

Helse Bergen sin  
ernæringsstrategi  
2017 - 2021

# Innhald

Innleiing.....	2
Visjon .....	2
Utfordringsbilde .....	3
Helsetenesta i endring .....	3
Implementering.....	3
Mat- og ernæringsarbeid i sjukehuset .....	4
Prioriteringar .....	5
Grupper og problemstillingar .....	5
Arbeidsområder .....	5
Mål .....	8
Tabell 1 Mattilbod og service .....	9
Tabell 2 Matomsorg .....	10
Tabell 3 Ernæringsbehandling.....	11
Organisering og oppfølging av ernæringsstrategien.....	12

# INNLEIING

God ernæringsstatus er grunnleggjande for god helse samt for behandling av sjukdom og skade. I oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 var eit av måla at «*Helseføretaka har etablert ein overordna ernæringsstrategi i tråd med anbefalingar i faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet og Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2012)*».

Med visjon om «optimal ernæring til alle pasientar» var Haukeland universitetssjukehus (HUS) i 2006 første norske helseføretak med ernæringsstrategi forankra i føretaksleiinga. Etter dette er det kome klare føringar frå helsemyndigheitene som har gjort det aktuelt å revidere ernæringsstrategien:

- Nasjonale faglige retningslinjer for førebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2009) som anbefaler at pasientar etter faste rutiner skal vurderast for ernæringsmessig risiko og at risikopasientar skal få ernæringsbehandling
- Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012) som utdjuper og konkretiserer mat- og ernæringsarbeidet
- Oppdragsdokument til helseføretaka som gjeld mat- og ernæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2013) der sjukehusa får klare føringar for arbeidet blant anna ved å sikre at pasientane vert ernæringsmessig vurdert og følgt opp, at ernæringsplanar vert vidareformidla til kommunane, at rettleiingsansvaret ovanfor kommunane vert teke i vare og som nemnt, at sjukehusa skal ha ein ernæringsstrategi
- Ernæring vart nytt innsatsområde i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender» i 2015 og helsemyndigheitene set ytterlegare press på konkrete prioriteringar i ernæringsarbeidet

Med desse føringane vert både spesialist- og primærhelsetenesta utforda i mat- og ernæringsarbeidet.

Strategien bygger på dei nemnde føringane, i tillegg til relevant lovverk<sup>1</sup> og søker å sikre at HUS varetek oppdraget om mat og ernæring.

Ernæringsstrategien grensar til Strategi for det førebyggjande og helsefremjande arbeid ved Haukeland universitetssjukehus (2011) og Kompetansestrategi for Helse Bergen (2015).

HUS sin reviderte ernæringsstrategi er behandla og vedteke i Føretaksleiinga 6.12.2016 (sak 97/16).

## Visjon

Visjon for ernæringstrategien ved HUS vert vidareført og er «*Optimal ernæring for alle pasientar*».

---

<sup>1</sup> Helsepersonellova, Specialisthelsetenestelova, Pasient- og brukerrettighetsloven, Forskrift om habilitering og rehabilitering og Matloven

## Utfordringsbilde

### Helsetenesta i endring

I «Pasienten si helseteneste» skal brukaren i større grad vere i sentrum. Det tilseier at pasientane sine behov i større grad skal vera førande for korleis tenesetilbodet er innretta.

I sjukehuset er det fokus på pasientflyt, eksempelvis pakkeforløp og prepoliklinikkar for å gje pasientane større føreseielegheit, kortare ventetid og er ein del av arbeidet med å fornye, forenkle og forbetra helsetenesta. Det er viktig at arbeidet med ernæring vert inkludert i dette arbeidet.

Gjennom mange år har det vore ei endring frå at pasientane vert lagt inn i sjukehuset til at dei no er i dag- og poliklinisk kontakt. Sjukehuset må etablere rutinar for å identifisere pasientar med ernæringsmessige utfordringar og eventuelt startar behandling også i slike kontaktar. Det er viktig å ta tidleg grep om ernæringsrelaterte problem.

