

ERNÆRINGSSTRATEGI HELSE STAVANGER HF 2015–2020



INNHOOLD

DEL 1: INNLEDNING	4
DEL 2: UTFORDRINGSBILDET	7
2.1. Eksterne faktorer	8
2.2. Interne faktorer.....	10
DEL 3: MÅL	13
3.1. Kvalitetssikret ernæringspraksis og kompetanse i alle ledd.....	13
3.2. Overordnede rammer med tydelig ansvars- og oppgavefordeling	14
3.3. Samhandling med fokus på informasjonsflyt og kompetanseoverføring mellom omsorgsleddene.....	14
3.4. Tjenester i samsvar med pasientens behov	15
DEL 4: STRATEGISKE SATSINGSOMRÅDER	16
Vedlegg 1: SWOT-analyse	18
Vedlegg 2: Prosjektorganisasjon	19

DEL 1: INNLEDNING

Ernæringsstrategien for Helse Stavanger HF bygger på oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest (1), Helse 2020 (strategi for helseregionen) (2), styringsdokumenter til sykehuset fra Helse Vest (3–6), sykehusets overordnede strategiplan for perioden 2013–2017 (7), og faglige anbefalinger og retningslinjer (8–13).

Helseforetakets oppdrag er å bedre ernæringsstatus hos pasienter som er i ernæringsmessig risiko.

Ernæringsstrategien skal sikre kvalitet i ernæringsarbeidet. Helse Stavanger HF sin ernæringsstrategi omfatter alle pasienter i foretaket.

Ernæringsarbeid på sykehus

- mattilbud og service
- matomsorg og pleie
- medisinsk ernæringsbehandling

Ernæringsarbeid på sykehus favner bredt – fra innkjøp, menyplanlegging, produksjon, distribusjon og servering (*mattilbud og service*), til vurdering av ernæringsstatus, tilrettelegging og tiltak (*matomsorg og pleie*) og videre til individuell ernæringsbehandling ut i fra den enkelte pasients særskilte behov (*medisinsk ernæringsbehandling*). God ernæringspraksis på sykehus fordrer ledelsesforankring med kvalitetssikring av ernæringsarbeidet og kompetanse i alle ledd, tydelig ansvar- og oppgavefordeling, god samhandling og et tjenestetilbud som står i forhold til pasientenes behov. Samtidig er pasientmedvirkning og god informasjonsflyt internt og mellom omsorgsleddene viktige elementer som fremmer god ernæringspraksis.

I følge Helsedirektoratets retningslinjer og anbefalinger skal helseforetaket sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av sykehusets kvalitetssystem og at ernæringsbehandling er en integrert del av det øvrige behandlingstilbudet.

Ernæringsstrategien for Helse Stavanger HF 2015–2020 er vedtatt av foretaksledelsen 9. desember 2014.



VISJON

Vår ernæringspraksis skal fremme helse og livskvalitet

VERDIER

Respekt i møte med pasienters ulike ernæringsbehov

Kvalitet i ernæringsarbeidet – i struktur, prosess og resultat

Trygghet i alle ledd langs verdikjeden – fra råvare til pasient

MÅL

Hovedmål

Sikre kvalitet i ernæringsarbeidet i hele foretaket for å bedre ernæringsstatus til pasienter som er feil- eller underernært eller som er i ernæringsmessig risiko.

