

Ernærings- strategi

2015–2020



Ernæringsstrategi

2015-2020

INNHold

1	INNLEDNING	3
2	AHUS VERDIGRUNNLAG	4
3	VISJON	5
4	MÅL	5
	HOVEDMÅL	5
	RESULTATMÅL.....	5
	EFFEKTMÅL.....	5
5	STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER	6
	DET OPPRETTES ET ERNÆRINGSUTVALG	7
	<i>Ledelse av ernæringsutvalget</i>	7
	TVERRFAGLIG ERNÆRINGSNETTVERK	8
	MATTILBUD, SPISEMILJØ OG SERVERINGSFORM UTVIKLES OG FORBEDRES I HENHOLD TIL FAGLIGE RETNINGSLINJER	8
	PASIENTSIKKERHET OG KVALITET I VARETAS I HENHOLD TIL FAGLIGE RETNINGSLINJER OG KUNNSKAPSBASERTE FAGPROSEDYRER	9
	NØDVENDIG KOMPETANSE OG HENSIKTSMESSIG OPPGAVEFORDELING SIKRES	9
	ERNÆRINGSARBEIDET INNGÅR I HELHETLIGE PASIENTFORLØP, OG DET SIKRES INTERN SAMHANDLING OG EKSTERN SAMHANDLING MELLOM AHUS, KOMMUNER OG BYDELER	10
	KVALITETSINDIKATORER INNFØRES OG MEDISINSK KODING FOR ERNÆRINGSBEHANDLING OPTIMALISERES	11
6	REFERANSER	13
	VEDLEGG 1: ERNÆRINGSUTVALGETS SAMMENSETNING OG OPPGAVER	14
	VEDLEGG 2: ANSVAR FOR ERNÆRINGSARBEIDET I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN (HELSEDIREKTORATET).....	16

1 INNLEDNING

Retten til mat er forankret i menneskerettighetene. Dette innebærer ikke bare retten til nok og trygg mat, men også at normal- og spesialkost er ernæringsmessig tilfredsstillende og når frem til den enkelte pasient.

Ernæringsstrategien for Ahus HF er utarbeidet med bakgrunn i Oppdragsdokumentet fra Helse Sør - Øst (1), styringsdokumenter til foretaket fra Helse Sør - Øst (2 – 4), sykehusets strategiske utviklingsplan (5), helsefaglig strategi (6), og faglige retningslinjer og anbefalinger (7 – 9).

Ahus skal i henhold til oppdragene som er gitt foretaket de siste årene, sikre at ernæring inngår i forebygging, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter. Foretaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet, og videre sikre bedre ernæringsstatus hos pasienter som er i ernæringsmessig risiko. En overordnet ernæringsstrategi skal utarbeides, og sørge for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet ved foretaket (8).

Ernæringsarbeid på sykehus er komplekst og involverer mange aktører og yrkesgrupper, der sykepleiere og leger har et særlig ansvar. Det favner bredt fra innkjøp, lagerføring og logistikk, produksjon, matlaging og servering, til vurdering av ernæringsstatus, tilrettelegging og tiltak, og individuell ernæringsbehandling i forhold til den enkelte pasientens behov.

Sykehuspopulasjonen er heterogen med svært ulik ernæringsproblematikk, avhengig av diagnose og øvrig behandling. God ernæringspraksis omfatter hovedscreening, mer inngående kartlegging og observasjon, vurdering og dokumentasjon av pasienters ernæringsstatus, vurdering av næringsinntak og næringsbehov, igangsetting av målrettet ernæringsbehandling, og oppfølging og vurdering av denne. Både velernærte, overernærte og underernærte pasienter kan ha behov for ernæringsbehandling i form av riktig type kost, næringstilskudd, sondeernæring og/ eller intravenøs ernæring.

Ernæringsmessig risiko, definert som en tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner knyttet til dette, predikerer utfall knyttet til både forekomst av komplikasjoner og til utfall av sykdom. En underernært pasient i sykehus har opptil tre ganger så lang liggetid i institusjon som en velernært pasient. Pasienters ernæringsstatus forverres ofte i løpet av sykehusoppholdet.

Tilfredsstillende ernæringsbehandling fremmer behandlingseffekt, forebygger forekomst av underernæringsrelaterte komplikasjoner og forebygger dermed unødvendig liggetid og reinnleggelser.

Ernæringsarbeid lønner seg. Å avdekke ernæringssvikt gjennom systematisk arbeid, investering i personale, kompetanse, mat- og ernæringstilbud, gir gode effekter på både kliniske, administrative og økonomiske indikatorer.

Prevalens av ernæringsmessig risiko og underernæring

Nyere norske undersøkelser bekrefter at om lag 30 % av pasientene er i ernæringsmessig risiko (11). I tråd med andre nasjonale og internasjonale funn, er ernæringsmessig risiko vanlig forekommende (minst 10 %) innenfor alle sykehusavdelinger og pasientgrupper. Det er særlig høy forekomst av ernæringsmessig risiko (40 %) blant pasientene ved intensiv, kreft, lunge og ørenesehalsavdelinger. Man finner invers sammenheng mellom prevalens av

ernæringsmessig risiko og BMI. Allikevel finner man også blant de med overvekt og fedme en relativt høy forekomst av ernæringsmessig risiko. Selv om det er høyere forekomst blant eldre, tynne med flest diagnoser og de som skrives ut til sykehjem, er forekomsten også høy blant yngre, de med overvekt og fedme, og pasienter i alle diagnosegrupper (11). Derfor anbefales innføring av screening i alle pasientgrupper.

