger opp til⁴⁵. Da blir nattfasten lenger enn det Helsedirektoratet anbefaler, og ufordringene med å få dekket dagsbehovet for energi og protein øker for pasientene som blir berørt.

Ernæringsutvalget anbefaler at sengeområdene finner praktiske løsninger slik at kveldsmaten ikke serveres for tidlig, for å unngå at nattfasten overskrider 11 timer.

2. **Systematisk screening av risiko for underernæring.** St. Olavs hospital har ifølge Forbedringsprogrammet 2013 et mål om at «ernæringscreening innen 48 timer ved innleggelse må øke i omfang». Statistikk fra de siste årene viser at 27% av alle innlagte ble ernæringscreenet innen 48 timer i 2017, 26% i 2018 og 24% i 2019, altså en synkende tendens.

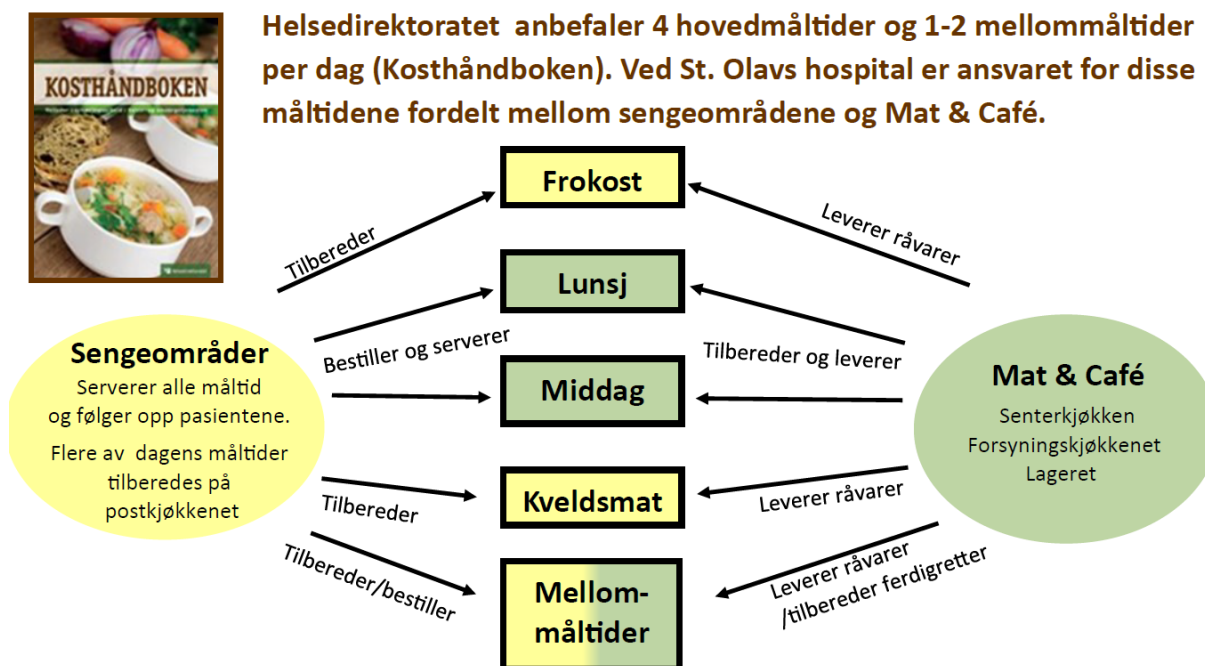
Ernæringsutvalget oppfordrer til at det settes fokus på seksjonsledernes ansvar for å legge til rette for at sykepleierne screener ved innleggelse. Screeningen er ikke et mål i seg selv, men utføres på alle for å avdekke hvem som er i risiko for underernæring for at disse skal få målrettede tiltak for å forebygge (og behandle) underernæring. Slik øker pasientsikkerheten. Risiko for underernæring er viktig informasjon for flere yrkesgrupper som er involvert i pasienten.

3. **Næringsberegning.** Mat & Café har i inneværende strategiperiode næringsberegnet alle oppskrifter og menyer som ligger i matbestillingsprogrammet Nutshell, inkludert spesialkostene.

Næringsberegningene er gjort for å kvalitetssikre at deres mattilbud (lunsj, middag, dessert og kaffemat) dekker vel 50% av pasientenes dagsbehov for energi og protein, i tråd med Kosthåndbokens retningslinjer³. Resten av dagsbehovet skal dekkes av mattilbudet som sengeområdene selv tilbereder (frokost, kveldsmat og mellommåltider). Disse måltidene burde også bli næringsberegnet, slik at det totale mattilbudet er kvalitetssikret. Næringsberegningene bør følges opp av kartlegging av hva pasientene får i seg fra alle måltid i løpet av et døgn. Ernæringsutvalget har siden 2015 foreslått at sykehuset opprettet en overordnet stilling for klinisk ernæringsfysiolog med ansvar for næringsberegning og rådgivning som kunne benyttes av både sengeområdene og Mat & Café^{44,45}, se også Tiltaksplan 2020-2021 (punkt 7, vedlegg).

Ernæringsutvalget fortsetter arbeidet for at sengeområdenes mattilbud kan bli næringsberegnet.

4. Delt ansvar for pasientenes totale mattilbud



Figur 3. Pasientenes måltider. Ansvarsfordeling mellom sengeområdene (gul) og Mat & Café (grønn)

Pasientenes totale mattilbud er illustrert med måltidene på figur 3. Måltidene er fargekodet for hvem som tilbereder hvilke måltider: sengeområdene frokost, kveldsmat og mellommåltider, Mat & Café lunsj, middag og mellommåltider.

Aktørene har ansvar for mer enn tilberedning:

Sengeområdene. Sengeområdene har ansvar for at pasientenes individuelle ernæringsbehov blir dekket, og må derfor tilby rett mengde og type mat og drikke til rett pasient. De bestiller fra Mat & Café to alternativer til middag inkludert dessert, samt kaffemat, spesialkoster, ønskekost og næringsrike mellommåltider. Videre bestiller de råvarer (kolonivarer) for å tilberede måltidene de selv har ansvar for. Alt må sengeområdene bestille i matbestillingsprogrammet Nutshell. Sengeområdene har et eneansvar for å servere alle dagens måltider, følge opp pasientenes matinntak og benytte hele mattilbudet. Sengeområdene må ta ansvar for å forordne alternativ ernæring som industriframstilte næringsdrikker, sondeernæring og intravenøs ernæring, til pasienter som ikke kan benytte det ordinære mattilbudet.

Mat & Café. Mat & Café har ansvar for å levere det sengeområdene bestiller. De skal oppfylle Service- og leveranseavtalen (SL-avtalen) på St. Olav, og planlegger sin sin produksjon deretter⁴⁷. Porsjonsstørrelsene er tilpasset Kosthåndbokens retningslinjer for at vel 50% av pasientenes

dagsbehov kan dekkes av lunsj, middag, dessert og kaffemat³. Mat & Café har utarbeidet bilder av standard porsjonsstørrelser av Hverdagskosten, med informasjon om aktuelt næringsinnhold. Bildene vil være til hjelp for sengeområdene som skal bestille rett mengde mat. Alle måltider fra Mat & Café er næringsberegnet, se punkt 3.

Konsekvenser av delt ansvar. Det krever kompetanse og god kommunikasjon mellom sengeområder og Mat & Café for å sikre at det totale mattilbudet kommer pasientene til gode. Selv om mye fungerer i kommunikasjonen i og utenom Nutshell, er det viktig at begge aktører gir oppdatert informasjon til den andre om endringer, som endringer i enkeltpasienters behov (sengeområdene) eller i mattilbudet (Mat & Café). Nettverket Matkontakter har utviklet seg til en god arena for kommunikasjon på senternivå (se også punkt 7). Utvikling av kompetanse om mat og måltider er viktig. Nettverket Matkontakter tar sin del av ansvaret for å formidle praktisk matkunnskap, men kunnskap nedfelt i EQS-retningslinjer kan også bidra til større kompetanse. Et eksempel er at mens det er utarbeidet nivå-2-retningslinjer for ansatte ved Mat & Café for tilberedning av ulike spesialkost, mangler tilsvarende nivå-2-retningslinjer for ansatte ved sengeområder når de samme spesialkostene skal tilberedes der, for frokost, kveldsmat og mellommåltider. Et annet eksempel som kan være grunnlag for utvikling av kompetanse, er måltidsundersøkelsene utført på enkelte sengeområder i regi av Ernæringsutvalget⁴³⁻⁴⁵. De viste at gjennomsnittspasienten ikke fikk dekket dagsbehovet for energi og protein. Resultatene kan brukes i videre forbedringsarbeid angående bevissthet om hvilke aktører som har ansvar for hva, og bevissthet om hva det trengs videre opplæring i, både for sengeområdene og Mat & Café.

Ernæringsutvalget anbefaler at det delte ansvaret for pasientenes totale mattilbud videreføres og konkretiseres, og at behovet for opplæring og kompetanse blir kartlagt og dekket.

5. **Matsvinn.** Avdeling for virksomhetsstyring har i samarbeid med Arbeidsmiljøutvalget utarbeidet to nivå 1-retningslinjer i EQS hvor bekjempelse av matsvinn står sentralt. Dette gjelder følgende retningslinjer: 1) HMS, Miljøledelse – Handlingsplan (ID 24458) og 2) Miljømål for 2019-2022 (ID 41192). Ernæringsutvalget og Mat & Café ønsker å bli inkludert i dette arbeidet med en rådgivende funksjon. Det kreves en bred tilnærming for å avdekke årsaker til matsvinn. Her kan Ernæringsutvalget og Mat & Café bidra slik at forslag om målrettede tiltak kan utarbeides. Det er god ernæringspraksis å unngå matsvinn og samtidig bestille nok mat slik at alle pasienter får den maten de trenger, og at den bestilte maten blir servert. Siden Mat & Café leverer ut fra bestilling, ligger svinnet i at det som er bestilt ikke blir servert. Pasientenes dagsform, behov og matpreferanser kan ikke alltid forutsees. Det er behov for å bestille litt ekstra mat for å være sikker på at alle får den maten de har behov for og kan/ønsker å spise. Sikkerhetsaspektet (les: bestille litt ekstra) tilsier at en nullvisjon for matsvinn ikke er tilrådelig. Det er viktig å undersøke hvorfor pasientene eventuelt ikke spiser det de får servert og har behov for, slik at det kan bestilles ønsket/egnet/tilpasset mat i stedet, alternativt forordnes sondeernæring og/eller intravenøs ernæring.