Psykisk helse og rus er viktige satsingsområde. Pasientane har krav på ei helseteneste som tek i vare både kropp og sinn, noko som set krav til god samhandling mellom somatisk og psykisk helseteneste.

Samhandlingsreforma har medført spesialisering av spesialisthelsetenesta sine oppgåver og flytting av ansvar for oppfølging og behandling til primærhelsetenesta og fastlegane. Sjukehuset må i større grad enn før inkludere samhandling med primærhelsetenesta og fastlegane om ernæringsarbeidet. Det er ei utfordring at det er svært få kliniske ernæringsfysiologar i primærhelsetenesta som kan delta i dette arbeidet. Fastlegane ønskjer å tilvise direkte til klinisk ernæringsfysiolog på sjukehuset, spesielt dei pasientane som allereie får behandling i spesialisthelsetenesta. Kommunane etterspør deling av ernæringsfaglige retningslinjer, prosedyrar og pasientinformasjon.

### Implementering

Sjukehuset har erfart at det tek tid å innføre nye rutinar for vurdering av ernæringsstatus og igangsetting og oppfølging av ernæringsbehandling. Stadig fleire vert vurdert, men tal frå Styringsportalen midtvegs i 2016 viser at ikkje alle aktuelle pasientar blir vurdert for ernæringsmessig risiko. Vidare viser Ernæringsregistreringane ved HUS (punktprevalensundersøkingar) at ikkje alle pasientar identifisert til å være i ernæringsmessig risiko får ein ernæringsplan/-tiltak. Rapportar frå DIPS om bruk av diagnosekodar viser at kodeverket for underernæring er lite i bruk. Dette viser at informasjon om ernæringsstatus og ernæringsplanar i liten grad vert formidla vidare når pasientane vert overført til neste behandlingsledd. Det har ikkje vore tilstrekkeleg «lett å gjere rett», for eksempel at elektroniske journalsystem ikkje har vore godt nok tilpassa og tilrettelagt.

At rutina ikkje vert følgd opp, og at ikkje alle pasientar vert identifisert og behandla, kan skuldast at oppgåvene med og ansvar for mat- og ernæringsarbeidet ikkje har vore godt nok definert og delvis pulverisert mellom faggrupper. Mat- og ernæringsarbeidet har ikkje vore høgt nok prioritert, og leiarane som har lokalt ansvar for mat- og ernæringsarbeid har ikkje fått nok støtte. Vidare kan det vera ei svakheit at innføringa av ernæringsstrategien ikkje har følgt den etablerte leiarstrukturen ved HUS, men i for stor grad vore delegert til enkeltpersonar (Ernæringsnettverket).

Ved HUS har mat- og ernæringsarbeidet dei siste 10 åra i stor grad hatt fokus blant vaksne inneliggjande pasientar i somatikken. Barn- og unge, pasientar innan rus og psykisk helse og polikliniske pasientar har i liten grad vore inkludert i det systematiske ernæringsarbeidet.

Mattilbodet til HUS tilfredsstillende per i dag ikkje Kosthåndboken sine anbefalingar fullt ut. Postane/avdelingane etterlyser større tilpassing til sine pasientgrupper (for eksempel til barn og unge, langtidspasientar og pasientar i psykisk helsevern). Samstundes ser ein at variasjonen i mattilbodet er lite kjent blant postane og at spesialkostar er lite brukt, moglegvis pga. at kommunikasjonen mellom postane og kjøkkene ikkje er tilfredsstillande.

Det er ein omfattande logistikk og mange involverte før maten når pasienten. Kva dei ulike kjøkkene ved HUS tilbyr er mellom anna avhengig av innkjøpsavtalar, planleggingsverktøy, ressursar til utviklingsarbeid, produksjonsutstyr, transportsystem og lagerkapasitet. Ein ser at det er vanskeleg å sette av areal til kjøkken og eteområder nær postane. HUS sitt finansieringssystem (intern fakturering) bidrar til at mattilbodet varierer mellom postar og avdelingar.