Mangelfull ernæringspraksis i norske sykehus

Nyere norske undersøkelser viser at til tross for at om lag 30 % av pasientene er i ernæringsmessig risiko, iverksettes det ikke tilstrekkelig ernæringsbehandling (12). I 2006 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant sykehuspersonell i de skandinaviske landene. Undersøkelsen viste at ernæringspraksis i norske sykehus ikke var tilfredsstillende i forhold til Europarådets anbefalinger (13, 14). Bare i underkant av 1/5 del av sykehusavdelingene i Norge rapporterte i 2006 at de hadde rutinemessig kartlegging av ernæringsstatus.

Utfordringer ved Ahus

Europarådet har tidligere beskrevet fem hindre som må overvinnes for å få innført god ernæringspraksis ved sykehus i Europa:

- 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

Barrierene som er avdekket ved Ahus under arbeidet med ernæringsstrategien sammenfaller med de som beskrives av Europarådet. Gjennom arbeidet med ernæringsstrategien har arbeidsgrupper avdekket; uklare ansvarsforhold når det gjelder planlegging, vurderinger og igangsetting av ernæringsbehandlingen, utilstrekkelig kunnskap og utdanningsnivå innen ernæring, manglende tilgang på og samarbeid mellom personellgrupper, manglende pasientinnflytelse og intern samhandling, og manglende samhandling mellom sykehus, kommuner og bydeler. Dette medfører fragmenterte pasientforløp. Det er også utfordringer knyttet til matservering og mattilbudet, herunder bruk av spiserom og spisemiljø (uro, lyd og lukt), rutiner for bestilling og mottak av spesialkost, og uheldig tidsbruk knyttet til måltider (sykepleiere står i kø for å hente mat til sengeliggende pasienter). Det er videre påpekt manglende rutiner for informasjon til pasienter om mattilbud og mulighet for tilrettelegging av øvrig mattilbud til den enkelte.

2 AHUS VERDIGRUNNLAG

Sykehusets verdigrunnlag **Menneskelig nær – faglig sterk** ligger til grunn for de strategiske satsningsområdene i Ernæringsstrategien. Som pasient skal man være trygg på at man får en tjeneste som samsvarer med sitt behov både når det gjelder matservice, matomsorg og pleie- og ernæringsbehandling. Kvaliteten i ernæringsarbeidet sikres gjennom god faglig praksis og kunnskap.

3 VISJON

Trygg, god- og riktig ernæring.

4 MÅL

Hovedmål

Ernæringsstrategien skal bidra til at ernæringsarbeidet ved Ahus har en høy faglig kvalitet og er en naturlig og integrert del av pasientbehandlingen. Nasjonale ernæringsfaglige retningslinjer og Helsedirektoratets anbefalinger legges til grunn i ernæringsarbeidet.

Resultatmål

Resultatmålene gir en beskrivelse av hvordan man skal oppnå effektmålene.

1. Forebygging, identifisering, utredning og diagnostisering av pasienter i ernæringsmessig risiko utføres ved bruk av evidensbaserte kartleggingsverktøy (NRS 2002)
2. Beskrivelse av ernæringsstatus, vurdering, behandlingsmål, ernæringsbehov, ernæringsbehandling og plan for oppfølging og kontroll, dokumenteres i en målrettet ernæringsplan
3. Pasientene får mat som er produsert og servert i henhold til gjeldende retningslinjer, og sikres informasjon om det samlede mat- og ernæringstilbudet
4. Det er etablert en tydelig ansvarsfordeling av oppgaver for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsarbeidet. Helse-, mat- og servicepersonell sikres nødvendig kompetanse om ernæringsarbeidet og ernæringsbehandlingen gjennom systematisk opplæring
5. Virksomheten har rutiner og prosedyrer for ernæringsarbeidet
6. Ernæringsplan og- behandling dokumenteres i journal og videreføres når pasienten overføres til et annet omsorgsledd. Dersom planen fravikes skal det dokumenteres.

Effektmål

Effektmålene er en målangivelse av hva man vil oppnå.

1. Alle pasienter kartlegges* for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, etterfulgt av ukentlig monitorering av vekt.
2. Pasienter i ernæringsmessig risiko har en målrettet ernæringsplan
3. Pasienten medvirker i utforming av ernæringsplan, og sikres et forsvarlig mat- og ernæringstilbud
4. De ansatte vet hvilke oppgaver de har ansvar for og har nødvendig ernæringskompetanse til å håndtere disse oppgavene med høy faglig kvalitet
5. Ernæringsarbeidet er en integrert del av behandlingstilbudet gjennom hele behandlingsforløpet i sykehuset
6. Det er etablert god samhandling internt og eksternt, herunder at sykehuset ivaretar sin veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten innenfor ernæringsarbeidet

* Kartlegging av ernæringsmessig risiko (ernæringscreening) ved bruk av kartleggingsverktøyet NRS 2002, er en del av pasientsikkerhetsprogrammet. Innledende screeninger, utgjøres av 4 spørsmål (tilgjengeliggjort i DIPS):

- Er BMI < 20,5?
- Har pasienten tapt vekt i løpet av de siste 3 månedene?
- Har pasienten hatt redusert næringsinntak i den siste uken?
- Er pasienten alvorlig/kritisk syk?