Delmål

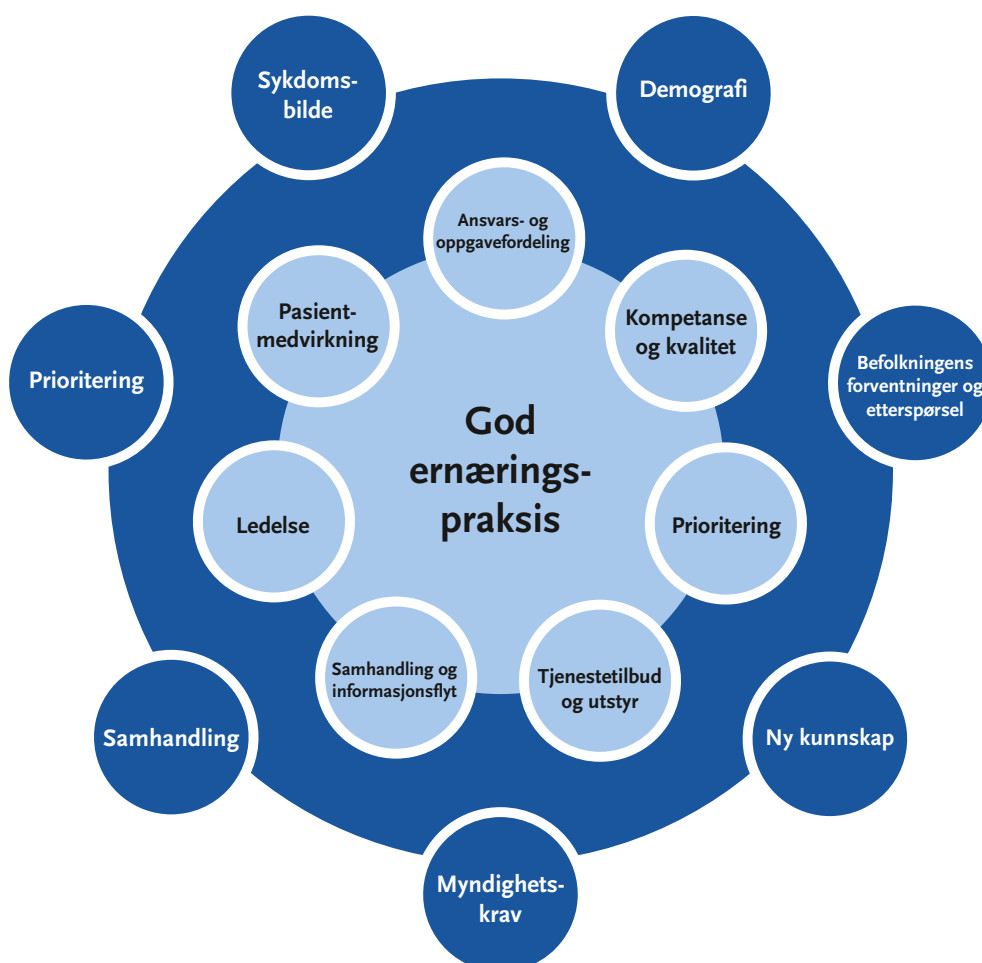
- Kvalitetssikret ernæringspraksis og kompetanse i alle ledd.
- Overordnede rammer med tydelig ansvars- og oppgavefordeling.
- Samhandling med fokus på informasjonsflyt og kompetanseoverføring mellom omsorgsleddene.
- Tjenester i samsvar med pasientens behov.



DEL 2: UTFORDRINGSBILDET

Det er foretatt en strategisk analyse for å klargjøre hvilke interne og eksterne muligheter og begrensninger Helse Stavanger HF står overfor for å kunne nå målene og realisere visjonen. Analysen, som ble foretatt våren 2014, bygger på data innhentet fra de tre arbeidsgruppene *Mattilbud og service*, *Matomsorg og pleie* og *Medisinsk ernæringsbehandling*. Dataene er kategorisert under de fire delmålene.

Figuren viser hvilke eksterne og interne faktorer som har betydning for valg av ernæringsstrategi:



2.1. Eksterne faktorer

DEMOGRAFI OG SYKDOMSBILDE

De største utfordringene for helsetjenesten fremover vil være knyttet til befolknings- og sykdomsutviklingen. Befolkningen i Helse Stavangers opptaksområde øker raskt, og størst økning forventes blant de eldre. Nasjonale trender tilsier at livsstilssykdommer vil ha sterk vekst de kommende årene. Kostholdet har stor betydning både for å forebygge sykdom og for å fremme god helse og livskvalitet. Et kosthold i tråd med de offisielle norske anbefalingene kan redusere risikoen for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, enkelte kreftsykdommer, overvekt, forstoppelse, tannråte og jernmangel. Ernæring og kosthold er av avgjørende betydning for barn og ungdoms vekst og utvikling. Kostholdet til barn har også betydning for helse og risiko for kroniske sykdommer senere i livet.

Ernæringen er for mange sykdomsgrupper en viktig del av den medisinske behandlingen, og har konsekvenser for sykdomsforløpet. Ved noen sykdommer som for eksempel cøliaki, matvareallergi og matvareintoleranser og enkelte metabolske sykdommer, er ernæringen eneste behandling av sykdommen.

Tidligintervensjon for å bedre pasientens ernæringsstatus, kan være avgjørende for utfallet av behandlingsforløpet. 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. Tilpasset kosthold og andre ernæringstiltak kan forbedre matinntaket og ernæringsstatusen til de pasientene dette gjelder og vil kunne gi helsemessig gevinst i form av redusert behov for helsetjenester, bedret livskvalitet og overlevelse. God ernæringspraksis vil være kostnadseffektivt.

Feil- og underernæring er utbredt blant pasienter på sykehus. Undersøkelser fra Norge og andre europeiske land viser at rundt 30% av pasienter i sykehus er underernærte. Sykdomsrelatert underernæring fører til økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverret fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesenstiden og gir økt sykkelighet og dødelighet. Underernæring kan forekomme i alle pasientgrupper, også blant normal- og overvektige personer. Pasientgrupper som har særlig risiko for feil- og underernæring er eldre, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere, pasienter som har gjennomgått større kirurgiske inngrep og pasienter på intensivavdeling. Pediatriske pasienter er spesielt sårbare på grunn av vekst og høye næringsstoffbehov.