## MAT- OG ERNÆRINGSARBEID I SJUKEHUSET

Mat- og ernæringsarbeidet i sjukehuset er i strategien delt inn i tre for å gjera det tydelig kva for oppgåver, roller og ansvar som høyrer til. Overgangane mellom dei tre delane er glidande og i det er i skjeringspunkta utfordringane kan oppstå.

**Mattilbod og service** inkluderer her matinnkjøp, menyplanlegging, matproduksjon, distribusjon av mat og tillaging av måltida. Matforsyningskjeda omhandlar alle ledda mellom der maten blir produsert og til maten blir ete. Arbeidet blir teke i vare av kjøkkenet sitt personell, men også av helsepersonell, reinhaldspersonell og portørar.

**Matomsorg** inkluderer her oppgåvene som er nødvendig for å sikre at alle dag- og inneliggjande pasientar får eit individuelt tilpassa mattilbod, uavhengig om ein har ein ernæringstilstand som krev behandling eller ikkje. Ein inkomstsamtale kartlegg behov for individuell tilpassing av kosthaldet, for eksempel i form av spesialkost som tek i vare allergi og intoleranse, religiøse og kulturelle forhold, måltidsrytme, porsjonsstorleik og konsistens. Vidare omhandlar matomsorg at det er lagt til rette for eit godt matmiljø med fokus på ro til å ete og at dagsprogrammet på sjukehuset ikkje inneber unødvendig lang faste. Eit godt matmiljø inkluderer også motiverande samtalar om måltidet, omgjevnader som stimulerer appetitten og at eventuelle behov for hjelp og tilpassa utstyr blir sytt for. Dette arbeidet blir teke i vare av pleiepersonell på post, men også matfagleg personell og ergoterapeutar har ei rolle.

**Ernæringsbehandling** inkluderer her målretta ernæringstiltak som varetek pasienten sine ernæringsmessige behov (energi, makro- og mikronæringsstoffer) ved feilernæring og/eller sjukdom/skade/planlagt behandling. Alle pasientar sin ernæringsstatus skal etter fast rutine vurderast ved innlegging og under opphald, og ernæringsbehandling skal initierast, følgjast opp og evaluerast/justerast. Ernæringsbehandling omfattar også førebyggjande ernæringstiltak i tilfelle der forverring av ernæringsstatus kan forventast. Ernæringsbehandling inngår i og er ein grunnleggjande føresetnad for den medisinske pasientbehandlninga og er del av behandlingsansvarleg lege sitt ansvarsområde. Ernæringsstatus og -behandling skal dokumenterast ved hjelp av ernæringsrelaterte diagnose- og/eller prosedyrekodear. Dette arbeidet blir teke i vare av sjukepleiarar, legar og klinisk ernæringsfysiologar. Logopedar har også ei rolle i dette arbeidet.

# PRIORITERINGAR

## Grupper og problemstillingar

Ernæring og kosthald har stor betydning for barn og ungdom sin motoriske og kognitiv vekst og utvikling, samt påverkar risiko for kroniske sjukdom seinare i livet. Det er fleire med kronisk sjukdom i dag enn tidlegare, inkludert sjukdom som krev individuelt tilpassa ernæringstiltak. Førekosten av ernæringsmessig risiko blant vaksne inneliggjande pasientar ved somatiske sengepostar er høg, og særleg eldre er ei risikogruppe. Framtida visar mot ei auke i lidingar relatert til levevanar, rus og psykisk helse. Ruspasientar er ofte under- og feilernærte. Pasientar med alvorleg psykisk sjukdom har betydelig forkorta levetid, i stor grad på grunn av livsstilssjukdommar. Også nokre innvandrargrupper har betydelig auka risiko for livsstilssjukdommar samanlikna med resten av befolkninga.