Om man scorer på et eller flere av disse gjennomføres en grundigere kartlegging.

5 STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER

Ahus oppdrag er å sikre at pasienter i ernæringsmessig risiko fanges opp og får nødvendig behandling. Ernæringsstrategien skal sikre at ernæring inngår som en integrert del av forebygging, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter.

For å oppnå ønskede gevinster er det nødvendig å screene alle pasienter for underernæring når de legges inn ved sykehus, og deretter ukentlig monitorering av vekt. For å sikre et helhetlig behandlingsforløp og for å fange opp og håndtere eventuell ernæringssvikt så tidlig som mulig, bør også pasienter i kjente risikogrupper kartlegges i dagbehandling og poliklinikk. Dette omfatter blant annet pasienter med mage- og tarmsykdommer, ulike typer kreft, hjerte- og lungesykdommer, eldre, psykisk syke, mfl. Pasienter som er i ernæringsmessig risiko kartlegges videre og tiltak igangsettes umiddelbart hos pasienter som trenger oppfølging. Gjennom kartlegging av pasientene vil man sørge for at fagressursene rettes mot og prioriteres til de pasientene som har størst behov, og for at tiltak iverksettes til riktig tid i behandlingsforløpene.

For at organisasjonen skal etterleve oppdragene som er gitt oss, og for å nå målene som er definert, er det valgt ut **Syv strategiske satsningsområder som skal bidra til at Ahus når de overordnede målene for ernæringsarbeidet:**

1. Det opprettes et overordnet ernæringsutvalg
2. Det etableres lokale, operative tverrfaglige ernæringsnettverk
3. Mattilbud, spisemiljø og serveringsform utvikles og forbedres i henhold til faglige retningslinjer
4. Pasientsikkerhet og kvalitet i varetas i henhold til faglige retningslinjer og kunnskapsbaserte fagprosedyrer
5. Nødvendig kompetanse og hensiktsmessig oppgavefordeling sikres
6. Ernæringsarbeidet inngår i helhetlige pasientforløp, og det sikres intern samhandling og ekstern samhandling mellom Ahus, kommuner og bydeler
7. Kvalitetsindikatorer innføres og medisinsk koding for ernæringsbehandling optimaliseres

Det opprettes et ernæringsutvalg

Utvalget er et tverrfaglig sammensatt, rådgivende utvalg med representanter fra ulike divisjoner og klinikker. Utvalget ledes av assisterende fagdirektør, Enhet for medisin og helsefag (helsefaglig rådgiver), og rapporterer til fagdirektør som har det overordnede ansvaret for virksomhetsstyring av fag ved foretaket. Bred representasjon i utvalget skal sikre at erfaringer, anbefalinger og innspill fra klinikk koordineres og ligger til grunn for samlede faglige innstillinger til fagdirektør. Det operative arbeidet eies av klinikkene, der linjeledelsen har ansvaret for implementering. For å sikre god og enhetlig praksis i alle divisjoner og klinikker definerer utvalget minstestandarder for praksis som skal implementeres. Lokale tverrfaglig nettverk (se nedenfor) utgjør lokale ressurser i implementeringsarbeidet.

Utvalget skal utarbeide en overordnet handlings- og tidsplan for implementering av ernæringsstrategien. Utvalget skal bistå linjen med å implementere minstestandarder og kartlegge og detaljere (eventuelt) ytterligere behov for kompetanse, kompetansehevende tiltak, tid og utstyr i planperioden nærmere, slik at dette kan inngå i foretakets videre plan- og budsjettarbeid.

Utvalget skal støtte opp om linjeledelsens ernæringsarbeid i tråd med valgte satsningsområder. Utvalget skal blant annet bidra til at det etableres en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet, være en pådriver i arbeidet med å koordinere og utvikle ernæringsrelaterte prosedyrer, kartlegge behov for, koordinere og utvikle nødvendige foretaksovergrepene kompetansehevende tiltak, samt bidra til bedre rutiner for bruk av ernæringsrelaterte diagnose- og prosedyrekoder i elektronisk journal. Utvalget vil ha tett samarbeid med flere av stabfunksjonene i Enhet for medisin og helsefag.

Ernæringsutvalget skal etablere et system for dialog med ernæringsnettverk ut i klinikken.

For nærmere konkretisering av utvalgets sammensetning og oppgaver, se mandat (vedlegg 1).

Ledelse av ernæringsutvalget

Assisterende fagdirektør har ansvar for å lede og koordinere utvalgets arbeid, herunder lede oppfølgingen og koordineringen av arbeidet med implementering av strategien. Oppgaver er blant annet å:

- Ledelse av ernæringsutvalget
- Koordinere og være kontaktperson for ernæringsnettverk/nettverk
- Legge til rette for samarbeid og kommunikasjon mellom relevante fagmiljøer, arrangere faglige møter for personellgrupper
- Bidra til at ernæringsarbeid står på dagsorden i foretaket gjennom orienteringer i toppledergruppen

Leder av ernæringsutvalget bør inneha god kjennskap til ernæringsarbeid i sykehus, ulike faggruppers bidrag i dette og særlig kunnskap om sykepleiernes oppgaver og rolle.