Eksempler på sykdomsgrupper der feil- eller underernæring forekommer er: mage- og tarmsykdommer, kreft, endokrinologiske sykdommer, hjerte- og lungesykdommer, inflammatoriske sykdommer, nevrologiske sykdommer, nyresykdommer, lever- sykdommer, revmatiske sykdommer, demens, psykiske lidelser, hjerneslag, infeksjonssykdommer og spiseforstyrrelser.

MYNDIGHETSKRAV, ETTERSPORSEL, NY KUNNSKAP OG PRIORITERING

I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Helse Vest RHF er det et krav at helseforetakene skal bedre ernæringsstatus til pasienter i ernæringsmessig risiko. Helsemyndighetene har gitt retningslinjer og anbefalinger som skal sikre god ernæringspraksis i helseforetaket.

Det er en stor etterspørsel etter ernæringsråd i befolkningen, men det er ikke alltid samsvar mellom befolkningens forventninger og de nasjonale ernæringsrådene som er gitt fra myndighetene. Ernæringsarbeidet i helsetjenesten skal bygge på myndighetenes anbefalinger og kunnskapsbasert praksis. Faglige retningslinjer og det som til enhver tid er anerkjent praksis skal følges, og ernæringsarbeidet skal støtte seg på nasjonal og internasjonal vitenskapelig underbygget dokumentasjon.

Norge har en sterk posisjon innen internasjonal ernæringsforskning, men helsevesenet har ikke tatt inn over seg den nye kunnskapen som forskning innen klinisk ernæring har generert ved å satse tilstrekkelig på ernæringsbehandling og prioritere ernæringsarbeid generelt.

Helse Stavanger HFs sykehuskjøkken praktiserer etter det myndighetspålagte næringsmiddelregelverket. Dette inkluderer internkontroll og risikovurdering/styring av faremomenter i prosessene som omhandler oppbevaring, produksjon, håndtering og servering av mat (IK-mat¹ og HACCP²).

Det forventes at befolkningen vil etterspørre og stille større krav til kvalitet og service i fremtiden – også innen det mattilbudet og måltidsmiljø som frembys på sykehuset.

SAMHANDLING

Helse Stavanger HF har etablert et godt samarbeid med Universitetet i Stavanger (Sykepleierutdanningen og Norsk hotellhøgskole), Universitet i Oslo og Universitetet i Bergen (utdanning av kliniske ernæringsfysiologer), Sjukehusapoteket i Stavanger (leverandør av ernæringsprodukter), Måltidets Hus (kompetanseutvikler og leverandør og måltidsløsninger) og Stavanger kommune (samhandlingsprosjekt) innen ernæring. Det er likevel utfordringer knyttet til informasjonsflyt, kompetanseoverføring og tjenestetilbud innen dette feltet:

- Det klinisk ernæringsfaglige tjenestetilbudet i kommunene i Helse Stavanger HF sitt nedslagsfelt er begrenset og flere steder helt fraværende.
- Kartlegging har vist manglende ernæringskunnskap blant medisinerstudenter og sykepleiere, og det er behov for å styrke disse utdanningene innen ernæring. Det trengs mer forskning på ernæring ut i fra et helsefaglig ståsted.

¹ Internkontrollsystem for å oppfylle næringsmiddelovgivningen

² Hazard Analysis and Critical Control Point

- Helse Stavanger HF er praksisinstitusjon i utdannelsen av blant annet helsefagarbeidere, sykepleiere, leger og kliniske ernæringsfysiologer. Det trengs å øke fokus på ernæring i praksisperioden for helsefagarbeidere, sykepleiere og leger. Praksistilbudet for masterstudenter i klinisk ernæring bør styrkes i vår helseregion.
- Sykehusapoteket leverer ernæringsprodukter til sengepostene på sykehuset etter bestilling, men apotekets vakttilbud er ikke godt nok kjent blant sykehusets ansatte.

2.2. Interne faktorer

LEDELSE, ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Ernæringsbehandling har hatt lite ledelsesfokus i sykehuset. Det er en uklar ansvars- og oppgavefordeling og ernæringsarbeidet fremstår som tilfeldig og ustrukturert. Sykehuset har enkelte ernæringsprosedyrer integrert i sitt kvalitetssystem, men mangler overordnet struktur. I Psykiatrisk divisjon har ledelsen strategiske mål innen helse og livsstil der ernæring har vært ett av fokusområdene.

Helsemyndighetene anbefaler at ledelsen ved sykehus bør ha et rådgivende organ innen ernæringsarbeidet. Helse Stavanger HF mangler en overordnet ernæringskomité og et ernæringsnettverk på avdelings- og sengepostnivå.