På bakgrunn av dette bør følgjande grupper og problemstillingar prioriterast i HUS sitt mat- og ernæringsarbeid:

- Barn og unge
- Pasientar med særleg risiko for livsstilssjukdomar (enkelte grupper av pasientar innan psykisk helsevern, innvandrargrupper)
- Pasientar i ernæringsmessig risiko (særleg eldre, pasienter med kronisk sjukdom og pasientar med rusproblematikk)

## Arbeidsområder

I dei kommande åra vert desse områda prioriterert:

### Kompetanse

Kompetansestrategien for Helse Bergen HF 2015 - 2030 definerer kompetanse som kunnskap, innsikt, erfaringar, eigenskapar, ferdigheiter og haldningar som er nødvendig for å sikra Helse Bergen som ein framtidretta og berekraftig kompetanseorganisasjon. Kompetanse i ernæring tilsvarande denne definisjonen er nødvendig for at HUS skal nå sine mål i ernæringsstrategien.

«Kompetansebehov innan ernæring hos nøkkelgrupper» frå Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for ernæring til HOD i forbindelse med ny nasjonal handlingsplan for ernæring viser at både helsefagutdanningane og medisinstudiet har få krav til innhald og få læringsmål om ernæring. Difor blir det viktig at HUS knytter kompetansekrav til mat- og ernæringsarbeidet for medarbeidarar som jobbar med mattilbod, matomsorg og/eller ernæringsbehandling og definerer dette i kompetanseplanane deira. Krava må vera knytt til undervisnings- og opplæringstilbod som er tilgjengelig i Læringsportalen og som vert halde regelmessig gjennom året.

### Mattilbodet

Mattilbodet ved HUS skal vera fleksibelt. Mattilbudet skal ivareta pasientane sine behov og særskilt dei prioriterte gruppene i ernæringsstrategien, som barn og unge og pasientar i psykisk helsevern som gjerne har lengre liggetid enn pasientar i somatikken. Eit individuelt tilpassa mattilbod set krav til at både klinikken og kjøkkenet tek i bruk Kosthåndboken. Klinikken skal ha oversikt over dei ulike spesialkostane kjøkkena tilbyr, og kjøkkena på si side skal kjenne til pasientgruppene sine ulike behov.

Dei fleste sine behov vil kunne dekkjast ved anbefalingen om å tilby dei to standardkostane som er utarbeida for pasientar med underernæringsproblematikk og livsstilssjukdommar.

Eit «friskt» etemiljø skal ha høg prioritet. Dei inneliggade pasientane skal ha høve til å innta måltid i trivelege omgjevnader. Pasientar som er i poliklinikk og dagbehandling skal ha tilgang til å kunne kjøpe mat og drikke og det skal finnast gode matmiljø å opphalde seg i. Sjukehuset skal ta dette i vare i nye bygg og rehabilitering av gamle bygg.

Maten skal være trygg og smake godt. Dette set krav til matproduksjon, samt oppbevaring, tillaging og servering. Alle som har ansvar for å handtere og servere pasientar mat må ha kunnskap om dette. Slik er det ikkje i dag. Det er ønskjeleg å samle oppgåver knytt til mattilbodet på færre hender. Det er nødvendig å setje av ressursar til kunnskapsheving, utviklingsarbeid av for eksempel menyar, metodar for servering og produksjonsmetodikk. Det er viktig at den enkelte post og avdeling sine prioriteringar og økonomi ikkje fører til ulikskap i mattilbodet.

### **Internt samarbeid og kommunikasjon**

Ansvar for mat- og ernæringsarbeidet ligg hjå ulike faggrupper. Nokre oppgåve- og ansvarsområde er delt mellom fleire grupper, medan andre er tydeleg fordelt til enkelte faggrupper. Dette set krav til samarbeid og kommunikasjon blant medarbeidarar i organisasjonen. Betre samarbeid mellom fagprofesjonar og tydelegare kommunikasjon for eksempel via tavlemøter og dokumentasjonssystem kan medverka til klarare arbeidsfordeling og meir riktig bruk av ressursar. I tillegg til faggruppene som har rollar i mat- og ernæringsarbeidet (side 4), er psykologar, tannlegar, tannpleiarar, farmasøytar og fysioterapeutar faggrupper som kan bidra i arbeidet. I tida framover skal ein etablere tettare samarbeid.