Ernæringsutvalget vil fortsette å definere ernæringsmessige behov inn i diskusjonen om matsvinn ved St. Olavs hospital. Brukerutvalget bør også involveres.

6. **Avvik.** Ernæringsstrategi 2010-2020 poengterte at «ledelsen har ansvar for at uønskede hendelser og avvik i ernæringsarbeidet rapporteres» (punkt 1.1 i kapitlet «Strategiske valg i St. Olavs hospitals hovedoppgaver»)¹. Utvalget har fått oversendt to bekymringsmeldinger på vegne av pasienter som etterlyser kontakt med klinisk ernæringsfysiolog under innleggelse. Ernæringsutvalget kanaliserte bekymringene videre til de aktuelle avdelinger, og anbefalte melder av bekymringen å melde avvik, da meldinger om avvik er et godt verktøy for å utarbeide forbedringer.

Ernæringsutvalgets kartleggingsundersøkelse i 2012 hadde et spørsmål om hvorfor det ikke ble meldt avvik. En av klinikkjefene svarte at «ansatte har ikke mulighet til å vite hva de skal rapportere på da de ikke finner nivå-1-prosedyre på hva som er uønskede hendelser innen ernæringsarbeid»⁴³. Mat & Café har i mange år oppmuntret brukerne av sine tjenester til å melde avvik. Dette er kjent for Ernæringsutvalget som har medlemmer fra Mat & Café. Et eksempel er informasjon i mars 2020 om et avvik sendt fra Mat & Café til virksomhetsdirektøren på et sengeområde som hadde bestilt alt for lite mat, og at dette skjedde ukentlig (jf punkt 5 om matsvinn på forrige side). Ernæringsutvalget har ikke greid å fronte en tilsvarende bruk av avvik for hele bredden i ernæringsarbeidet.

Ernæringsutvalget skal ha fokus på bruk av avviksmeldinger når det gjelder ernæringstilbudet generelt og til den enkelte pasient. Dette for å gi bedre ernæringspraksis.

7. **Nettverkene Matkontakter og Ressurserpersoner ernæring.** Nettverkene avløser den tidligere kostombudsordningen. De to vervene er nærmere beskrevet i kap. 7. **Matkontakter** (hovedsakelig postverter) er bindeledd mellom sengeområdene og Mat og Cafe. **Ressurserpersoner ernæring** (sykepleiere eller vernepleiere) er nøkkelpersoner for fokus på pasientenes ernæringstilbud ved sengeområdene. Uklar ledelsesforankring for noen deltakere har forsinket oppstarten med opplæring og oppfølging i sentervise nettverksmøter for Ressurserpersoner ernæring, med risiko for ulik kvalitet på ernæringspraksis⁴⁵.

Ernæringsutvalget oppfordrer til god og likeverdig ledelsesforankring særlig for Ressurserpersoner ernæring, slik at de kan utøve sine verv på sengeområdene.

8. **Ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer.** Ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer er viktige styringsredskap for å bedre ernæringspraksisen i sykehuset. Nivå-1-retningslinjer for god ernæringspraksis er utarbeidet/revidert i nyere tid, de fleste etter initiativ fra Ernæringsutvalget:
- God ernæringspraksis. Ernæringscreening (ID 12815)
 - God ernæringspraksis. Ernæringsbehandling (ID13409)
 - Kostråd (ID 27529)
 - Sondeernæring (ID 27540)
 - Reernæringsyndrom, retningslinjer for forebygging (ID 24714)
 - Retningslinjer for ernæringsarbeid (ID 36017)
 - Retningslinje for Matkontakt (ID 38016)
 - Retningslinje for Ressurserperson ernæring (ID 38017)

Ernæringsutvalgets prosjekt «Kvalitetsforbedring av ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer for økt pasientsikkerhet» ble presentert for Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget i februar 2017⁴⁸. En gjennomgang av knappe 200 eksisterende retningslinjer viste at cirka 1/3 måtte revideres for at innholdet om ernæring skulle ha god nok kvalitet. Det innebar at kompetansentil klinisk ernæringsfysiolog måtte inn i revideringsarbeidet. Ernæringsutvalget mener at det omfattende prosjektets betydning ble svekket av at ingen av forslagene til hvordan retningslinjer kan kvalitetssikres på ernæringsfaglig innhold, ble tatt til følge av Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget⁴⁵. Resultatet er at retningslinjer med ernæringsrelevant innhold fortsatt blir utarbeidet i organisasjonen uten kvalitetssikring av klinisk ernæringsfysiolog⁴⁵. Ulike pasientgrupper, f.eks. intensivpasienter, kan ha behov for spissede retningslinjer på nivå 2 ut fra medisinskfaglige hensyn. At disse retningslinjene blir faglig vurdert opp mot de eksisterende nivå-1-retningslinjene er viktig for å unngå overføring av feil praksis til andre pasientgrupper.

Ernæringsutvalget er tydelig på at arbeidet med ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer handler om pasientsikkerhet ved St. Olavs hospital, og mener det er nødvendig å bruke ressurser på kvalitetssikringen. Ernæringsutvalget vil fortsette å ha fokus på dette viktige temaet.

9. **Pasientforløp.** Regional utviklingsplan 2019-2022 (2035) sier at «*standardiserte pasientforløp er Helse Midt-Norges hovedstrategi for å motvirke uønsket medisinsk variasjon*», og at «*vi må bygge helhetlige pasientforløp rundt pasientenes behov*»⁴⁹. Parallelt er hovedmålet for sykehusets ernæringsstrategi at ernæring skal være integrert i behandlingstilbudet¹. Ernæringsutvalget ga i 2013 et innspill til felles mål for standardiserte pasientforløp i regi av «Forbedringsprogrammet 2014-2016»: «*Pasientenes behov for ernæringsveiledning og -behandling bør inkluderes i alle pasientforløp, og ernæringsrelevant informasjon bør inngå i hver av fasene henvisning og utredning, behandling, kontroll og oppfølging*»⁴⁴. Den nevnte utviklingsplanen sier også at «*alle standardiserte pasientforløp skal bygge på nasjonale veiledere der disse finnes*»⁴⁹. Det finnes nasjonale veiledere både for underernæring² og diagnosespesifikk ernæringsbehandling³, og for overvekt og fedme hos voksne¹⁷ og barn¹⁸. St. Olavs hospital har utarbeidet et standardisert pasientforløp for fedme hos barn – ung 16-23 år og voksne (20 EQS-dokumenter), og et for barn og ungdom med spise- og ernæringsvansker (EQS ID 40708). Det er to tverrfaglige spiseteam som arbeider systematisk med utredning, behandling og oppfølging i sistnevnte pasientforløp.

Om kompetanse og kvalitet i Utviklingsplan 2019-2035¹²: «*St. Olavs hospital har ansvar for utvikling og implementering av regionale standardiserte pasientforløp i Helse Midt-Norge. Disse skal sikre et forutsigbart og kunnskapsbasert behandlingsforløp for den enkelte pasient. Forløpene beskrives langs en forventet tidslinje, som er så detaljerte at hver enkelt fase blir tydelig for pasienten. Det fremgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig for god kvalitet og for å unngå uønsket variasjon*». Utviklingsplanen sier følgende relatert til ernæring spesielt: «*Ved å legge til rette for at flere profesjonsgrupper som for eksempel kliniske ernæringsfysiologer, kliniske farmasøyter, fysioterapeuter og logopeder kan bidra i flere forløp, vil vi kunne få større nytte av forløpene både mht forebyggende og behandlende effekt*»¹².

Ernæringsutvalget vil arbeide videre for at ernæring inkluderes bedre i pasientforløp i neste strategiperiode, ikke minst via Helseplattformen.

10. **Utviklingsprosjekter.** Inneværende ernæringsstrategi hadde en tydelig føring på at forskning- og utviklingsarbeid innen ernæring skulle gjennomføres¹. Slike prosjekt har drevet arbeidet framover og tilført uvurderlige data og kunnskap om ernæringspraksis, nedfelt i egne rapporter. Prosjektene nevnes her fordi oppfølging kan bli aktuelt i strategiperioden 2021-2030:

- nutritionDay 2008-2011, 2012-2015
- Måltidsundersøkelsen 2011, 2013
- Næringsberegning lunsj og middag 2013
- Ernæringsmessig risiko og vekt 2013-2014
- Kvalitetsforbedring EQS-retningslinjer 2017
- Pilotprosjekt Ny måltidsrytme 2017
- Ny måltidsrytme 2018
- Nettverk ressurspersoner ernæring 2019
- Masterprosjekt 2018-2019 «Innføring av ny måltidsrytme ved St. Olavs hospital ble assosiert med et høyere inntak av energi og protein, men uten at pasientene fikk dekt sitt dagsbehov» (O.R. Selbo, UiB)
- Masterprosjekt 2018-2019 «Funn av høy forekomst av underernæring blant innlagte pasienter på St. Olavs hospital, assosiert med dårlig munnhelse» (T.K. Reinan, UiO).

Finansiering av prosjektene har vært omsøkte midler, det vil si utviklingsmidler (tidligere kvalitetssikringsmidler) fra Klinikk for kliniske servicefunksjoner, forskningsmidler fra St. Olavs hospital og kvalitets- og pasientsikkerhetsmidler fra Helse Midt-Norge. Finansiering av utviklingsprosjekter som gjelder ernæringsarbeid som bør følges opp kontinuerlig, kan for framtida løses på annen måte enn ved søknader i konkurranse med mange andre søkere. Et godt eksempel her er kvalitetssikringen av ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer, se punkt 8.

Ernæringsutvalget foreslår at arbeidet med utviklingsprosjekter videreføres, med fleksible løsninger for å frambringe ressurser til å utføre dem.