PRIORITERING

Selv om ernæringens betydning ved sykdom er godt dokumentert, har ernæringsarbeidet ofte lav prioritet. På mange sengeposter er det personell med spesielt ernæringsansvar, og ernæring er integrert i noen pasientforløp, men ernæring har ofte lav prioritet i behandlingstilbudet.

Sykehuset har høy kompetanse og et velfungerende tjenestetilbud innen klinisk ernæring. Det er likevel manglende etterspørsel etter ernæringsrelaterte data i pasientbehandlingen. Det rapporteres om at ernæringsbehandling ofte starter opp for sent («vent og se»-holdning), ernæringsstatusens alvorlighetsgrad undervurderes, avgjørelser knyttet til ernæringsbehandling utsettes, og det er dårlig kontinuitet og oppfølging i pleie og behandling av underernærte pasienter. Tidligintervensjon hindrer sykdom å utvikle seg. God ernæringspraksis betyr pasientforløp der ernæringsbehandling er en integrert del.

SAMHANDLING OG INFORMASJONSFLYT

Det er utfordringer knyttet til samhandling og logistikk i verdikjeden fra råvare (matvare eller spesialprodukt) til pasient. Matforsyningskjeden starter med anbudsrunder og vurdering av leverandører, råvarer og produkter. Mat til pasientene bestilles i hovedsak via AIVO bestillingssystem³. Spesialprodukter som næringsdrikker, sondeernæring og intravenøs ernæring bestilles via sentrallager eller apotek.

3 Elektronisk kostdataprogram

Rett mat/ernæringsprodukt til rett pasient til rett tid krever planlegging, organisering og godt samarbeid på flere nivåer. Det er stort engasjement på tvers av flere profesjoner og divisjoner innen ernæring, men det er en utbredt mangel på samarbeid, informasjonsflyt og kompetanseoverføring mellom faggrupper og sengeposter, og mellom somatikk og psykiatri. Sentralkjøkkenet har behov for tettere samarbeid med Lærings- og mestringssentret og etterspør klinisk ernæringsfysiologisk kompetanse.

Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko, og dokumentasjon om ernæringsstatus og ernæringsbehandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystem og videreføres til neste omsorgsledd. Ernæringscreening er integrert i Helse Stavanger sitt kvalitetssystem, og det er implementert verktøy for elektronisk ernæringscreening og ernæringsplaner i sykehusets dokumentasjonssystem. Det er fokus på diagnosekoding for underernæring.

Likevel blir mange pasienter ikke ernæringscreenet i henhold til gjeldende retningslinjer, og ernæringsrelaterte data mangler ofte i dokumentasjonen. Mange pasienter i ernæringsmessig risiko blir ikke diagnostisert for underernæring.

KOMPETANSE OG KVALITET

Helsepersonells kunnskaper, erfaringer, ferdigheter og holdninger kan ha stor betydning for utfallet av den behandlingen som gis. Helsepersonells kunnskaper om ernæring, og hvordan spesielle ernæringsmessige behov skal og kan imøtekommes, vil derfor være viktig for å få et vellykket resultat av helsehjelpen.

Kompetanseoverføringen innen ernæring skjer i dag blant annet gjennom tidsavgrensede prosjekt. Det har vært avholdt «Ernæringskole» for alt relevant personell i somatikken flere ganger årlig, workshop for pleiegruppen i ernæringscreening og undervisning på sengepostene. Stavanger DPS har vedtatt å ha helsefremmende rammer og et helsefremmende fokus som en del av behandlingen til alle pasientene. Helse Stavanger HF er medlem av Norsk Nettverk for Helsefremmende arbeid. Nettverket er en del av WHO-nettverket Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH).

Det er behov for kompetanseløft innen ernæring i hele kjeden – fra matforsyning til pleie og medisinsk ernæringsbehandling. Kompetanseutviklingen må sikres i ordinær drift med en fagsjef innen ernæring på overordnet nivå.

Pasienter på sykehus skal sikres et balansert næringsinntak uten ernæringsmessige mangler. Mattilbudet skal være trygt, velsmakende og ernæringsmessig godt sammensatt. For pasienter som har særskilte behov, skal ernæringen tilpasses. Tilrettelegging og spesielle tiltak skal igangsettes. I tillegg til standardkost, skal sykehuskjøkkenet tilby konsistentilpasset mat og spesialkost tilpasset ulike diagnoser og sykdomstilstander. Det skal tas religiøse og kulturelle kosthensyn, og det skal vises spesiell aktsomhet ved sårbare livsfaser som for barn, gravide og ammende, eldre og ved livets slutt.