Mat- og ernæringsarbeidet skal kommuniserast regelmessig på eit overordna nivå i føretaket for å halde det daglege mat- og ernæringsarbeidet på agendaen hjå leiarane.

### **Brukarmedverknad**

Viss brukarane fekk bestemme ville truleg mat og ernæring hatt ei større plass i pasientomsorga. Involvering av pasientane må skje på overordna nivå gjennom Brukarutvalet og Ungdomsrådet, men også i det daglege arbeidet og i møta mellom pasient/pårørande og personell i sjukehuset.

Det er potensiale for at pasientar og pårørande kan ta større del i mat- og ernæringsarbeidet ved at det blir lagt til rette og organisert i sjukehuset. For eksempel kan større grad av valfriheit, variasjon og tilgjengelegheit i mattilbodet bidra.

Som ein del av pasientforløpa skal pasientane i større grad verta opplyste om kva dei sjølv kan gjera for å betre ernæringsstatus i forkant av planlagt behandling. Tilsvarende, der ernæringsproblematikk er kjent biverknad av behandling er det nødvendig at pasientane er førebudd og har kunnskap om korleis best mogleg bidra til å førebygge. Sjukehuset må inkludere vurdering av ernæringsstatus og ernæringstiltak i pasientforløpa, gje god informasjon, opplæring og tilgang til støtteverktøy for pasientar og pårørande og på denne måten legge til rette for at pasienten i større grad kan delta. Innsyn i journal og til eigen ernæringsplan kan dermed vere hensiktsmessig.

### **Samhandling**

For å ta i vare ernæring gjennom heile pasientforløpet er det nødvendig at sjukehuset har god samhandling med primærhelsetenesta. Ernæringsrelaterte forhold er i noko grad teke i vare i det eksisterande avtaleverket mellom sjukehuset og kommunane i opptaksområdet. Sjukehuset og kommunane bør vurdere moglegheitene for å inkludere ernæringsarbeidet (ansvars- og oppgåvefordeling, retningslinjer, prioriteringar, forventingar) i større grad ved revisjon av eksisterande avtaleverk. Kva som er spesialist- og primærhelsetenesta sine ansvarsområder skal definerast i strategiperioden.

Oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at sjukehuset skal vareta rettleiingsoppgåva ovanfor kommunane på ernæringsområdet. Det er ønskje om å etablere eit nettverk på tvers av helsetenesta. Sjukehuset og kommunane må vurdere om samhandling om ernæring skal inkludere utdanningstiltak, ressurscenter og nettverk, for eksempel tilsvarande Regionalt kompetansesenter for lindrande behandling.

Også samhandling med forskings- og utdanningsinstitusjonar må vera etablert for å sikre opplæring og utdanning av personell, samt samarbeid om forskning, utvikling og innovasjon innan mat- og ernæringsarbeidet.

### **Organisering av HUS sitt mat- og ernæringsarbeid**

For å sikre at mat- og ernæringsarbeidet vert vareteke er det viktig med felles forståing for kva arbeidet inneber, kva som er målsetninga og korleis ansvaret er plassert.

Sjukehuset har fokus på pasientforløp og desse må også inkludere kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus. For å følgje opp dette må det setjast av ressursar til å gjennomføre tilpassingar i mat- og ernæringsarbeidet.

I større grad enn før er pasientane i dag- eller poliklinisk kontakt med sjukehuset. I mange tilfelle vert ikkje ernæringsstatus systematisk følgd opp i desse møta. Pasientane har ikkje dei same rettane til eit mattilbod som dei som er innlagde. Sjukehuset må legge til rette for at pasientar i dag- og poliklinisk kontakt får tilgang til å kjøpe mat og drikke nært til der behandlinga føregår og at pasientar som bur på pasienthotellet har eit godt og tilpassa mattilbod.