Tverrfaglig ernæringsnettverk

Etablering av nettverk er anbefalt for å bidra til å nå målsettingen med at pasienter som legges inn ved foretaket blir vurdert for ernæringsmessig risiko, behandlet og diagnostisert i henhold til nasjonale faglige retningslinjer. Lokale ernæringsnettverk skal bidra til implementeringen av ernæringsstrategien gjennom å operasjonalisere handlingsplaner på et klinisk nivå; i avdelinger og seksjoner. Nettverkene skal sikre implementering av standarder definert av ernæringsutvalget, og være ressurspersoner inn i det lokale og praktiske ernæringsarbeidet.

Opgavene kan legges til allerede etablerte nettverk med ansvar for flere definerte fagområder. Man kan også etablere egne ernæringsnettverk. Ernæringsbehandling har skjæringspunkter både innen medisin og sykepleie. Erfaring både nasjonalt og internasjonalt underbygger nødvendigheten av at både sykepleiere og leger som et minimum inngår i nettverkene.

Nettverk(ene) i hver divisjon representeres i ernæringsutvalget gjennom divisjonsrepresentanten. Nettverket vil gjennom divisjonsrepresentant bringe lokal kunnskap og erfaring til utvalget, og hente koordinerte og overordnede rutiner tilbake lokalt. På denne måten bidrar man til at ernæringspraksis ved foretaket er enhetlig, sammenhengende, koordinert og av god kvalitet.

Nettverkets representanter skal sikres nødvendig kompetanseheving ut fra definerte kompetansebehov i nettverket.

Mattilbud, spisemiljø og serveringsform utvikles og forbedres i henhold til faglige retningslinjer

Gjennom et godt mattilbud skal foretakets pasienter sikres delikat og appetittvekkende mat i et hyggelig og innbydende måltidsmiljø. Dette er grunnleggende faktorer for trivsel og god matlyst. Mattilbudet skal være tilstrekkelig variert og fleksibelt, og det skal sikres mulighet for samvær, sosial kontakt og aktivitet, uavhengig av hvilken serveringsform som til enhver tid benyttes, og uavhengig av administreringsmåte (per os, enteralt- og parenteralt). Rutiner for bestilling og mottak av spesialkost videreutvikles og forbedres, slik at pasientsikkerheten økes og svinn reduseres. Gjeldende rutiner skal gjøres tilstrekkelig kjent i foretaket.

Ernæringsutvalget skal i første omgang utrede hvilke muligheter som finnes for å sikre nødvendig fleksibilitet i de avdelingsvise mattilbudene og mulighet for nødvendig individuell tilpasning. Alternativer for økt fleksibilitet utredes og tiltak (bemanning, kompetansebehov, utstyrvurdering, ressursbruk- og oppgavefordeling) kostnadsvurderes. Utredningen må ta høyde for lokalt mattilsyns fortolkning av regelverk.

“Brukerutvalget legger spesiell vekt på at pasientene sikres et ernæringsriktig og variert kosthold, slik at underernæring motvirkes og behandles. Pent tilberedt mat og sosiale rammer rundt måltidene bidrar til at pasienter i risikozonen spiser mer og at tilfriskningen skjer raskere. Som et ledd i mobiliseringen etter kirurgi og annen behandling er det viktig at pasienter som er i stand til det har mulighet til å bevege seg i forbindelse med måltider. Både

maten i seg selv og omgivelsene den serveres og spises i er en integrert del av ernæringsbehandlingen”.

Pasientsikkerhet og kvalitet i varetas i henhold til faglige retningslinjer og kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Alle i behandlingsskjeden har et felles ansvar for at pasientene tilbys kvalitetssikret, kunnskapsbasert og individtilpasset ernæringsbehandling jmf. ansvars- og oppgavefordeling fra Helsedirektoratet (vedlegg 2). Foretaket skal organisere ernæringsarbeidet slik at ulike barrierer overvinnes, og pasienten får rett behandling til rett tid.

Foretaket skal følge opp nasjonale faglige føringer og retningslinjer for utvalgte fagområder, og delta i nasjonale og regionale arbeider som fremmer foretakets systematiske arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. I dette ligger at helseforetaket har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer, herunder nasjonale faglige retningslinjer forebygging og behandling av underernæring (7).

Prosedyrer for kvalitetssikret, kunnskapsbasert og individtilpasset ernæringsbehandling skal utarbeides, og inngå i alle relevante pasientforløp. Prosedyrer og pasientforløp kvalitetssikres av fagpersoner med særskilt kompetanse på området i et tverrfaglig samarbeid, jmf. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer og Kunnskapscenteret. Eksisterende prosedyrer skal kvalitetssikres og inkluderes i arbeidet med ernæringsstrategien. Der prosedyrer mangler, skal dette utarbeides.

Arbeidet med ernæringsrelaterte fagprosedyrer koordineres av ernæringsutvalget som samarbeider med koordinerende utvalg for fagprosedyrer, seksjon klinisk ernæring, avdeling mat og drikke, pasientsikkerhetsprogrammet og andre relevante fagmiljøer.