Menyene fra sentralkjøkkenet er ikke næringsberegnete, og lages ikke alltid etter faste oppskrifter. «Kjøkkenløftet» er et prosjekt som blant annet skal sikre jevn kvalitet når det gjelder smak og næringsinnhold i maten, økning av andel økologisk mat og kontinuerlig kompetanseheving blant personalet. Kjøkkenavdelingen har kundeundersøkelser og fast innrapportering av KPI⁴. Postverter og fagansvarlige buffetkokker fungerer som et bindeledd mellom sentralkjøkkenet og sengepostene, pleiere og pasienter. Det er utarbeidet prosedyrer for postvertene, men det mangler kunnskap om mat og ernæring blant faggrupper som har ansvar for mattilbud og service.

TJENESTETILBUD OG UTSTYR

Det klinisk ernæringsfaglige tjenestetilbudet ved Helse Stavanger HF er begrenset, og enkelte aktuelle avdelinger, spesielt i psykiatrien, mangler helt eller delvis personell som er autorisert i klinisk ernæring.

Noen postverter er engasjert på ettermiddag/kveldstid, men de fleste sengeposter har postverter kun på dagtid. Dette medfører at pleiepersonell må ta seg av mattilberedning og oppvask på kveldstid. Kjøkkenassistentstillingene i Psykiatrisk divisjon er ikke rent matfaglige, men kombineres med renholdsoppgaver.

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

PASIENTMEDVIRKNING

Myndighetene anbefaler aktiv samhandling med pasient og pårørende i ernæringsarbeidet. Det skal bli gitt nødvendig informasjon om ernæringsstatus og aktuelle tiltak, slik at pasienten selv kan medvirke i planleggingen av mat, måltider og ernæringsbehandling i den grad det er mulig. Opplæring av pasient og pårørende skjer individuelt og i grupper, blant annet via Lærings- og mestringssenteret. Manglende pasientmedvirkning og manglende kunnskap om ernæring i pasientgruppen, kan være en barriere for å få innført god ernæringspraksis på sykehuset.

⁴ Key performance indicator

DEL 3: MÅL

Hovedmålet med ernæringsstrategien er å sikre kvalitet i ernæringsarbeidet i hele foretaket for å bedre ernæringsstatus til pasienter som er feil- eller underernært eller som er i ernæringsmessig risiko. Målgruppen er alle pasienter i Helse Stavanger HF.

Hovedmålet deles inn i fire delmål:

3.1. Kvalitetssikret ernæringspraksis og kompetanse i alle ledd

For å oppnå god ernæringspraksis i hele foretaket, skal mattilbud, matomsorg og ernæringsbehandling kvalitetssikres gjennom standardiserte retningslinjer og prosedyrer, og ernæring skal integreres i relevante pasientforløp.

Ernæring skal inngå i forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering ved en rekke sykdommer. Matomsorg og ernæringsbehandling må være en integrert del av det øvrige pleie- og behandlingstilbudet ved innleggelse, under behandling og ved utskrivelse fra sykehuset og i aktiv samhandling med pasient og pårørende. Pasienter i Helse Stavanger HF skal vurderes for ernæringsmessig risiko (ernæringscreenses) i tråd med de retningslinjene som er nedfelt i sykehusets kvalitetssystem. Det skal utarbeides ernæringsplan med individuelle tiltak som skal igangsettes og følges opp, og som skal følge pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Det skal settes aktuelle diagnose- og prosedyrekoder.

Foretaket vil innføre kvalitetsindikatorer for ernæringsbehandlingen og gjennomføre systematisk registrering og analyse av informasjon om uønskede hendelser og forbedringsbehov i ernæringsarbeidet.

Kompetansen innen ernæring hos relevant personell skal kartlegges og kvalitetssikres. Det skal stilles krav om dokumentert ernæringskompetanse hos postverter og kokker. «Ernæringskolen» bør settes i ordinær drift.

Behandlings- og tjenestetilbudet innen klinisk ernæring skal styrkes. Helse Stavanger HF har fagpersoner med høy kompetanse innen klinisk ernæring, men denne kompetansen må økes blant alle faggrupper som er knyttet til behandling og pleie av pasienter. Ernæring skal inngå i kompetanseplaner for relevante faggrupper i hele foretaket.

3.2. Overordnede rammer med tydelig ansvars- og oppgavefordeling

For å sikre rett mat/ernæringsprodukt til rett pasient til rett tid, må ansvars- og oppgavefordelingen for ernæringsarbeidet ved Helse Stavanger HF tydeliggjøres og defineres, og roller skal avklares. Dette gjelder både blant faggrupper og i linjeledelse.

God ernæringspraksis innebærer å bevisstgjøre, ansvarliggjøre og dyktiggjøre organisasjonen slik at den enkelte medarbeider kjenner målene, sitt bidrag til å nå målene, og har den riktige kompetansen til å utføre sine oppgaver. Implementering av ernæringsstrategien må sikres ved at satsningsområder og handlingsplanen forankres på alle ledelsesnivåer.