4.1.3 Pasientsikkerhet - nasjonal tiltakspakke underernæring

Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehus) er utarbeidet av Helsedirektoratet og inngår i Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7*. Intensjonen med tiltakspakken er «å fange opp, forebygge og behandle underernæring som pasientskade»⁵⁰. Ernæringsutvalget fikk i mandat av Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget ved St. Olavs hospital i 2017 å utarbeide en lokal oppfølging av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet, basert på allerede igangsatt arbeid for å øke omfanget av screening for risiko for underernæring. Status for det lokale oppfølgingsarbeidet ble rapportert per desember 2018⁴⁵. Ernæringsutvalget har utarbeidet et faglig innhold for undervisning relatert til temaet underernæring som skal tilbys nettverkene Ressurspersoner ernæring og Matkontakter. Disse nettverkene driftes av henholdsvis Ernæringsutvalget og Mat & Café. Nettverkene har fått et særlig ansvar for å implementere Tiltakspakke underernæring⁵⁰, som består av fire mål som herved forankres i Ernæringsstrategi 2021-2030:

1. Vurder alle pasienter for risiko for underernæring innen ett døgn etter innleggelse.

Pasientsikkerhetsprogrammet definerer god måloppnåelse når 80% er vurdert for risiko for underernæring innen ett døgn.

Ernæringsutvalget foreslår at 48-timers-målet ved St. Olavs hospital avløses av det nasjonale målet på «innen ett døgn». Målet 48 timer var «et kompromiss» for å komme i gang med systematisk ernæringscreening.

2. Gjennomfør individuell kartlegging (estimer energibehovet, identifiser årsaker til redusert matinntak, vurder grad av ernæringsmessig risiko og underernæring).

Ernæringsutvalget påpeker at dette også omfatter diagnostisering av tilstandene E46.00 Ernæringsmessig risiko, E44.00 Moderat underernæring og E43.00 Alvorlig underernæring

3. Gi tilstrekkelig ernæring (lag en ernæringsplan og iverksett tiltak innen ett døgn etter risikovurdering, evaluer tiltak i ernæringsplanen fortløpende og minimum ukentlig).

Ernæringsutvalget påpeker at dette også omfatter å kjenne til og utnytte det totale mattilbudet fra Mat & Café på individuelt nivå. Videre å ha oversikt over alle ernæringsprodukter som inngår i den til enhver tid gjeldende LIS-avtalen (=avtale om legemidler i sykehusinnkjøp) og benytte disse ved behov. Ernæringsplanen blir et sentralt dokument i Helseplattformen.

4. Viderefør informasjon (dokumentere ernæringsstatus og ernæringsplan i pasientjournal, dokumentere ICD-10 diagnosekode E46.00, E44.00 eller E43.00 i epikrise).

Ernæringsutvalget påpeker at dette er et sentralt punkt som forventes å bli både enklere og mer pasientsikkert ivaretatt i Helseplattformen. Mangelen på én ernæringsplan som følger pasienten mellom tjenestenivåene, utgjør en pasientrisiko i dag.

4.2 Utfordringsbildet ved St. Olavs hospital

4.2.1 Innledning

Europarådet beskrev allerede for tjue år siden fem hindre som må overvinnes for å få innført god ernæringspraksis ved sykehus i Europa²³:

- uklare ansvarsforhold i planlegging og administrasjon av ernæringsbehandling
- utilstrekkelig kunnskap og utdanningsnivå innen ernæring i personellgrupper, herunder mangelfull tilgang på og bruk av klinisk ernæringsutdannet personell
- manglende pasientinnflytelse
- manglende samarbeid mellom personellgruppene
- manglende engasjement og involvering fra sykehusledelsen.

Basert på Ernæringsutvalgets egne kartlegginger⁴³⁻⁴⁵ og innspill basert på ernæringsstrategier ved andre sykehus i Norge⁴⁶, tegnes et utfordringsbilde som ikke er ulikt de nevnte hindrene ved europeiske sykehus. Utfordringsbildet består av 9 oppgaver innen ernæringspraksis og pasientsikkerhetsarbeid ved St. Olavs hospital som ikke er i gang per 2020. Disse forankres i Ernæringsstrategi 2021-2030.

4.2.2 Pasientsikkerhet

1) **Ernæringspraksis er ikke tydelig inkludert som en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet.**

Ernæringsutvalget har rapportert på flere måter at det ikke tenkes helhetlig nok rundt pasientsikkerhet og ernæring ved St. Olavs hospital⁴³⁻⁴⁵. Tiltakspakke underernæring i sykehus fra Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram⁵⁰ er langt fra implementert, og vi mangler tall for målbare kvalitetsindikatorer i tiltakspakken.

4.2.3 Mattilbud

2) **Retts mat kommer ikke til rett pasient.** Saken gjelder at Mat & Café ikke tillates å merke boksene med tillaget spesialkost bestilt til navngitte pasienter, med disse pasientenes navn. Boksene er kun merket med type spesialkost. I praksis er det ofte andre personer på sengeområdene som serverer måltidene enn dem som bestilte spesialkostene, og de vet ikke hvem rettene var bestilt til. Resultatet er at spesialkost tilberedt av Mat & Café ofte ikke blir servert til lunsj og middag. Dette kan gi uheldige bivirkninger for pasientene og medføre at behovet for energi, protein og andre næringsstoffer ikke blir dekket. Mat som ikke blir servert, blir kastet og det bidrar til matsvinn. Det er også sløsing med Mat & Café sine ressurser av tidsbruk og spesialprodukter. Matvognene er forsvarlig lukket fra de forlater et senterkjøkken til de ankommer sengeområder på samme senter. Vognene åpnes av matansvarlig ved postkjøkkenet før servering. På sykehus med brettservering, merkes hvert brett med pasientens navn. Systemet ved St. Olav er ikke godt nok når hensyn til personvernet står i veien for at retts mat kommer fram til rett pasient.

3) **Vi kjenner ikke innholdet av energi og protein i frokost, kvelds og mellommåltider som sengeområdene serverer pasientene.** Sammenholdt med kostregistreringer ved sengeområdene kunne et næringsberegnet tilbud gi status på hva disse måltidene bidrar med av energi og protein og i hvilken grad de dekker pasientenes grunnleggende behov.

4) **Helsedirektoratets anbefaling om to standardkoster følges ikke.** Per i dag har St. Olavs hospital Hverdagskost som eneste standardkost, bygget på nøkkelrådene fra Helsedirektoratet og er egnet for personer med god ernæringsstatus og matlyst. Helsedirektoratet anbefaler i tillegg Energi- og næringstett kost som en likeverdig standardkost, med målgruppe pasienter som er i risiko for underernæring eller har en underernæringstilstand³. Per 2020 kan Energi- og næringstett kost bestilles som spesialkost ved St. Olavs hospital. Innføring av to standardkoster praktiseres ved flere sykehus i landet. Ved St. Olavs hospital er kostnadene for sengeområdene

høyere om de bestiller en spesialkost sammenlignet med hverdagskost, og det kan være en årsak til underforbruk av Energi- og næringstett kost.

I prosessen med utarbeiding av Ernæringsstrategi 2021-2030 har Ernæringsutvalget mottatt forslag om at det enten innføres to standardkost på St. Olav, eller at standardkosten endres fra Hverdagskost til Energi- og næringstett kost. Sistnevnte innebærer at Hverdagskosten i stedet blir en spesialkost, egnet for personer med god ernæringsstatus og matlyst. Et annet forslag er en innholdsmessig og prismessig utjevning slik at 1) en pakkeløsning introduseres hvor dessert og kaffemat er inkludert i pakken sammen med lunsj og middag og 2) pakkeløsningen for alle kosttyper (hverdagskost, spesialkost, ønskekost) får samme pris. En slik utjevning i mattilbudet kan medvirke til at pasientenes ernæringsmessige behov og ikke kostnader, står i fokus.

4.2.4 Ernæringsbehandling

- 5) **Vi kjenner ikke forekomsten av risiko for underernæring og underernæring ved sykehuset.**
 - a) Forekomsten av risiko for underernæring rapporteres etter screening og risikovurdering
 - b) Forekomsten av underernæring rapporteres etter diagnostisering ved hjelp av ICD-10-koder. Manglende diagnostisering av disse tilstandene er et utbredt problem i helsetjenesten. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring har løftet saken i Kompetanse-spredningsplan 2020-2030⁵¹: «*Alle voksne pasienter i spesialisthelsetjenesten som er underernært eller er i risiko for å bli det, skal diagnostiseres og tilbys forsvarlig behandling*». Målgruppene for (opplæring i) å diagnostisere, er leger og kliniske ernæringsfysiologer⁵¹.
- 6) **Helsedirektoratets minstestandard for tilgang på kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten er ikke nådd ved St. Olavs hospital.** Helsedirektoratets standard angir minst 1,5 årsverk per 100 voksensenger og minst 1,5 årsverk per 30 barnesenger⁵². I tillegg kommer behovet for kliniske ernæringsfysiologer til poliklinisk behandling, psykiatri, undervisning og forskning⁵². St. Olavs hospital har per 2020 rundt 8 årsverk, for å dekke alle oppgavene. Underdekningen er størst for inneliggende pasienter ved sykehuset.
- 7) **Pasienter med rett på individtilpasset og diagnosespesifikk ernæringsbehandling får ikke tilbud av klinisk ernæringsfysiolog.** De fleste av sykehusets kliniske ernæringsfysiologer er ansatt i Klinikk for kliniske servicefunksjoner (KKS), som gir et behandlingstilbud til pasienter med problemstillinger knyttet til de somatiske avdelingene (ikke til de psykiatriske). Per i dag er det ikke kapasitet til å gi ernæringsbehandling til alle pasienter tilknyttet de somatiske avdelingene, som etter KKS sin prioriteringsveileder har rett på hjelp. Dette kan synliggjøres ved å bruke avviksmeldinger som allerede er framhevet som virkemiddel for forbedringer (punkt 6, kap 4.1.2). I kap 3.2 er EFFORT-studien referert, og den viser positivt hvordan individtilpasset ernæringsbehandling utført av klinisk ernæringsfysiolog tidlig etter innleggelse hadde effekt på 30-dagers overlevelse, funksjonsnivå og livskvalitet³³. Analyse av de økonomiske kostnadene viste at individuell ernæringsbehandling var kostnadseffektiv, særlig på grunn av reduksjon i alvorlige komplikasjoner og intensivopphold⁴¹.