Oppgåver knytt til måltida i avdelingane skal samlast og organiserast slik at det blir tydelegare oppgåvedeling. Dette er oppgåver som mellom anna tillaging og slutttilbereding av mat, rydding og oppvask, kommunikasjon mellom helsepersonell, pasientar og sentralkjøkkenet og IK-mat. Per i dag er det ulike modellar i sjukehuset. I spisestove-modellen har kjøkkenfagleg personell ansvar for matserveringa, medan i buffe-modellen ligg store delar av oppgåvene hjå pleiepersonell i tillegg til innleige frå for eksempel reinhald.

Eit meir kontinuerleg nærvær og klinisk ernæringsfysiolog som ein meir føreseieleg ressurs, er etterspurt blant både pleie- og legepersonell på post, i poliklinikk og dagbehandling. Eit slikt nærvær har vist å betre vurdering og oppfølging av pasientane sin ernæringsstatus og -behandling, å fremja tverrfagleg samarbeid, å effektivisere tidsbruken ved ernæringsarbeidet og generelt å auka ernæringskompetansen. For faggruppa kliniske ernæringsfysiologar vil dette føre til ein meir føreseielig kvardag og spissa kompetanse. Kliniske ernæringsfysiologar er ei relativt ung faggruppe i spesialisthelsetenesta og fagmiljøet er lite. Ein må i strategiperioden definere klinisk ernæringsfysiolog si rolle og ansvarsområde i sjukehuset og dette kan gje grunnlag for å talfeste kor mange kliniske ernæringsfysiologar det er behov for. Det er i 2016 innført polikliniske takstar for faggruppa klinisk ernæringsfysiolog og ein må greie ut kva for moglegheit dette gjev.

Ernæringsbehandling held i mange tilfelle fram etter utskrivning. Sjukehuset har via Seksjon for behandlingshjelpemidler, ansvar for utdeling og opplæring i medisinsk utstyr, samt utdeling av forbruksmateriell. Dette er potensielt ein egna arena for å følgje opp sjølv ernæringsbehandlinga som i mange tilfelle er etterspurt. Dette bør greiast ut.

### **Støtteverktøy**

Elektroniske journalsystema (EPJ) er under utvikling og verktøya vert stadig forbetra. Det er essensielt å sikre at ernæringsstatus, ernæringsbehandling og rutinar knytt til dette vert teke i vare i nye system og



versjonar og at ein har som mål å gje brukaren god rettleiing og prosesstøtte. Systema må i størst mogleg grad vera samkjørt og tilgjengelig for personell som treng dei, slik at dei bidreg til:

- Kommunikasjon om mattilbodet i sjukehuset og sikrar riktig mat til riktig pasient
- Vurdering av ernæringsstatus og oppfølging av ernæringsbehandlninga
- Samhandling og kommunikasjon med neste behandlingsledd (internt og eksternt)

Interne retningslinjer, rutinar og prosedyrar for ernæringsarbeidet må delast i egna elektroniske system. Sjukehuset sine internettsider og andre aktuelle eksterne kommunikasjonssider må nyttast for å betre både samhandling og auka brukarmedverknaden.

## MÅL

Mat- og ernæringsarbeidet inngår i alle dei fire lovpålagte hovudoppgåvene til sjukehuset. Hovudmåla for mat- og ernæringsarbeidet er i denne strategien sett i relasjon til sjukehuset sine hovudoppgåver<sup>2</sup>.

**Tabellane 1 -3** gjev 12 hovudmål for arbeidet. For kvar av desse er det utarbeida delmål som tydeleggjer og spissar målsetningane.

Alle mål vil ikkje vere like relevante for alle einingar i føretaket. Einingane får i oppfølginga av strategien høve til sjølve å vera med å prioritera kva for mål dei skal arbeide med og tidsplan.