Det skal opprettes en ernæringskomité på foretaksnivå. Ernæringskomiteens oppgave er blant annet å støtte opp om implementeringen av ernæringsstrategien, bidra til å utforme foretakets ernæringspolitikk, evaluere virksomhetens mattilbud, kvalitetssikre ernæringsarbeidet og være et rådgivende organ for foretaksledelsen. Det anbefales å etablere et ernæringsnettverk på avdelings- og sengepostnivå.

Helse Stavanger HF skal ha fagsjef innen ernæring på overordnet nivå som skal betjene hele foretaket. Fagsjef ernæring skal ha det praktiske ansvaret for implementeringen av ernæringsstrategien. Fagsjefen skal blant annet være ernæringsfaglig koordinator for sengepostene, utarbeide ernæringsfaglige retningslinjer og drive undervisning, opplæring og fagutvikling innen ernæring. Fagsjefen skal bidra til utviklingen av innovative løsninger som gjør det «lett å gjøre rett» (for eksempel elektroniske registreringsløsninger med skanning).

3.3. Samhandling med fokus på informasjonsflyt og kompetanseoverføring mellom omsorgsleddene

Pasientens ernæringsstatus og ernæringsbehandling skal dokumenteres i sykehusets dokumentasjonssystem. Dokumentasjon av tiltakene og oppfølgingsbehov skal beskrives i behandlingsplan og epikrise, og følge pasienten til neste tjeneste- eller omsorgsnivå. Dette for å sikre at informasjon om pasientens ernæringsbehov videreføres mellom omsorgsleddene internt og eksternt.

Sykehuset skal videreføre samhandling med kommunene med hensyn til ernæringsarbeidet. Det er spesielt fokus på informasjonsflyten mellom tjenestenivåene ved inn- og utskrivning fra sykehuset. Det skal utarbeides dokumentasjonssystemer som ivaretar behovet for god og effektiv informasjonsflyt.

Samarbeidet innen ernæring mellom Helse Stavanger HF og Universitetet i Stavanger må videreføres.

3.4. Tjenester i samsvar med pasientens behov

For å sikre samsvar mellom Helse Stavanger HF sine tjenester og pasientens faktiske behov innen mattilbud, matomsorg og ernæringsbehandling, skal kapasitet og ressursbehov og utstyrskrav, kartlegges og tilpasses.

Det er behov for flere årsverk for kliniske ernæringsfysiologer for blant annet å møte behovet for ernæringsbehandling til pasienter, utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter, kvalitetssikring av ernæringsarbeidet, samhandlingsoppgaver og ernæringsmessig vurdering av sykehusmaten.

Det er behov for ressurser til rent matfaglige oppgaver i Psykiatrisk divisjon, og som ikke kombineres med rengjøringsoppgaver.

Det bør opprettes et ernæringsfysiologisk laboratorium som betjener hele foretaket der en kan gjøre kliniske undersøkelser for å kartlegge ernæringsstatus hos pasienter som er i ernæringsmessig risiko.

Pasientenes mat- og ernæringsbehov skal tas hensyn til ved utformingen av nytt sykehusbygg.

DEL 4: STRATEGISKE SATSINGSOMRÅDER

Basert på foretakets utfordringsbilde, og for å nå det overordnede målet for ernæringsarbeidet ved sykehuset, er det valgt ut strategiske satsningsområder. En tilhørende handlingsplan skal utarbeides og skal beskrive mer i detalj hvordan disse strategiene skal gjennomføres.

Helse Stavanger HF skal sikre kvalitet i matservice, matomsorg og ernæringsbehandling gjennom å:

- Styrke kompetanse, utvikle retningslinjer og prosedyrer samt integrere ernæring i relevante pasientforløp
- Avklare roller, ansvars- og oppgavefordeling
- Styrke samarbeidsrutiner, informasjonsflyt og kompetanseoverføring mellom omsorgsleddene internt og eksternt
- Kartlegge og tilpasse kapasitet og tjenestetilbud etter pasientens behov

REFERANSER

1. Oppdragsdokument 2013 Helse Vest RHF (Helse- og omsorgsdepartementet 2013)
2. Helse 2020, Strategi for helseregionen (Helse Vest 2007)
3. Styringsdokument for Helse Stavanger HF 2010 (Helse Vest, 2010)
4. Styringsdokument for Helse Stavanger HF 2011 (Helse Vest, 2011)
5. Styringsdokument for Helse Stavanger HF 2012 (Helse Vest, 2012)
6. Styringsdokument for Helse Stavanger HF 2013 (Helse Vest, 2013)
7. Strategiplan for Helse Stavanger HF, 2013–2017 (Helse Stavanger, 2013)
8. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2012)
9. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009)
10. Ernæring i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2007)
11. Utredning om ernæringskompetanse (Helsedirektoratet, 2013)
12. Kostråd for å fremme folkehelse og forebygge kroniske sykdommer (Nasjonalt råd for ernæring, 2011)
13. Folkehelse rapporten 2014 (Folkehelseinstituttet, 2014)