For dokumentasjon av igangsatte forebyggende tiltak, utredning og ernæringsbehandling benyttes eksisterende dokumentasjonssystemer (elektroniske behandlingsplaner). Der det ikke finnes eksisterende og hensiktsmessige maler, skal dette utarbeides.

Nødvendig kompetanse og hensiktsmessig oppgavefordeling sikres

Det skal være samsvar mellom pasientenes behov og foretakets kompetanse, ressurser og kapasitet innen matservice, matomsorg, pleie- og ernæringsbehandling.

For å sikre **Trygg, god- og riktig ernæring** må ansvars- og oppgavefordelingen for ernæringsarbeidet defineres, konkretiseres og tydeliggjøres i henhold til gjeldende anbefalinger. Det må være tydelig hvilke avdelinger og faggrupper som har ansvaret for ernæringsarbeidet og ernæringsbehandlingen gjennom hele pasientforløpet. Dette må gjøres kjent i organisasjonen, så vel som i linjeledelse og blant faggrupper.

Det er avdekket behov for kompetanseløft innen ernæring for faggrupper i hele pasientforløpet - fra matserving til pleie og medisinsk ernæringsbehandling. Tjenestetilbudet ved seksjon klinisk ernæring oppleves å ikke være tilstrekkelig. Nødvendig kompetansesammensetning må sikres og den enkelte yrkesutøver må ha nødvendig

kompetanse til å utføre sine arbeidsoppgaver. Kompetansen i klinisk ernæring må bygges opp slik at det er samsvar mellom pasientens faktiske behov og kapasitet på ernæringsbehandlingen. Dette innebærer at kompetansen i klinisk ernæring skal økes blant alle faggrupper som er benyttet til behandling og pleie av pasienter, samt at tjenestetilbudet fra seksjon klinisk ernæring skal være tilstrekkelig til å ivareta foretakets behov for ernæringsbehandling til pasienter, utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter, kvalitetssikring av ernæringsarbeid, samhandlingsoppgaver og ernæringsmessig vurdering av sykehusmaten.

For å sikre at grunnleggende kompetansebehov ivaretas skal fagpersoner som deltar i behandlingen av pasienter gjennomgå en minimumsopplæring gjennom obligatorisk e-læring i grunnleggende ernæring (fra matservering til pleie og medisinsk ernæringsbehandling).

Det gjøres en samlet kartlegging av behovet for kompetanse utover minimumsopplæring blant ulike grupper i foretaket som ligger til grunn for den videre utviklingen av kompetansehevingstilbud til ulike personellgrupper. Det vil særlig være behov for å styrke kompetansen blant sykepleie- og legetjenesten, samt blant ansatte ved postkjøkkenet. Ansatte og ledere har sammen et ansvar for å sørge for at medarbeiderne har den riktige kompetansen til å løse sine arbeidsoppgaver. Behovet for ernæringskompetanse tydeliggjøres i overordnede, divisjonsvise mål- og strategiplaner. Planer for å sikre kompetanse hos ulike yrkesgrupper i henhold til de ernæringsfaglige oppgavene de skal løse, bør inngå i utviklingsplaner.

Ernæringsutvalget vil blant annet kunne bidra til kompetansekartlegging, i form av utvikling og koordinering av verktøy for kompetansekartlegging og fremlegge forslag til kompetansehevende tiltak (kompetansepakker). Dette arbeidet skjer i tett samarbeid med linjen, kompetanseavdeling, relevante fagmiljøer, herunder nettverket for fagsykepleiere i de ulike divisjonene. Selve kartleggingen skal utføres av de respektive divisjonslinjene.

Ernæringsarbeidet inngår i helhetlige pasientforløp, og det sikres intern samhandling og ekstern samhandling mellom Ahus, kommuner og bydeler

Intern samhandling

Nødvendige ernæringsprosedyrer skal inngå i alle pasientforløp. I dag erfares det at behov for ernæringsbehandling avdekkes for sent i forløpene, samt at det ofte forekommer svikt i ernæringsbehandling hos pasienter som behandles ved flere av sykehusets avdelinger. Systematisk kartlegging av pasientene skal blant annet sikre at tiltak iverksettes til riktig tid i behandlingsforløpene. Det må være tydelig hvilke avdelinger og faggrupper som har ansvaret for ernæringsarbeidet og ernæringsbehandlingen gjennom hele pasientforløpet.

Helhetlige forløp

Etablering av et poliklinisk klinisk ernæringsfaglig tilbud ved foretaket vil bidra til et smidigere og mer helhetlig behandlingsforløp. Som del av behandlingsforløpet vil tilbudet kunne bidra til å redusere behovet for unødvendige innleggelses, unødvendige liggedøgn og bruk av permisjoner for å motta nødvendig tjeneste. Behovet for et poliklinisk spesialisthelsetjenestetilbud bør utredes; hvilke pasienter som har behov, hvilke

pasientforløp som bør omfattes tilbudet, og hva som må til for å etablere et tilbud. Utredningen bør foretas i tett dialog med kommunehelsetjenesten.

Utstyr

God ernæringspraksis fordrer utstyr og verktøy, blant annet for å kartlegge ernæringsstatus (vekter, høydemålere med mer).