Flere høringsinnspill omhandlet manglende tilgang på kliniske ernæringsfysiologer:

«Etterlyser mulighet for behandlere i psykisk helsevern for å rekvirere ernæringsfysiolog til pasienter med behov. Tilgang på adekvat hjelp til ernæringsmessige utfordringer burde være lik for alle pasienter ved St Olavs hospital» (Divisjon Psykisk helsevern).

«BUK har behov for klinisk ernæringsfysiolog med spesifikk kompetanse på barn. Mange av tilstandene hos barn er sjeldne og krever høy grad av spisskompetanse også fra klinisk ernæringsfysiolog. Noen avdelinger/seksjoner får dekket dette behovet, men det er usikkert

om tilbudet er på høyde med det som er behovet ved alle avdelinger/seksjoner» (Barne- og ungdomsklinikken).

«Sykehuset må stå på mere for å skaffe kvalifisert personell og integrere ernæringsfysiologer i behandlingsforløpet. Her kan det f.eks legges opp i et pakkeforløp der enkelte pasientgrupper (alle kreftpasienter) får plan om ernæring og oppfølging i pakkeforløpet» (Brukerutvalget).

«Er dette godt nok? (red. anm.: spørsmålet gjelder beskrivelsen av sykepleiernes ansvar, side 26, kap 7). Er det ikke behov for flere ansatte med spesialkompetanse på ernæring? Klinisk ernæringsfysiolog er kvalifisert til å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle ernæringssvikt. Mange sykepleiere mener at samarbeidet med klinisk ernæringsfysiolog er nyttig, men at de i liten grad er tilgjengelige (Medisinsk Tidsskrift). Meget viktig utfordring ved St. Olavs, som jeg synes rapporten legger for lite vekt på ved å overlate oppgavene til Sykepleierne» (Brukerutvalget).

- 8) **Midt-Norge mangler utdanning av kliniske ernæringsfysiologer.** Utfordringen gjelder ikke St. Olavs hospital alene, men alle foretak i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst kommunehelsetjenesten i regionen. Utfordringen er forankret i Regional utviklingsplan 2019-2022 (2035), punkt 5. 4 om opplæring og utdanning av helsepersonell: «Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell. Vi skal utdanne, og samarbeide med andre som utdanner, det personellet som trengs for å fylle hele helsetjenestens behov i regionen»⁴⁹.

4.2.5 Kommunikasjon

- 9) **Forankring og kommunikasjon av ernæringsstrategien er ikke god nok.** Dokumentasjonen fra Ernæringsutvalgets arbeid er transparent og tilgjengelig på Kilden (Nettverk > Ernæringsutvalget). Mange initiativ er tatt for å formidle hendelser og milepæler til Hovedledelsen og Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget. Like fullt er ikke den eksisterende ernæringsstrategien tydelig befestet i organisasjonen. Når ny ernæringsstrategi er vedatt, bør denne få en tydeligere forankring i alle linjenivå i sykehuset. En kommunikasjonsplan med drahjelp fra kommunikasjonsavdelingen bør utarbeides.

5. MÅL

5.1 Hovedmål

Ernæring er integrert i behandlingstilbudet.

Behandlingstilbudet omfatter kjerneoppgavene sykehuset har for å tilby pasientens helsetjeneste.

5.2 Delmål

1. Pasientsikkerheten ivaretas ved at ernæringspraksisen er forbedret og ernæring er synlig i pasientsikkerhetsarbeidet
2. Standardisert terminologi benyttes i ernæringsbehandlingsprosessen og er en integrert del av Helseplattformen.
3. Ernæringstilbudet dekker pasientenes grunnleggende samt sykdomsspesifikke behov
4. Individtilpasset og diagnosespesifikk ernæringsbehandling ytes til pasienter, ut fra medisinske behov
5. Ernæringstilbud og -behandling er i tråd med Helsedirektoratets veiledere og retningslinjer
6. Mat & Café og sengeområdene oppfyller de samme hygieniske, sensoriske og ernæringsmessige kvalitetskrav for hver sin del av det totale ernæringstilbudet
7. Forekomst av risiko for underernæring og forekomst av underernæring er kartlagt, og tilstandene er diagnostisert ved hjelp av kodeverket ICD-10. Underernæring blir behandlet som pasientskade.
8. Helsedirektoratets minstestandard for tilgang på kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten er oppfylt ved St. Olavs hospital
9. Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområde «Forebygging av underernæring» (Helsedirektoratet) blir neste satsningsområde (miljømål) innen kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet ved St. Olavs hospital
10. Ernæringsforskningen er økt ved St. Olavs hospital (og NTNU og Helse Midt-Norge)
11. Ernæringsutvalgets virke har en egen kommunikasjonsstrategi
12. St. Olavs hospital har bidratt med forslag til løsning på finansiering av den lenge planlagte 5-årige profesjonsutdanningen innen klinisk ernæringsfysiologi ved NTNU, støttet av Ernæringsutvalget.

Ernæringsutvalget har ansvar for å implementere denne overordnede ernæringsstrategien i samarbeid med andre på sykehuset (kap 7 og 8). Delmålene tolkes og konkretiseres av Ernæringsutvalget ved å utforme tiltak for å nå dem, på et overordnet nivå. Arbeidsformen per 2020 har vært utarbeiding av ny tiltaksplan annethvert år med tilhørende ansvar og tidsfrister, se vedlegget av Tiltaksplan 2020-2021 som eksempel (basert på strategien for 2010-2020). Evaluering av Ernæringsutvalgets arbeid er beskrevet i jevnlig arbeidsrapporter⁴³⁻⁴⁵.

Klinikkene har ansvar for å implementere ernæringsstrategien, tilpasset egne pasienter. Delmålene kan tolkes og konkretiseres av den enkelte klinikk ved å utforme spesifikke tiltak for ernæringsutfordringer hos ulike pasienter som barn/voksne, pasienter med undervekt/overvekt, pasienter innen psykiatri/somatikk, annet.

6. ERNÆRINGSSTRATEGI 2021-2030

Den nye ernæringsstrategiens innhold er å nå delmålene for bedre ernæringspraksis (kap 5.2) slik at hovedmålet nås (kap 5.1). Hovedmålet er nådd når ernæring er integrert i hver av kjerneoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning, utvikling og innovasjon, og opplæring av pasienter og pårørende. Somatikk og psykiatri er likestilt hva ernæringspraksis i kjerneoppgavene angår. Ernæringsstrategi 2021-2030 implementes ved å videreføre forbedringsbildet (kap 4.1) og finne løsninger på utfordringsbildet (kap 4.2). Aktører med ansvar for å implementere ernæringsstrategien er omtalt i kap. 7, med en overordnet beskrivelse av ansvarsområdene. Ansvarsområdene er beskrevet med tanke på hele strategiperioden 2021-2030 og ikke bare for hvordan arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling er per dato.

Nasjonalt er relevante retningslinjer av betydning for ansvarsområder innen ernæring i kjerneoppgavene blitt utarbeidet etter at St. Olav fikk sin første ernæringsstrategi i 2010. De er desto mer aktuelle for Ernæringsstrategi 2021-2030:

- Kosthåndboken (Helsedirektoratet 2012), veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Målgruppe: ledere, helsepersonell, kjøkkenpersonell³
- Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper (Helsedirektoratet 2017). Målgruppe: ansatte i offentlig forvaltning, frivillige, brukere, pedagogisk personell, kjøkkenpersonell og ansatte innen servering, helsepersonell, personell utdannet innen generell ernæring og samfunnsernæring⁵².

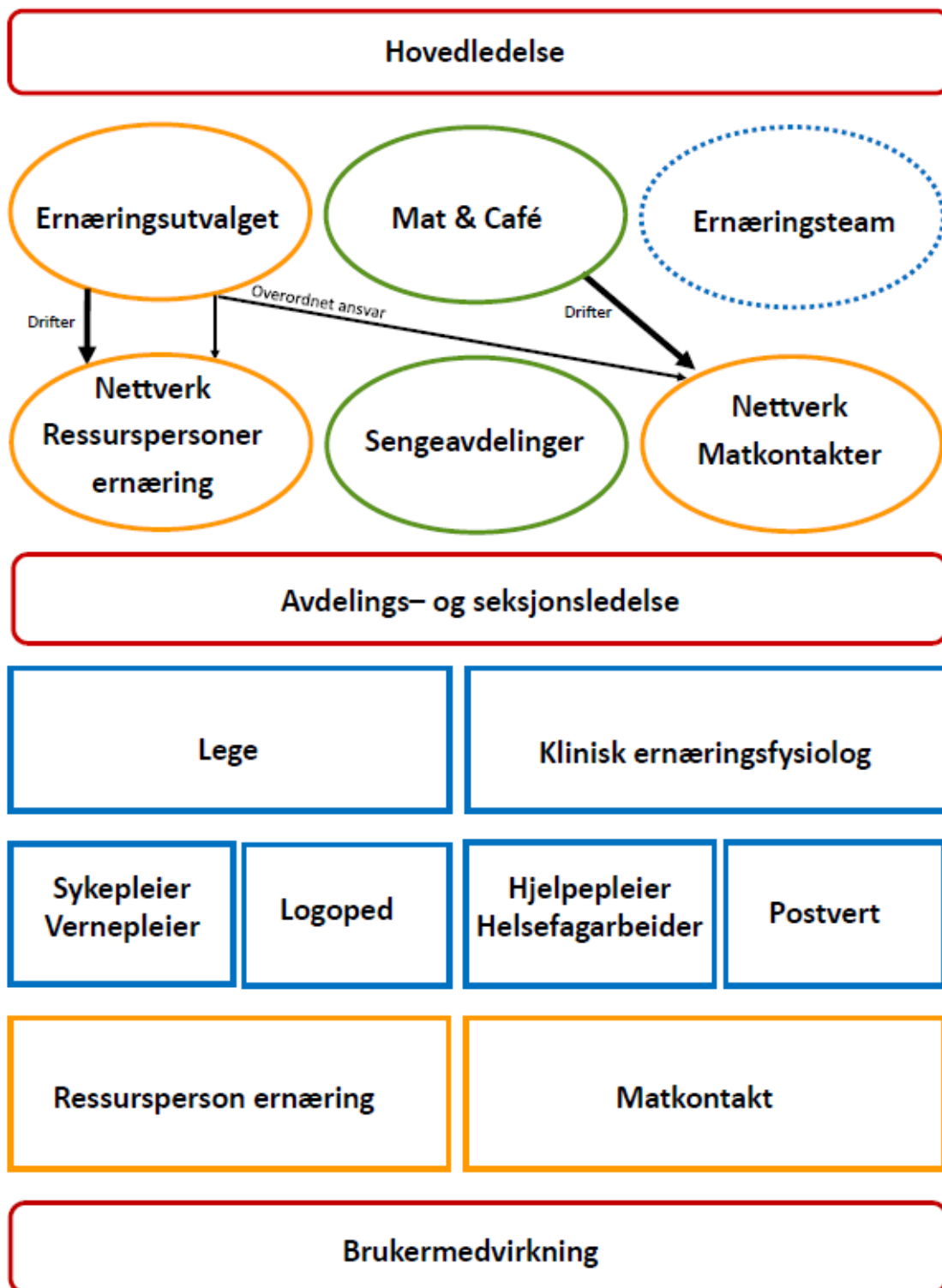
Lokalt er det tilkommet nye aktører og retningslinjer innen ernæringspraksis i samme periode:

- Ernæringsutvalget - oppnevnt i 2012
- Retningslinjer for ernæringsarbeid – i 2018, EQS ID 36017⁵³. Her defineres ernæringsrelaterte ansvars- og arbeidsoppgaver for en rekke stillinger/funksjoner ved sengeområdene, med et særlig fokus på seksjonsledernes ansvar
- Nettverk Matkontakter - en fortsettelse av tidligere ordning med Kostombud, ny funksjonsbeskrivelse fra 2018, EQS ID 38016⁵⁴
- Nettverk Ressurser ernæring - funksjonsbeskrivelse fra 2018, EQS ID 38017⁵⁵. Ved utgangen av 2020 er dette nettverket fortsatt i oppstartfasen.

7. ANSVAR

Mange aktører og organisatoriske enheter kreves for at ernæring skal bli integrert i et behandlingstilbud som dekker pasientenes behov. Nedenstående figur 4 gir en oversikt. Nærmere beskrivelse av ansvarsfordeling og oppgaver er gitt på neste side.

AKTØRER ERNÆRINGSPRAKSIS VED ST. OLAVS HOSPITAL



Figur 4. Ulike aktører med ansvar for ernæringspraksisen ved St. Olavs hospital.

Fargekoder på bokserammene: **orange** = verv, **blå** = stillinger, **rød / grønn** = organisatoriske enheter.

Ledelse. Hovedledelsen (Adm. dir., stabsdirektører, kliniksjefer) har et overordnet ansvar for at ernæring er integrert i behandlingstilbudet, at pasientene sikres et forsvarlig ernæringstilbud og at god ernæringspraksis kan utføres av alle relevante aktører. Ansvaret innebærer at mattilbudet styres av kvalitetskrav, inkluderer brukermedvirkning, og at ernæringsrelevant forskning og utvikling gjennomføres. Hovedledelsen oppnevner leder av Ernæringsutvalget. Ansvaret for at ernæring er integrert i behandlingstilbudet gjelder både opphold og behandling ved sengeområdene, i poliklinisk behandling og innen både somatikk og psykiatri for voksne og barn. Sykehuset skal tilby sine pasienter og pårørende nødvendig opplæring når kosthensyn eller diagnosespesifikk kostomlegging er en del av behandlingen, i tråd med de til enhver tid gjeldende faglige ernæringsrelaterte retningslinjer (i EQS-systemet ved St. Olav, og nasjonale^{2,3,50}). Avdelings- og seksjonsledelse ved sengeavdelingene har systemansvar for ernæringspraksis. Det må være gode system for bestilling, tilberedning og servering av mat og andre ernæringsprodukt til pasienten. Ansvaret innebærer også å forebygge og behandle underernæring, samt legge til rette for kartlegging og oppfølging av pasientenes ernæringsstatus. Forholdene må legges til rette slik at Matkontakter, Ressurspersoner i ernæring og deltagelse i Ernæringsutvalget med tilhørende arbeidsoppgaver, kan utøves. Avdelings- og seksjonsledelse ved Mat & Café skal ha formell kunnskap når det gjelder ernæring og spesialkost.

Ernæringsutvalget. Verv, unntatt stillingen for koordinator. Utvalget har en rådgivende funksjon, er tverrfaglig sammensatt og har ansvar for å koordinere implementering av ernæringsstrategien. Medlemmene oppnevnes av aktuelle kliniksjefer. Ernæringsutvalget drifter nettverket for Ressurspersoner ernæring, har et overordnet ansvar for nettverket for Matkontakter og tilrettelegger for ernæringsrelatert forsknings- og utviklingsarbeid. Eksempler på sistnevnte er deltakelse i nutritionDay og veiledning av master- og ph.d.-oppgaver. Hensikten med forsknings- og utviklingsarbeidet er å bedre ernæringspraksisen og få en bedre individrettet ernæringsbehandling. Utvalget som dekker både somatikk og psykiatri består av representanter fra Mat & Café, sykepleiere, kliniske ernæringsfysiologer, leger, logoped og brukerrepresentant, og ledes av en kliniksjeff. Koordinator for nåværende ernæringsutvalg er klinisk ernæringsfysiolog med doktorgradskompetanse. Slik kan både ernæringsfaglige og forskningsrelaterte oppgaver som stillingen medfører, bli ivaretatt. Oppgavene har så langt omfattet kartleggingsarbeid, analyser, statistisk bearbeiding, rapportering, utarbeiding av søknader om forsknings- og utviklingsmidler, veiledning av masterstudenter for prosjekt i regi av Ernæringsutvalget, undervisning og formidling. Ernæringsutvalgets sammensetning kan ved behov endres i strategiperioden.

Ernæringsteam. Denne aktøren er ikke opprettet når virksomhetsperioden for Ernæringsstrategi 2021-2030 starter, men nevnes da den har vært ønsket siden utarbeidingen av Ernæringsstrategi 2010-2020. Intensjonen er å få opprettet et team med spesialkompetanse innen sondeernæring, intravenøs ernæring og sammensatt ernæringsproblematikk. Spesialkompetansen inkluderer forebygging og behandling av reernæringssyndrom og interaksjoner mellom legemidler og mat/ernæringsprodukter. Ønsket sammensetning er lege, klinisk ernæringsfysiolog, spesialsykepleier, farmasøyt, evt. andre. Viktigste arbeidsoppgave vil være å bistå sengeområder med tilsyn av enkeltpasienter, etter mønster av Smerteteamet ved St. Olavs hospital. Hvis kapasitet, oppdatere/utarbeide relevante nivå-1-retningslinjer og overta nærmere definerte arbeidsoppgaver fra medlemmer i Ernæringsutvalget, innen tematikken for teamet.

Sengeavdelinger. Har hovedansvaret for at pasientene får dekket sitt behov for energi, protein og øvrige næringsstoffer. Pasientene inntar alle måltid på sengeområdet mens de er innlagt. Et fullt kostdøgn består av frokost, lunsj, middag inkludert dessert, kveldsmat, kaffemat, frukt og andre mellommåltid. Ansatte på sengeområdet har ansvar for å bestille og servere de måltidene Mat og Cafe produserer, tilberede øvrige måltider og servere nok til hvert måltid slik at pasientenes individuelle ernæringsbehov kan bli dekket. Dertil oppfølging av pasientenes matinntak og

ernæringsstatus, som er viktige oppgaver og må være i tråd med føringer i nasjonale^{3,52} og lokale retningslinjer⁵³. Ved behov bestilles industrielt framstilte ernæringsprodukter som administreres per os, per sonde og/eller intravenøst, etter nærmere forordning av lege, klinisk ernæringsfysiolog og/eller Ressursperson ernæring.

Mat & Café. Produserer og leverer lunsj, middag, kaffemat, ønskekost og spesialkost på bestilling fra sengeområdene. Leverer kolonialvarer i henhold til bestilling. Drifter nettverket for Matkontakter i sentervise grupper, næringsberegner alt som produseres og oppdaterer billedmaterialet for porsjonsstørrelser som er tilgjengelig på virksomhetsportalen «Kilden». Måltider og måltidstider er basert på Helsedirektoratets retningslinjer³ og i henhold lokal Service- og leveranseavtale⁴⁷. Beskrivelse av tilbud, priser og næringsinnhold ligger i matbestillingsprogrammet Nutshell.

Lege. Overordnet ansvar for pasientens ernæringstilstand⁵³. Ansvar for diagnostisering av underernæring etter kriterier i ICD-10-kodeverket⁵¹. Videre (ifølge Helsedirektoratet om kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper): *«Grunnleggende kartlegging av ernæringsstatus/-tilstand og iverksettelse av generelle ernæringstiltak skjer (oftest) i samarbeid med sykepleier. Legen har ansvar for å innhente bistand fra annet kvalifisert personell, og samarbeide og samhandle med dem dersom pasientens behov tilsier det. Legen bør samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog når pasientens ernæringstilstand eller sykdom er av slik art at det er behov for mer avansert ernæringsfaglig utredning, diagnostisering eller ernæringsbehandling av mer sammensatt karakter. Lege må kunne avdekke behov for veiledning utover det generelle og vite når det er behov for å henvise pasient til spesialist/klinisk ernæringsfysiolog for individuell eller grupperettet diagnosespesifikk veiledning, opplæring eller behandling»*⁵². Til sist, ifølge lokal EQS-retningslinje: henvise til klinisk ernæringsfysiolog, forordne spesialkost, sondeernæring og intravenøs ernæring⁵³.