VEDLEGG 1: SWOT-ANALYSE

	Styrker	Svakheter
Interne	Kvalitetssikret ernæringspraksis og -kompetanse i alle ledd/pasientmedvirkning	
	<ul style="list-style-type: none"> Elektronisk dokumentasjon: Etablert behandlingsplaner med ernæringsplan i DIPS Fokus på diagnosekoding for underernæring Etablert videreføring dokumentasjon til kommunene «Ernæringskole» for ansatte i voksenavdelingene i somatikken og i kommunen Det er kjøpt inn en del utstyr som vekt og blendere Ernæringsundervisning på sengepostene og LMS Høyt kompetanse innen klinisk ernæring Noen postverter er kokkeutdannede Satsing på bedre mattilbud: «Kjøkkenløftet» AIVO elektroniske bestillingssystem Kjøkkenavdelingen har kundeundersøkelser og innrapportering av KPI 	<ul style="list-style-type: none"> Mangler kvalitetsikring, rutiner og prosedyrer – dokumenter som finnes er ikke samlet og fremstår heterogene Ikke alle pasienter blir per i dag ernæringscreenet, spesielt i psykiatrien og i Kvinne- og barneavdeling Det er behov for flere stå-vekter og stolvekter, og noen vekter trengs å skiftes ut Mange underernærte pasienter får ikke ICD-10-kode Manglende kunnskap innen ernæring i hele kjeden (matfaglig og ernæringsbehandling) Manglende pasientmedvirkning Mangler kvalitetsindikator for ernæringsbehandling Mattilbudet: Menyene er ikke næringsberegnete, ikke alltid faste oppskrifter Trenger sturholdningsblendere/stavmikserer til postene Mangler dokumentasjon av ernæringskompetansekrav postverter Postvertene ønskes med på «Ernæringskolen»
	Overordnet struktur/ansvars- og oppgavefordeling/retningslinjer/prosedyrer	
	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeidet flere retningslinjer og prosedyrer innen ernæring Ernæring er integrert i noen utvalgte pasientforløp Etablert «Praksisnær forskningsgruppe med fokus på ernæring og dokumentasjon» i Medisinsk og Kirurgisk divisjon Stavanger DPS har «helsefremmende fokus» der ernæring er én av flere livstilsintervensjoner og det er utarbeidet «Kostholdsperm» Alle kjøkkenansvarlige i psykiatrien har «Prosedyrperm for postkjøkken» 	<ul style="list-style-type: none"> Ernæringsarbeidet er tilfeldig og ustrukturert Mangler overordnet ernæringskomité og ernæringskoordinator Ernæring ofte ikke integrert i det øvrige behandlingstilbudet/pasientforløp (ernæringsbehandling har ofte lav prioritet) Utydelig ansvars- og oppgavefordeling Lite ledelsesfokus Lav prioritering og manglende etterspørsel av ernæringsrelaterte data fra legene – «vent å se»-holding Psykiatrien: Noen postverter har også renholdsoppgaver, ikke alle avdelingene har implementert standardene i «helsefremmende fokus»
Samhandling/samarbeid/informasjonsflyt		
<ul style="list-style-type: none"> Etablert godt samarbeid innen ernæring på tvers av profesjoner, divisjoner og institusjoner 	<ul style="list-style-type: none"> Manglende informasjonsflyt og kompetanseoverføring internt og mellom omsorgsleddene Manglende tverrfaglig samarbeid Manglende samarbeid somatikk/psykiatri innen ernæring Utilfredsstillende samarbeid postverter/pleiegruppen Manglende informasjon om vakttilbud apotek 	
Tjenestetilbud/etterspørsel		
<ul style="list-style-type: none"> Stort engasjement blant pleiegruppen i ernæringsarbeidet Godt fungerende tjenestetilbud innen klinisk ernæring Kommet i gang med ernæringscreeningen på mange poster Mange poster har ernæringsansvarlige Ansatt postverter og buffekokk i somatikken som bindeledd mellom sentralkjøkken og buffé samt mellom pleier/pasienter og buffé/sentralkjøkken Noen postverter er engasjert (internfakturering) på ettermiddag/kveldstid (samarbeid mellom postene) 	<ul style="list-style-type: none"> Mangel på personell som er autorisert i klinisk ernæring/lav kapasitet for ernæringsbehandling Kjøkkendriften langt fra pasienten De fleste postverter jobber kun dagtid En rekke avdelinger på SUS psykiatri har enda ikke fått convection-ovner på kjøkkene 	
Eksterne	Muligheter	
	Kvalitetssikret ernæringspraksis og -kompetanse i alle ledd/pasientmedvirkning	
	<ul style="list-style-type: none"> Norsk nettverk for helsefremmende arbeid (Psykiatrisk divisjon) IK-mat med HACCP (internkontrollsystem for trygg mat) Teknologiske løsninger/IKT-systemer som understøtter arbeidet med kvalitetsikring og kompetanseutvikling 	<ul style="list-style-type: none"> Ikke alltid samsvar mellom befolkningens fokus og den vitenskapelige dokumentasjon som finnes innen ernæring Trenger mer forskning på ernæring ut i fra et helsefaglig ståsted Dårlige dokumentasjonssystemer som hindrer informasjonsflyt For få praksisplasser i masterstudiet i klinisk ernæring
	Overordnet struktur/ansvars- og oppgavefordeling/retningslinjer/prosedyrer	
<ul style="list-style-type: none"> Retningslinjer og anbefalinger fra myndighetene: Helseforetaket skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, og deretter ukentlig Pasienter i ernæringsmessig risiko skal få målrettet ernæringsbehandling med individuell ernæringsplan Dokumentasjon om ernæringsstatus og -behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres til neste omsorgsledd Helseforetakene skal bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig opplæring om ernæring Institusjonens ledelse bør utarbeide en overordnet ernæringsstrategi som sørger for kvalitetsikring av ernæringsarbeidet Helseforetakene skal sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av kvalitetssystemet Styringsdokumentet Helse Stavanger 2013: Helseforetaket har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger og retningslinjer Økt kapasitet for kirurgi mot sykelig overvekt Potensial for kostnadsbesparelser Diagnose- og prosedyrekoder for ernæringsbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> Helsevesenet har ikke tatt inn over seg den nye kunnskapen som forskningen innen klinisk ernæring har generert ved å satse tilstrekkelig på ernæringsbehandling Fokusert på ernæring i helsefagutdanningene og medisinerutdanningen er ikke tilstrekkelig 	
Samhandling/samarbeid/informasjonsflyt		
<ul style="list-style-type: none"> Igangsett samhandling med kommunene Samarbeid med Universitetet i Stavanger (Sykepleierutdanningen og Norsk hotellhøgskole) Samarbeid med Måltidets Hus (kompetanseutvikler og leverandør av måltidsløsninger) 	<ul style="list-style-type: none"> Kommunene har ikke tilgang på nødvendig ernæringsdokumentasjon fra sykehuset 	
Tjenestetilbud/etterspørsel		
<ul style="list-style-type: none"> Stor etterspørsel, engasjement og fokus på ernæring i befolkningen Nytt sykehusbygg – spisesstuer som er betjent morgen, middag og kveld – hvor det kan lages mer mat på desentrale kjøkken (kokker med fagbrev) 	<ul style="list-style-type: none"> Demografi og epidemiologi – stor etterspørsel i fremtiden Befolkningen vil få større krav til kvalitet og service Manglende kompetanse innen klinisk ernæring i kommunene 	