Samhandling kommuner og bydeler

Det legges vekt på å sikre en god funksjonsfordeling og samhandling med kommunehelsetjenesten innen ernæringsarbeidet. Funksjonsfordeling innen ernæringsarbeidet mellom foretaket og kommune og bydeler skal avklares. Det er behov for å sikre helhetlig oppfølging av pasienter og sikre at ernæringsbehandling skjer på riktig tjenestenivå.

Ernæring omtales i nødvendige samarbeidsavtaler for å bidra til faglig, forsvarlig og helhetlig oppfølging av pasienten før, under og etter innleggelse. Samarbeidsavtalene bør også omfatte forhold knyttet til veiledning i forbindelse med oppfølging av enkeltpasienter. Veiledning er et supplement til den grunnleggende ernæringskompetansen som primærhelsetjenesten forutsettes å inneha. Det bør fremgå hvilket helsepersonell som kan gi nødvendig veiledning og hvilket helsepersonell som har behov for og kan nyttiggjøre seg veiledning.

Foretaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer veiledning og kompetanseoverføring ovenfor kommunene på ernæringsområdet. Tiltak og oppfølgingsbehov skal dokumenteres og beskrives i behandlingsplan og epikrise, og følge pasienten ved overføring til neste omsorgsnivå.

Omfanget av veiledningsplikten vil forandre seg over tid på grunn av den medisinske utviklingen og endring i organisering av helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidsavtalene vil være viktige for å få avklar behovet for veiledning og retningslinjer for kunnskapsoverføringen, samt nødvendige forutsetninger for å sikre forsvarlig veiledning.

Kvalitetsindikatorer innføres og medisinsk koding for ernæringsbehandling optimaliseres

For å kunne måle effekten av ernæringsstrategien og implementeringen av denne, skal det innføres kvalitetsindikatorer. Arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer på området er under arbeid (15). Nasjonale kvalitetsindikatorer måler **kvalitet i ernæring** i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring der det er implementert. Følgende indikatorer etableres ved foretaket på bakgrunn av pågående arbeid nasjonalt:

- Andel pasienter som blir ernæringsscreenet
- Andel pasienter i ernæringsmessig risiko
- Andel pasienter i ernæringsmessig risiko som får en ernæringsplan

Foretaket kvalitetssikrer ernæringsbehandlingen gjennom rapportering på relevante indikatorer. Kvalitetsindikatorene bidrar til nødvendig implementering av ernæringsstrategien og benyttes til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

I strategiperioden vil det kunne være naturlig å supplere de valgte kvalitetsindikatorerne med andre indikatorer, også på bakgrunn av de utarbeidede nasjonale kvalitetsindikatorerne.

Kvalitetsindikatorer på ernæring skal inkluderes som en del av pasientsikkerhetsprogrammet lokalt på Ahus, og det skal arrangeres egne kampanjer med særskilt fokus på ernæringscreening. Det skal være en årlig rapportering til toppledergruppen for ernæringsrelaterte kvalitetsindikatorer.

Som ledd i arbeidet med ernæringsrelaterte kvalitetsindikatorer, skal det også registreres antall pasienter med diagnosekoder for underernæring. Underdiagnostisering kan medføre dårligere behandling. For noen pasienter vil bruk av ernæringsrelaterte diagnosekoder gi økte DRG- poeng og inntekter til foretaket. Det etableres rutiner for systematisk og korrekt diagnose- og prosedyrekoding av ernæringsrelaterte tilstander.

Premisser for implementering

Implementering av ernæringsstrategien vil kreve en langsiktig tilnærming. I en tidlig fase vil implementeringen være mer ressurskrevende. Det anslås at oppgavene knyttet til oppstart for implementering, administrasjon og koordinering av utvalgets arbeid vil tilsvare minimum en 50 % stilling, som foreslås organisert i enhet for medisin og helsefag og rapportere til leder av utvalget (ass. fagdirektør). Øvrige oppgaver, som opplæring, kompetanseheving, utvikling og gjennomføring av opplæringstiltak (inklusive e-læring) for fagpersoner, vil fordre ytterligere ressurser.

Utvalgets leder kaller inn til første møte der utvalget konstitueres. Utvalget utarbeider høsten 2015 en overordnet handlings- og tidsplan for implementering, med særlig fokus på:

- Kommunikasjonsplan: informasjon, distribusjon og forankring av strategien
- Informasjon og presentasjon av verktøy for kartlegging, samt formidling av erfaringer fra de avdelingene som har pilotert slik kartlegging
- kartlegging og detaljering av behovet for kompetanse, kompetansehevende tiltak, tid og utstyr i samarbeid med linjen for videre plan- og budsjettarbeid 2016
- Gjennomgang og lokal justering av obligatorisk e-læringspakke (fra matservering til pleie og medisinsk ernæringsbehandling)
- Handlingsplan for implementering av ernæringscreening
- Handlingsplan for årlig evaluering og rapportering i henhold til måloppnåelse