---

<sup>2</sup> Sjukehuset har fire lovpålagte hovudoppgåver: Pasientbehandling, opplæring av pasientar og pårørande, utdanning av helsepersonell og forskning. I denne strategien er hovudoppgåvene «utdanning av helsepersonell» og «forskning» utvida. Mat – og ernæringsarbeidet omfattar ikkje berre helsepersonell, men også matfagleg personell og assistentar med ulik bakgrunn og organisering. Hovudoppgåva «utdanning av helsepersonell» omfattar her opplæring av studentar/elevar i både helse- og matfaglege utdanningsløp. Opplæring av eige personell med tanke på rollar, oppgåver og ansvar i mat- og ernæringsarbeidet skal også verte vareteke på sjukehuset. Difor er denne oppgåva her utvida til «utdanning og opplæring av personell». Utviklingsarbeid og innovasjon vurdert som viktig for alle tre delane av mat- og ernæringsarbeidet. Difor er forskning her utvida til «forskning, utvikling og innovasjon».

## Tabell 1 Mattilbod og service

<b>1.1. Pasientbehandling</b>	
<b>Hovudmål</b>	
1.1.0	Pasientar skal få eit velsmakande, trygt og ernæringsmessig fullgodt mattilbod
<b>Delmål</b>	
1.1.1	To standardkostar ( <i>Energi- og næringstett kost</i> og <i>Nøkkekrådkost</i> ) og eit tilpassa utval spesialkostar skal vera tilgjengeleg
1.1.2	Faste mellommåltid skal vera tilgjengelig for pasientane
1.1.3	Spesialkostar, menyar og tillaga måltider skal vera næringsberekna og innehalde opplysningar om varedeklarasjon og allergen
1.1.4	Kostar, menyar og tillaga måltider skal vera tilpassa til ulike pasientgrupper (eldre, barn/unge, ulike diagnosar, kultur og religion) og vareta valfridom og variasjon
1.1.5	Kolonialvareutvalet skal vareta variasjon, ulike behov og gje fleksibilitet i mattilbodet og det skal utarbeidast oversikter over kva matvarer som tilhøyrar ulike spesialkostar (for eksempel ved glutenfritt kosthald)
1.1.6	Matfagleg personell skal i størst mogleg grad utføra arbeid med mat, inklusivt det som føregår på postane
1.1.7	Arbeidsfordelinga mellom hovudkjøkken, kjøkkenpersonell nær post og helsepersonell post skal vera tydeleg og avklart
1.1.8	Sjukehuset skal ha eit finansieringssystem som sikrar likt mattilbod for pasientane
1.1.9	Pasientar i poliklinisk kontakt skal ha tilgang til å kjøpe mat nært til der behandling føregår
<b>1.2 Opplæring av pasientar og pårørande</b>	
<b>Hovudmål</b>	
1.2.0	Sjukehuset skal ha eit mattilbod som speglar kostanbefalingar og ernæringsbehandling gitt pasientar og pårørande
<b>Delmål</b>	
1.2.1	Informasjon om mattilbodet og menyane, inkludert næringsinnhald og allergimerking, skal vera tilgjengelig og gjerast kjent for pasientar og pårørande
1.2.2	Tilbod om opplæring i matlaging skal vidareutviklast for enkelte pasientgrupper og pårørande (via LMS og tilsvarande)
<b>1.3 Utdanning og opplæring av personell</b>	
<b>Hovudmål</b>	
1.3.0	Tilsette som jobbar med mattilbodet skal ha kompetanse om å ta i vare trygt og ernæringsmessig fullgodt kosthold til pasientane, og kunne rettleie om dette
<b>Delmål</b>	
1.3.1	Sjukehuset skal bidra i utdanninga av matfagleg personell
1.3.2	Personell som jobbar med mattilbodet skal ha dokumentert matfagleg kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar
<b>1.4 Forsking, utvikling og innovasjon</b>	
<b>Hovudmål</b>	
1.4.0	Sjukehuset skal utvikle løysningar og rutinar som forenkler, forbetrar og fornyar mattilbod og service
<b>Delmål</b>	
1.4.1	Innovasjon er ein alternativ framgangsmåte for å komme fram til løysingar når ein ser manglar i mattilbodet
1.4.2	Sjukehuset skal redusera overføringspunkt mellom matproduksjon og matsivering for å redusera risiko for feil
1.4.3	Sjukehuset skal ha enkle og tydelige bestillingsrutinar og elektroniske støtteverktøy som sikrar rett mat til rett pasient