Klinisk ernæringsfysiolog. Forebygge, utrede, diagnostisere og behandle ernæringsrelaterte sykdommer og tilstander, og gi individuell eller grupperettet diagnosespesifikk ernæringsbehandling⁵². De sammensatte ernæringsutfordringene i spesialisthelsetjenesten krever ofte individuell tilnærming, derfor er det viktig at kapasitet og tjenestetilbud på denne kompetansen er i samsvar med pasientenes behov (barn, voksne, inneliggende og polikliniske innen både somatikk og psykiatri). Klinisk ernæringsfysiolog vil normalt ha ansvar for å utarbeide individuell ernæringsplan for pasienter som har særskilte behov for energi og næringsstoffer, og å følge opp planen i samarbeid med lege og annet helsepersonell^{3,53}. Klinisk ernæringsfysiolog har ansvar for å diagnostisere underernæring etter kriterier i ICD-10-kodeverket⁵¹, kvalitetssikre ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer og behovet for ernæringskompetanse i pasientforløp ved St. Olavs hospital. Videre delta i ekspertgruppe for valg av ernæringsprodukter i LIS-avtalen (=avtale om legemidler i sykehusinnkjøp), samt initiere/gjennomføre/veilede ernæringsrelevant forskning.

Sykepleier. Har ansvar for (ifølge Helsedirektoratet om kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper): *«Observasjon av væske- og ernæringstilstand hos pasienter, og å sørge for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke som er tilpasset pasientens behov og ønsker. Sykepleier har ansvar for ernæringskartleggingen, eventuelt for å utarbeide en ernæringsplan, og har sammen med annet pleiepersonell ansvar for å sørge for å følge opp tiltak i planen»*⁵². *«Sykepleier har også et ansvar for å samarbeide/innhente bistand fra andre relevante fagpersoner ved behov, for eksempel klinisk ernæringsfysiolog, logoped eller tannpleier»*^{3,53}. *«Henvise til klinisk ernæringsfysiolog ved behov, etter avtale med lege»*⁵³. På St. Olavs hospital har sykepleier fått et særskilt ansvar for å utføre screening for risiko for underernæring ved innleggelse og deretter ukentlig, og dokumentere i elektronisk pasientjournal⁵³.

Høringsinnspillet fra Brukerutvalget problematiserte at St. Olavs hospital i for stor grad overlater utfordrende ernæringsoppgaver til sykepleierne, oppgaver som krever spesialkompetanse på ernæring, slik kliniske ernæringsfysiologer har (se punkt 7 i kap 4.2.4 side 20).

Vernepleier. På St. Olavs hospital har vernepleier i psykiatrien samme oppgaver som sykepleier i somatikken hva ernæring angår, se ovenstående punkt om sykepleiers ansvar.

Logoped. Har en særlig kompetanse i å vurdere pasienter med munn- og svelgemotoriske vansker³. Kompetansen bør inkluderes i standardiserte pasientforløp. Logoped i Ernæringsutvalget ved St. Olavs hospital har bidratt med økt kunnskap om ulike svelgeutfordringer som krever tiltak for å forebygge og behandle underernæring, og har tatt ansvar for å utvikle konsistenstilpasset kost i samarbeid med sengeområder, Mat & Café og kliniske ernæringsfysiologer.

Hjelpepleier, helsefagarbeider. Sammen med sykepleier vil disse faggruppene «*normalt ha som oppgave å tilby mat og drikke som er i tråd med pasientens og brukers behov og ønsker, følge med på pasienters/brukers matinntak, ernæringsstatus og forhold rundt spise- og ernærings situasjonen, samt rapportere hvis det oppstår avvik og endringer*»^{3,52}.

Postvert. Har ansvar for den daglige drift ved postkjøkkenet og å utføre matbestilling ut fra enhetens behov⁵³. Viktige oppgaver er å framby måltidene på en appetittvekkende måte³ og å servere/legge opp mat til enkeltpasienter, som også krever kompetanse om spesialkost⁵². Postverten utgjør ofte et bindeledd mellom kjøkken og avdeling⁵², derfor er det en fordel om vedkommende også er Matkontakt. I nettverket for Matkontakter sikres god kontakt med Mat & Café og påfyll av kunnskap om spesialkost og det generelle mattilbudet. Videre er det gode muligheter for å ta opp og diskutere saker av betydning for mattilbudet til pasientene. Postverten kan deretter formidle nyttig og praktisk informasjon til resten av personalet ved sengeavdelingen.

Ressursperson ernæring. Verv for sykepleier eller vernepleier. Seksjonsleder har ansvar for å oppnevne personen og legge til rette for at vervet kan utøves i tråd med retningslinjen, EQS ID 38017⁵⁵. Ressursperson ernæring har et særskilt ansvar for å øke interessen for ernæring ved enheten, avdekke, forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet⁵⁰, samt tilstrebe et best mulig mat- og ernæringstilbud til pasienten. Dette innebærer å ha god kunnskap om screening og vurdering av risiko for underernæring, tiltak og oppfølging, videre å ha god kunnskap om hele mattilbudet og bidra til at det blir benyttet for pasientene ved enheten. Personen må også ha oversikt over LIS-avtalens ernæringsprodukter og bidra til de blir benyttet av pasientene ved enheten. Relevant ernæringskunnskap blir formidlet i nettverket for Ressurspersoner ernæring i sentervise nettverksgrupper for opplæring og oppfølging.

Matkontakt. Verv for postvert/hjelpepleier/helsefagarbeider/annen. Seksjonsleder har ansvar for å oppnevne personen og legge til rette for at vervet kan utøves i tråd med retningslinjen, EQS ID 38016⁵⁴. En Matkontakt bør ha god kunnskap om tilberedning, mattilbud og servering av mat til pasientene og bistå i oppfølging av pasientenes måltider. Det er en fordel om vedkommende har kjøkkenfaglig kompetanse, men ikke et absolutt krav. Personen vil få opplæring og oppfølging i sentervise grupper i nettverket for Matkontakter, hvor kunnskap om hele mattilbudet og særlig berikningsprodukt og spesialkost kan tilegnes. Slik kan personen gi enhetens øvrige ansatte gode råd i arbeidet med å dekke pasientenes behov for energi, protein og øvrige næringsstoffer.

Brukermedvirkning. Omfatter både den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle helsetilbud, samt rollen som brukerrepresentant på tjeneste- og systemnivå. Minst ett av medlemmene i Ernæringsutvalget bør være en brukerrepresentant for å dekke bruker- og pårørendeperspektivet i god ernæringspraksis. Møtepunkter for Brukerutvalget og Ernæringsutvalget avklares, likedan forholdet til Regionalt brukerutvalg.

8. IMPLEMENTERING

8.1 Premisser

1. Ernæringsstrategi 2021-2030 er godt forankret i Hovedledelsen og organisasjonen for øvrig
2. Ernæringsutvalgets medlemmer representerer et bredt utvalg av yrkesgrupper og enheter ved St. Olavs hospital, med erfaring fra ernæringspraksis og interesse for å forbedre denne
3. Ernæringsutvalgets medlemmer fristilles for å delta på møter og utføre arbeidsoppgaver som vervet medfører
4. Matkontakter og Ressurspersoner ernæring fristilles for å delta på møter og utføre arbeidsoppgaver som vervene medfører
5. Utfordringer, tiltak og resultat av ernæringspraksis ved St. Olavs hospital blir kontinuerlig formidlet til sykehusets ansatte som inspirasjon til ytterligere forbedring av ernæringspraksis
6. Ansattes kompetanse og kapasitet er i samsvar med pasientenes behov for ernæringsbehandling
7. Mål og delmål i Ernæringsstrategi 2021-2030 blir inkludert i annet planarbeid på St. Olavs hospital slik at strategien gjennomsyrrer hele organisasjonen.

8.2 Gjennomføring

Ernæringsutvalget har for perioden 2012-2020 hatt gode erfaringer med utarbeiding av to-årige tiltaksplaner med konkrete tiltak for å nå delmålene. Beskrivelse og evaluering av resultater er blitt nedfelt i rapporter for hver arbeidsperiode. Hver rapport er oversendt og presentert for Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget. Nåværende Ernæringsutvalg har erfart at det viktig og riktig å rapportere framdriften på denne måten.

Forbedringsarbeidet i regi av Ernæringsutvalget har siden 2016 fulgt modellen plan, kartlegging og bearbeiding før handling (plan-do-study-act). Modellen har gjort det mulig å evaluere effekt av tiltakene.

En overordnet EQS-retningslinje eller egen lenke på <https://stolav.no> kan utarbeides for Ernæringsutvalget, jf tilsvarende retningslinjer som andre overordnede råd og utvalg ved sykehuset har. Eksempler er Arbeidsmiljøutvalget (EQS ID 4728), Klinisk etikkomité (<https://stolav.no/avdelinger/sentral-stab/fagavdelingen/klinisk-etikkomit#les-mer-om-klinisk-etikkomit>), Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (EQS ID 2588), Legemiddelkomitéen (EQS ID 36027), Strålevernutvalget (EQS ID 17145) og Beredskapsutvalget (EQS ID 7207).