6 REFERANSER

1. Oppdragsdokument 2013 Helse Sør-Øst RHF (Helse- og omsorgsdepartementet 2013)
2. Styringsdokument for Ahus HF 2010 (Helse Sør – Øst, 2010)
3. Styringsdokument for Ahus HF 2011 (Helse Sør-Øst, 2011)
4. Styringsdokument for Ahus HF 2012 (Helse Sør – øst, 2012)
5. Strategisk utviklingsplan 2012 – 2016 (Ahus, 2012)
6. Helsefaglig strategi
7. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009)
8. Kosthåndboken. Veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2012)
9. Kostråd for å fremme folkehelse og forebygge kroniske sykdommer (Nasjonalt råd for ernæring, 2011)
10. Utredning om ernæringskompetanse – Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-12. Rapport IS-2032. Helsedirektoratet 2013.
11. R. J.Tangvik. Clin Nutr. Article in press
12. Tangvik RJ. Et al. Implementation of nutritional guidelines in a university hospital monitored by repeated point prevalence surveys. Eur J ClinNutr, 2011.
13. Mowe et al. Nutritional Routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia. Clin Nutr. 2006; 25(3): 524-32
14. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition. Strasbourg: council of Europe publishing: 2002
15. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg desember 2013. Helsedirektoratet 2013

Vedlegg 1: Ernæringsutvalgets sammensetning og oppgaver

Utvalgets ledes av assisterende fagdirektør, Enhet for medisin og helsefag, og rapporterer til fagdirektør. Utvalget er et tverrfaglig sammensatt rådgivende utvalg. Utvalgets leder skal fasilitere utvalgets arbeid. I dette ligger en koordinerende rolle for innkalling til møter, nødvendige referater og rapportering til fagdirektør.

Det anslås at oppgavene knyttet til oppstart for implementering, administrasjon og koordinering av utvalgets arbeid vil tilsvare minimum en 50 % stilling som foreslås organisert i enhet for medisin og helsefag og rapportere til leder av utvalget, dvs. til ass. fagdirektør.

Utvalget skal gjennom sitt arbeid bidra til en enhetlig praksis innen ernæringsbehandlingen ved foretaket, og utarbeide en overordnet handlings- og tidsplan for implementering av ernæringsstrategien.

Ernæringsutvalget skal være bredt representert og ha representasjon fra følgende fag- og profesjonsområder:

- Leder av utvalget, samt representanter fra henholdsvis;
 - Nettverk for fagsykepleiere (MED/ KIR/ORT/BUK/PVH)
 - Legespesialist (kirurgi, ortopedi, medisin og psykiatri)
 - Seksjon klinisk ernæring
 - Farmasøyt
 - Avdeling Mat og drikke/ diettkjøkken/varemottak (lokalt lager)/DST
 - Brukerrepresentant

Kandidater til ernæringsutvalget pekes ut av divisjonsdirektørene. Representantene skal representere divisjonen inn i utvalget. Representanten skal foreta nødvendige avklaringer, innspill og samkjøring med divisjonen i forbindelse med at aktuelle saker behandles i utvalget.

Utvalget skal blant annet bidra til at foretaket har en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet, gjennom å tydeliggjøre hvilke oppgaver som skal løses og hvilke faggrupper som har ansvar for hvilke oppgaver.

Utvalget skal være en pådriver i arbeidet med å koordinere og utvikle ernæringsrelaterte prosedyrer i samarbeid med relevante fagmiljøer, pådriver for at foretaket har rutiner og prosedyrer for ernæringsarbeidet og koordinere ressurser, verktøy og kunnskap innen ernæring, samt være pådriver for at det utvikles tilfredsstillende spisemiljø og servering.

Arbeidet med ernæringsrelaterte fagprosedyrer skal foregå i tett samarbeid med Utvalget for fagprosedyrer og veiledende behandlingsplaner. Kompetansehevingstiltak koordineres med kompetanseavdelingen og med fagstillinger ved avdelingene. Utvalget utgjør en ressurs for legemiddelkomiteen i arbeid med LIS- anbud.

Utvalget bistår divisjonene med å kartlegge kompetanse og kompetansebehov, og bistår i utviklingen av nødvendige foretaksovergrepene kompetansehevede tiltak; e-læringskurs

innen grunnleggende ernæring og klinisk ernæring, undervisning, fagdager og bruk av eksisterende verktøy.

Utvalget skal bidra til bedre rutiner for bruk av ernæringsrelaterte diagnoser (ICD-10)- og prosedyrekoder (NCMP) i elektronisk journal ved iverksetting av forskjellige typer ernæringsbehandling, og bidra til at ernæring inngår i helhetlige pasientforløp.

I tråd med pasientsikkerhetsprogrammet og innsatsområder som omfatter ernæring, skal utvalget bidra til at det gjennomføres systematiske prevalensmålinger og rapporteringer i henhold til nasjonale kvalitetsindikatorer på området.

Utvalget kan involvere og hente inn nødvendig bistand i organisasjonen når dette er nødvendig. Utvalget kan nedsette arbeidsgrupper som kan jobbe videre med ulike tiltak som alle skal bidra til at ernæringsstrategien og valgte virkemidler implementeres.

Vedlegg 2: Ansvar for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet)

Pasienters ernæringsstatus skal kartlegges, vurderes, følges opp og dokumenteres. En forutsetning for at kvalitet og sikkerhet i ernæringsarbeidet ivaretas er at ansvaret er tilstrekkelig forankret. Nedenfor er en beskrivelse av anbefalt fordeling av ansvar og oppgaver i henhold til god ernæringspraksis.