VEDLEGG 2: PROSJEKTORGANISASJON

Tabellen viser hvem som inngikk i styringsgruppen, prosjektgruppen og arbeidsgruppene ved utarbeidelse av ernæringsstrategien for Helse Stavanger HF 2015–2020.

Styringsgruppen

Emma Manin, divisjonsdirektør, Divisjon for intern service (leder)

Henning Garsjø, divisjonsdirektør, Kvinne- og barnedisvisjonen

Svein Skeie, divisjonsdirektør, Medisinsk divisjon

Inger Kari Nerheim, divisjonsdirektør, Psykiatrisk divisjon

Prosjektgruppen

Hanne J. Juul, seksjonsleder klinisk ernæring (leder)

Brith Halvorsen, oversykepleier, Medisinsk avdeling

Elise Vigeland, fagutviklingssykepleier, Medisinsk avdeling

Bente Rossavik, fagutviklingssykepleier, Kirurgisk divisjon

Sissel Mugaas Østerhus, klinisk ernæringsfysiolog i Kvinne- og barnedisvisjonen

Marit Alfsvåg, seksjonsoverlege i geriatri, Medisinsk divisjon

Marius Osaland Muis, konstituert overlege, Kirurgisk divisjon

Anne Aase, kvalitetsansvarlig, Divisjon for intern service

Inger Jewitt, seksjonsleder buffé, Divisjon for intern service

Torbjørge Eide Særvoll, oversykepleier Stavanger DPS, Psykiatrisk divisjon

Arbeidsgruppene

Mattilbud og service

Anne Aase, Inger Jewitt, Torbjørge Eide Særvoll og Hanne J. Juul

Matomsorg og pleie

Elise Vigeland, Brith Halvorsen, Bente Rossavik, Torbjørge Eide Særvoll og Hanne J. Juul

Medisinsk ernæringsbehandling

Sissel Mugaas Østerhus, Marit Alfsvåg, Marius Osaland Muis og Hanne J. Juul



2015 *Stavanger universitetssjukehus*