Referanser

1. Mostad IL *et al* 2010. Ernæring – en kilde til helse og utvikling. Overordnet ernæringsstrategi for St. Olavs Hospital HF 2010-2020. Tilgjengelig her:
 - a. <https://ekstranett.helse-midt.no/> (søkeord «ernæringsstrategi»)
 - b. Intranettet Kilden (Nettverk > Ernæringsutvalget > Dokumenter > Ernæringsstrategi)
 - c. www.underernæring.no (hjemmesiden til NKSU (Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring, > Ernæringsstrategier > Spesialisthelsetjenesten > St. Olavs hospital)
2. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009)
3. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2012)
4. Oppdragsdokument 2010 Helse Midt-Norge RHF, Helse- og omsorgsdepartementet
5. Styringsdokument 2010 for St. Olavs Hospital HF
6. Oppdragsdokument 2013 Helse Midt-Norge RHF, Helse- og omsorgsdepartementet
7. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere kosthold. Departementene, 2007
8. Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle! Departementene, 2017
9. Menneskerettighetsloven. Norsk lov av 21. mai 1999 nr. 30
10. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) – Lovdata. LOV-1999-07-02-64
11. Overordnet strategi 2014-2018. St. Olavs hospital 2014
12. Utviklingsplan 2019-2035. St. Olavs hospital HF (2018)
13. Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2016-2019. Meld. St. 11 (2015–2016) Helse- og omsorgsdepartementet 2016.
14. Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023. Meld. St. 7 (2019–2020) Helse- og omsorgsdepartementet 2019.
15. Strategi 2030 - Helse Midt-Norge RHF (2016). Hentet fra <https://helse-midt.no/strategi-2030>
16. Henriksen C, Borchsenius C, Retterstøl K. Klinisk ernæring. Gyldendal forlag 2019
17. Helsedirektoratet 2009. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten.
18. Helsedirektoratet 2010. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten.
19. Tangvik, R. J., et al. (2015). "Nutritional risk profile in a university hospital population." *Clinical Nutrition* 34(4): 705-711.
20. Eide, H. K., et al. (2015). "Prevalence of nutritional risk in the non-demented hospitalised elderly: a cross-sectional study from Norway using stratified sampling." *J Nutr Sci* 4: e18.
21. Jacobsen, E. L., et al. (2016). "Prevalence of factors associated with malnutrition among acute geriatric patients in Norway: a cross-sectional study." *BMJ Open* 6(9): e011512.
22. Stratton R.J., Elia M, Green C.J. Disease related malnutrition: An evidence base approach to treatment. Wallingford, United Kingdom: CABI publishing; 2003.
23. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2002
24. Henriksen, C., et al. (2017). "A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay." *Food Nutr Res* 61(1): 1391667.
25. Thoresen, L., et al. (2013). "Nutritional status, cachexia and survival in patients with advanced colorectal carcinoma. Different assessment criteria for nutritional status provide unequal results." *Clinical Nutrition* 32(1): 65-72.
26. Bruun, L. I., et al. (1999). "Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation." *Clinical Nutrition* 18(3): 141-147.
27. Lægreid IK, Aasarød K, Bye A, Leivestad T, Jordhøy M. "The impact of nutritional status, physical function, comorbidity and early versus late start in dialysis on quality of life in older dialysis patients." *Ren Fail*. 2014 Feb;36(1):9-16. doi: 10.3109/0886022X.2013.830206. Epub 2013 Sep 13. PMID: 24028283

28. M Mowé , T Bøhmer, E Kindt. "Reduced Nutritional Status in an Elderly Population (> 70 Y) Is Probable Before Disease and Possibly Contributes to the Development of Disease ". Am J Clin Nutr. 1994 Feb;59(2):317-24. doi: 10.1093/ajcn/59.2.317.
29. Thoresen, L., et al. (2002). "Nutritional status of patients with advanced cancer: the value of using the subjective global assessment of nutritional status as a screening tool." Palliative Medicine 16(1):33-42.
30. Curtis, L. J., et al. (2017). "Costs of hospital malnutrition." Clinical Nutrition 36(5): 1391-1396.
31. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of nutritional support with clinical outcomes among medical inpatients who are malnourished or at nutritional risk: an updated systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2019;2:e1915138.
32. Deutz NE, Matheson EM, Matarese LE, Luo M, Baggs GE, Nelson JL, et al. Readmission and mortality in malnourished, older, hospitalized adults treated with a specialized oral nutritional supplement: a randomized clinical trial. Clin Nutr 2016;35:18e26.
33. 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;393:2312e21.
34. Sriram K, Sulo S, VanDerBosch G, Feldstein JPJ, Hegazi RA, Summerfelt WmT, A Comprehensive Nutrition-Focused Quality Improvement Program Reduces 30-Day Readmissions and Length of Stay in Hospitalized Patients JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2017 Mar;41(3):384-391
35. Bounoure L, Gomes F, Stanga Z, et al. Detection and treatment of medical inpatients with or at-risk of malnutrition: Suggested procedures based on validated guidelines. Nutrition. 2016 Jul-Aug;32(7-8):
36. Starke J, Schneider H, Alteheld B, Stehle P, Meier R. Short-term individual nutritional care as part of routine clinical setting improves outcome and quality of life in malnourished medical patients. Clin Nutr. 2011 Apr;30(2):194-201.
37. Johansen N, Kondrup J, Plum LM, Bak L, Nørregaard P, Bunch E, Baernthsen H, Andersen JR, Larsen IH, Martinsen A. Effect of nutritional support on clinical outcome in patients at nutritional risk. Clin Nutr. 2004 Aug;23(4):539-50.
38. Tangvik, R. J., et al. (2012). "Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys." Eur Journal of Clinical Nutrition 66(3): 388-393.
39. Stratton R, Smith T and Gabe S, 2018. Managing malnutrition to improve lives and save money. <https://www.bapen.org.uk/resources-and-education/publications-and-reports/malnutrition>
40. Juul, Hanne (2010). Forebygging og behandling av underernæring - Potensial for kostnadsbesparelser? Oppgave i kostnad-nytte analyse ved Universitetet i Oslo.
41. Schuetz, P., et al. (2020). "Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial." Clinical Nutrition.
42. <https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/> (10.6.2020)
43. Ernæringsutvalget St. Olavs hospital. Rapport 1 (april 2012-august 2013). Tilgjengelig på St. Olavs virksomhetsportal Kilden: Nettverk>Ernæringsutvalget>Dokumenter>Rapporter
44. Ernæringsutvalget St. Olavs hospital. Rapport 2 (sept 2013-des 2015). Tilgjengelig på St. Olavs virksomhetsportal Kilden: Nettverk>Ernæringsutvalget>Dokumenter>Rapporter
45. Ernæringsutvalget St. Olavs hospital. Rapport 3 (jan 2016-des 2018). Tilgjengelig på St. Olavs virksomhetsportal Kilden: Nettverk>Ernæringsutvalget>Dokumenter>Rapporter
46. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU), hjemmesiden www.underernæring.no . Norges ernæringsstrategier ved ulike sykehus er tilgjengelige her.
47. Tjenestekatalog, St. Olavs Driftsservice, kap. Mat & Café (2020), EQS ID 38973
48. Aksaas AK 2017. Rapport for prosjektet «Kvalitetsforbedring av ernæringsrelaterte EQS-retningslinjer for økt pasientsikkerhet». Tilgjengelig på St. Olavs virksomhetsportal Kilden: Nettverk>Ernæringsutvalget>Dokumenter>Rapporter
49. Regional utviklingsplan 2019-2022 (2035). Helse Midt-Norge RHF (2018)
50. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» (Helsedirektoratet) 2018. Tiltakspakke forebygging og behandling av underernæring i sykehus.
51. Kompetansespredningsplan 2020-2030, Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring, 2020
52. Helsedirektoratet 2017. Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper, IS-2592
53. Retningslinjer for ernæringsarbeid (2018), EQS ID 36017
54. Retningslinje for Matkontakt (2018), EQS ID 38016
55. Retningslinje for Ressursperson ernæring (2018), EQS ID 38017

Vedlegg – Tiltaksplan 2020-2021

Denne to-årige tiltaksplanen ble godkjent i januar 2020, og er et eksempel på hvordan Ernæringsutvalget har arbeidet med implementering av den enda gjeldende ernæringsstrategien for 2010-2020. Sakene og tiltakene bygger på denne. Tiltaksplan 2020-2021 overlapper gammel og ny strategi. Fra og med 2021 kan noen detaljer revideres til å bli ajourført med den nye (Ernæringsstrategi 2021-2030), inntil neste tiltaksplan blir utarbeidet fra 2022.

Tiltaksplan (TP) 2020 - 2021 for Ernæringsutvalget (EU)				
TP	Sak	Tiltak	Ansvar	Tidsfrist
1	Ernæringsstrategi 2021-2030	Revidere Ernæringsstrategi 2010-2020. Revisjonen skal sikre god involvering av de kliniske miljøene og brukerne	EU	2020
2	Helseplattformen (HP) forberedes og innføres i perioden	Sikre at HP blir et godt verktøy for ernæringspraksis i St.Olav Finne hvilke fageksperter som kan ivareta Eus behov i HP Ta stilling til aktuelle måleindikatorer for effekt av ernæringspraksis	EU EU EU	fortløpende
3	Diagnostisere pasienter som er underernærte. Et overordnet mål for Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring i 2020-2030 er at alle voksne pasienter i spesialisthelsetjenesten som er underernærte eller i risiko for å bli det, skal diagnostiseres og tilbys forsvarlig behandling	Fange opp risikopasienter og gi tiltak	Spl som følger opp ern.screeningen	Fortløpende
		Leger og kliniske ernæringsfysiologer diagnostiserer underernæring ifølge ICD-10-kodeverket Utarbeide EQS nivå-1-retningslinje?	Leger og kef-er på St. Olav EU	Fortløpende 2021
4	Ernæringscreening innen 48 timer ved innleggelse må øke i omfang Inkluderer måling av vekt og høyde, samt spørsmål om matinntak og vektendringer Ernæringscreeningen gjennomføres med kunnskap fra Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, som sier at «alle pasienter vurderes for ernæringsmessig risiko innen ett døgn etter innleggelse i sykehus»	Bruke verktøyet i EPJ og sikre at dette innlemmes i Helseplattformen. Øke forståelsen for hvordan screene riktig, og hvordan tolke resultatene slik at pasienter i risiko fanges opp og får målrettede tiltak	Seksjonsledere ved somatiske og psykiatriske sengeområder har ansvar for at deres sykepleiere utfører oppgaven	fortløpende
		Statistikk hentes ut på flere nivå med oppdatert verktøy for dette i EPJ: - hele St. Olav - klinikker - sengeområder Viktig for sykehusets forbedringsarbeid innen ernæring	Seksjonsledere (sengeområdenivå) Nettverk Ressurspersoner ernæring EU v/koordinator	tertialvis
5	Matbestillinger og matsvinn. Pasientenes ernæringsmessige behov for energi, protein og andre næringsstoffer må gå foran økonomiske hensyn	«Man må ikke spare slik at pasienten ikke får tilbud» (Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget juni 2018) Bestille nok og individuelt tilpasset mat til pasientene. Spesialkost bestilles ved behov. For bestilling av riktig mengde, bruke billedmaterialet for porsjonsstørrelser utarbeidet av Mat & Café	Kliniksjefer, Seksjonsledere i samarbeid med Matkontakter og Ressurspersoner ernæring	fortløpende