Ledelsen

Ledelsen har ansvar for å etablere systemer slik at pasientenes behov for energi og næringsstoffer sikres. Dette oppnås gjennom gode rutiner for nødvendig kartlegging og observasjon, målrettet ernæringsbehandling, et godt mattilbud, samt tilstrekkelig kompetanse blant ansatte. Mange institusjoner har utarbeidet en overordnet ernæringsstrategi.

Pasient/pårørende

Pasienten selv og pårørende vil vanligvis være en ressurs når man skal kartlegge ernæringsstatus. De kan hjelpe til med å planlegge mattilbudet og ernæringsbehandlingen så langt som mulig, og forutsetter at det er gitt nødvendig informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak.

Kjøkkenfaglig leder / kostøkonom

Kjøkkenfaglig leder / kostøkonom er ansvarlig for innkjøp, menyplanlegging, produksjon og distribusjon av maten. Kjøkkenfaglig leder skal sørge for at maten tilfredsstillende ernæringsmessige kvalitetskrav, og at måltidene som tilbys er innbydende og attraktive. Kjøkkenfaglig leder har også ansvar for god kommunikasjon og samhandling mellom avdeling/mottakere og produksjonskjøkken. Kjøkkenfaglig leder har sammen med virksomhetsleder ansvar for at matforsyningen fungerer i praksis.

Kokk og kjøkkenpersonale

I samarbeid med kjøkkenfaglig leder har kokk og kjøkkenpersonale ansvar for produksjon og distribusjon av maten. Kjøkkenpersonalet skal blant annet ha kunnskap om og rutiner for mat og måltider i tråd med anbefalingene i Kosthåndboken.

Postvert eller matvert

Post- eller matverts oppgaver vil være knyttet til klargjøring av måltider, servering, rydding og oppvask. Videre er det postverten/matansvarligs oppgave at måltidene frembys på en appetittvekkende måte. Matansvarlig postvert utgjør ofte bindeledd mellom kjøkken og avdeling.

Lege

Det er legen som har overordnet ansvar for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling. Grunnleggende kartlegging av ernæringsstatus/-tilstand og iverksettelse av mer basale ernæringsstiltak 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 ernæringsstilstand eller sykdom er av slik art at det er behov for mer avansert ernæringsfaglig utredning, diagnostisering eller ernæringsbehandling av mer sammensatt karakter.

Sykepleier

Sykepleieren har ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke som er tilpasset pasientens behov og ønsker. Pasientens mat- og væskeinntak følges gjennom

observasjoner og systematisk dokumentasjon. Sykepleieren har ansvar for ernæringskartleggingen, for å eventuelt utarbeide ernæringsplan, og har sammen med annet pleiepersonell ansvar for å sørge for å følge opp ernæringsplanen. Sykepleieren har på samme måte som legen ansvar for å innhente bistand fra og samarbeide med annet kvalifisert personell ved behov. Sykepleieren vil ofte ha som oppgave å følge opp ernæringsbehandlingen, samt sørge for at pasienten både er tilstrekkelig informert og har forståelse for sin situasjon, så langt det er mulig.

Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider/annet personell

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

Klinisk ernæringsfysiolog

En klinisk ernæringsfysiolog er kvalifisert for å utrede, diagnostisere og behandle, men også forebygge, ernæringsrelaterte sykdommer og tilstander.

Kliniske ernæringsfysiologer kartlegger, utreder og diagnostiserer ernæringsrelaterte diagnoser når pasientens ernæringstilstand eller sykdom er av mer sammensatt eller kompleks karakter. I slike tilfeller har kliniske ernæringsfysiologer ansvar for å utforme ernæringsbehandling og utarbeide individuell ernæringsplan for pasienter/brukere og for å følge opp denne i samarbeid med annet helsepersonell og pasient/bruker, samt pårørende.

De har også ansvar for å utforme en plan for oppfølging og evaluering av ernæringsbehandlingen som inneholder planer for kontroll og oppfølging av antropometriske, biokjemiske og andre mål. Behandlingsansvarlig lege og klinisk ernæringsfysiolog har sammen ansvar for å rekvirere og tolke prøvesvar.

Fysioterapeut og ergoterapeut

Fysio- og ergoterapeuter kan bidra i innledende kartlegging av ernæringsstatus for eksempel gjennom kartlegging av vekt, styrke og funksjon knyttet til ernæringsstatus. De kan ha oppgaver i forhold til pasienter som har funksjonelle og motoriske vansker, eller trenger tilrettelegging med hjelpemidler i spisesituasjonen.

Logoped

Logopeder har en særlig kompetanse til å vurdere munn- og svelgemotoriske vansker og bør inngå i tverrfaglige team for vurdering av spise- og svelgefunksjonen for pasienter med slike problemer.

Tverrfaglig team

Ernæringsbehandling omfatter utredning, diagnostisering og behandling av pasientens ernæringstilstand, og involverer en rekke yrkesgrupper og fagpersoner. Det vil som regel være behov for tverrfaglig samarbeid, og det kan være hensiktsmessig å opprette tverrfaglig team (ernæringsteam) som drøfter behandling og oppfølging av ernærings situasjonen for pasienten. Sammensetningen av et slikt tverrfaglig team må tilpasses pasientens/brukergruppens behov.