Tiltaksplan (TP) 2020 - 2021 for Ernæringsutvalget (EU)				
TP	Sak	Tiltak	Ansvar	Tidsfrist
6	Tilbudet fra Mat & Café (M&C) må benyttes i sin helhet. Service- og leveranseavtalen (SL-avtalen) på St. Olav sier at lunsj og middag skal leveres fra M&C til alle sengeområder M&C planlegger sin produksjon for å oppfylle avtalen og må få beskjed fra øverste ledelse hvis avtalen ikke skal gjelde for noen av sengeområdene	Info til seksjonsledere, Matkontakter og Ressurspersoner ernæring om å bestille lunsj, middag (begge alternativer), dessert, kaffemat, spesialkost, ønskekost Opplæring i Nutshell bestillingssystem	Mat & Café EU	fortløpende
		Ta ut statistikk av bestillinger til Mat & Café	Mat & Café	fortløpende
			Mat & Café	tertialvis
7	Næringsberegning av frokost, kvelds og mellommåltider på sengeområdene (lunsj og middag er næringsberegnet, av Mat & Café) For å sikre at inntaket av protein og energi er tilstrekkelig for innlagte pasienter	Krever kompetanse. Derfor opprettholdes Ernæringsutvalgets tidligere forslag om å få en ressurs for kliniske ernæringsfysiologer (kef-er) på systemnivå. Oppgaver: næringsberegning, rådgivning og opplæring av Ressurspersoner ernæring. Kef-ene kan også bistå leger vedr. punkt 3 i TP	EU, melding til sykehusbudsjettet	Hvert år inntil 2 stillinger er opprettet for formålet
8	Ernæringsrelaterte retningslinjer i EQS kvalitetssikres av kliniske ernæringsfysiologer i tråd med Ernæringsstrategien. Dette er et viktig pasientsikkerhetsarbeid som krever den høyeste ernæringskompetanse spesialisthelsetjenesten har Retningslinjer på nivå 1 og 2 må være samstemte EQS-retningslinjer skal dertil inkluderes i eksisterende og kommende pasientforløp ved innføring av Helseplattformen	Melde saker om EQS-retningslinjer som ikke holder ernæringsfaglige mål, til Avdeling for virksomhetsstyring	EU tar saken videre til fagdirektør	fortløpende
		Finne en permanent løsning da utfordringen er permanent Opprydnings-prosjektet i regi av EU i 2016 var ikke nok for dagens og morgendagens pasientsikkerhetsutfordringer Ansette 2 kef-er i Avdeling for virksomhetsstyring for å ivareta oppgaven, alternativt innen Helseplattformen Disse fagpersonene kan også overta ansvaret EU har hatt for å utarbeide nye ernæringsrelaterte retningslinjer	EU EU, melding til sykehusbudsjettet EU delegerer til kef-ene	2020 og 2021 2020 og 2021 2021
9	Sykehusets nye måltidsrytme utnyttes best mulig Nattfasten skal ikke overstige 11 timer Måltidsrytmen er endret til: <ul style="list-style-type: none"> - frokost 08:00-08:30 - lunsj 12:30-13:00 - middag 16:30-17:00 - kveldsmat 20:30-21:00 Ved behov, mellommåltid i tillegg: på dagtid, tidlig om morgenen, sent på kvelden/natta	Opprettholde økt inntak fra frokost, lunsj og middag Øke inntaket fra kveldsmat Overføre (og tilpasse) løsninger fra sengeområder hvor det spises godt til kveldsmat, til dem som har utfordringer Måle inntaket, primært fra kveldsmat (stikkprøver, etter mønster fra MUS 2018?)	Arbeidsgruppe for nettverk Ressurspersoner ernæring formidler til seksjonsledere og ressurspersoner Mat & Café formidler til Matkontaktene Koordinator i EU, rutine eller prosjekt	2020 og 2021 2021

Tiltaksplan (TP) 2020 - 2021 for Ernæringsutvalget (EU)				
TP	Sak	Tiltak	Ansvar	Tidsfrist
10	Nettverk Ressurspersoner ernæring og Nettverk Matkontakter	Nettverkene skal driftes og rapportere til Ernæringsutvalget. Sikre oppmøte og engasjement via kontakt med seksjonslederne og andre tiltak Organisering og resultater av arbeidet i nettverkene evalueres	Arbeidsgruppe i EU Mat & Café EU	fortløpende 2021
11	Øke kompetanse om ernæring innen psykiatrien	Gjeninnføre tjeneste for kliniske ernæringsfysiologer i psykiatrien for tilgang til kompetanse på systemnivå og for pasienters individuelle behov	EU, melding til divisjonssjef i Psykisk helsevern vedrørende sykehusbudsjettet	2020 og 2021
12	Dysfagi og ernæring, munnhelse og ernæring	Kartlegge svelgeproblemer. MÅL: Få dysfagi inn som en del av ernæringscreeningen i Helseplattformen	Ressurspersoner ernæring	2020
		Skaffe kunnskap om ulike svelgeutfordringer på sengeposter som krever tiltak for å forebygge og behandle underernæring. Evaluere arbeidet i eksisterende dysfagigrupper (ved sengepostene slag/nevro/geriatri) og formidle kunnskap fra disse til Ressurspersoner ernæring Arbeidet bør bli et grunnlag for at ernæringshensyn inngår i behandlingen av dysfagipasienter på hele sykehuset, i neste tiltaksperiode	Logoped Vaagan Neurolog Kolonics ØNH-lege Andreassen	2021
		EQS-retningslinje nivå 1 om dysfagi	Logoped Vaagan ØNH-lege Jaatun	2020
		EQS-retningslinje nivå 1 om konsistenstilpasset kost	Logoped Vaagan Kef Thoresen Mat & Café	2020
		Trygt fortykningsmiddel i praksis på sengeområdene	Ressurspersoner ernæring, dysfagigrupper, Vaagan, Odén-Haugen	fortløpende
		Dysfagi inkludert i munnhelse - Samarbeid St.Olav, Tr.heim kommune, NTNU, TkMidt - Pilotprosjekt forskning	Pernille Thingstad i Trh kommune, koordinator. Vaagan, Mostad	2020 og 2021
		Munnhelse og underernæring - Publisere artikkel etter masterprosjekt MUMS - Oppfølging av MUMS - Oppfølgingsprosjekt SUMO (inflammasjonsmarkører i spytt, sammenheng med underernæring & munnhelse)	Thomas Reinan, Mostad, Thoresen Ernæringsutvalget Biobank1	2020 fortløpende 2020

Tiltaksplan (TP) 2020 - 2021 for Ernæringsutvalget (EU)				
TP	Sak	Tiltak	Ansvar	Tidsfrist
13	Kartlegge forbedringer og tiltak for å måle effekt Søke kvalitetsforbedringsmidler, forskningsmidler, andre midler	Delta årlig på nutritionDay (nD) i november, bruk nD Express Ta ut rapporter fra nD-databasen og formidle disse i organisasjonen Utarbeide nD-rapport for 2019-2021	Ressurspersoner ernæring og fagutviklingsspl., EU (koordinering) Kef, hvis midler til utviklingsprosjekt	Forberede fra mai 2020, og fra mai 2021 Søke midler i 2021
		Rekruttere master- og ph.d.-studenter til forskning innen klinisk ernæring og logopedi	Leger, kef-er og logoped i EU	fortløpende
14	Formidling internt i sykehuset av EUs arbeid Oppdatere EUs nettverk på Kilden Utarbeide kommunikasjonsstrategi	Statistikk screening, jf punkt 4 i TP. Sendes til Hovedledelsens hjemmeside	Koordinator	tertialvis
		Legge ut aktuelle saker og undervisningsopplegg Formidle resultater fra nutritionDay, jf punkt 12 i TP	Koordinator Nettverksledere for Matkontakter og Ressurspersoner	fortløpende
		Rapport 4 (2019-2020)	EU v/koordinator	Oppstart i 2020
15	Brukermedvirkning	Pasientbrugerundersøkelse i samarbeid mellom Mat & Café og Brukerutvalget ved St. Olavs hospital	M&C kontakter Brukerutvalget. EUs bruker-representant bidrar	Forberede i 2020, gjennomføre i 2021
16	Ernæringsteam for St. Olav Klinikkovergripende for sondeernæring, intravenøs ernæring og sammensatt ernæringsproblematikk i helseforetaket. Interaksjoner legemidler/mat Opprettes i tråd med punkt 1.6. i Ernæringsstrategi 2010-2020	Opprette team bestående av sykehusfarmasøyt, kef, lege, spesialsykepleier, logoped, evt. andre, for oppgaver på overordnet og individuelt nivå Utvikle samarbeid mellom avdelingsfarmasøyt og Ressurspersoner ernæring Delta som fagekspert i anbudsprosessen for LIS (legemidler i sykehusinnkjøp), hvor ernæringsprodukter også inngår	EU v/leder EUs arbeidsgruppe for Ressurspersoner ernæring	2020 og 2021
17	Melde behov slik at NTNU bidrar til at det integrerte universitetssykehuset innehar tilstrekkelig ernæringskompetanse for pasienter og ulike grupper av studenter og helsepersonell	Melde behov for ressurser til styrking av utdanning og forskning innen klinisk ernæring, profesjonen klinisk ernæringsfysiolog og ernæringskompetanse i andre profesjonsutdanninger	EU	fortløpende

Forkortelser:

EU = Ernæringsutvalget, **EPJ** = elektronisk pasientjournal, **HP** = Helseplattformen, **MUS** = måltidsundersøkelse, **MUMS** = Mat, underernæring og munnehelsestudien, **M&C** = Mat & Café, **nD** = nutritionDay, **kef** = klinisk ernæringsfysiolog