## Tabell 2 Matomsorg

<b>2.1 Pasientbehandling</b>	
<b>Hovudmål</b>	
2.1.0	Pasientar skal få ein kost tilpassa individuelle behov og eit tilrettelagt matmiljø
<b>Delmål</b>	
2.1.1	Pasientane sine individuelle kostbehov (måltidsrytme, behov for spesialkost og nødvendig hjelp til å ete) skal verta kartlagt og sytt for
2.1.2	Måltidene skal vera servert på ein innbydande måte og porsjonen skal vera tilpassa den enkelte
2.1.3	Pasientane sine planar for dagen skal inkludera regelmessige måltid og hindra unødig lang nattfaste og unødig faste i samband med planlagde inngrep og behandling
2.1.4	Pasientane skal få ete i ro og fred i eit reint og trivelig måltidsmiljø
2.1.5	Postane skal ha rutinar for matsservering og oppfølging i måltida med tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling
<b>2.2 Opplæring av pasientar og pårørande</b>	
<b>Hovudmål</b>	
2.2.0	Kost servert på sjukehuset, samt rammer for måltid og matmiljø skal ha ein positiv læringseffekt for pasientar og pårørande
<b>Delmål</b>	
2.2.1	Pasientar og pårørande skal få nødvendig opplæring og rettleiing til å kunne vareta eigen matomsorg (for eksempel hjelp til å ete, tilpassing av eteutstyr mm.)
2.2.2	Det skal vera tilgjengelig informasjon for pasientar og pårørande om viktigeit av og praktisk informasjon om korleis vareta eiga matomsorg
2.2.3	Sjukehuset vil vurdere å bruka frivillige frå Frivilligkorpset som selskap for pasientane under måltida
<b>2.3 Utdanning og opplæring av personell</b>	
<b>Hovudmål</b>	
2.3.0	Personell skal få opplæring i og ha kompetanse om korleis legge til rette for at pasientane får eit individuelt tilpassa kosthald i eit tilrettelagt matmiljø, og kunne rettleie om dette
<b>Delmål</b>	
2.3.1	Sjukehuset skal bidra med opplæring i utdanning av dei yrkesgruppene som skal jobbe med matomsorg
2.3.2	Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behovet for kompetanse innan matomsorg til relevante grunn- og vidareutdanningar
2.3.3	Personell som jobbar med matomsorg skal ha dokumentert kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar
2.3.4	Matomsorg skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter, ernæringsfagdagar og i faglige fora
<b>2.4 Forsking, utvikling og innovasjon</b>	
<b>Hovudmål</b>	
2.4.0	Bidra aktivt til forsking, utvikling og innovasjon samt ta i bruk løysningar og rutinar som forenkler og forbetrar matomsorg
<b>Delmål</b>	
2.4.1	Sjukehuset skal vurdere innovasjon som alternativ framgangsmåte for å komme fram til løysingar for å kunne vareta pasientane sine behov

## Tabell 3 Ernæringsbehandling

<b>3.1 Pasientbehandling</b>	
<b>Hovudmål</b>	
3.1.0	Pasienten skal utgreiast for å avdekka behov for ernæringsbehandling og sjukehuset skal gje eventuelle tiltak og oppfølging
<b>Delmål</b>	
3.1.1	Inneliggjande pasientar skal etter faste rutiner vurderast for ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingsspåført overvekt og inkluderast i pasientforløpsprosjekt og pre-pol-prosjekt
3.1.2	Prioriterte grupper polikliniske pasientar og dagpasientar skal vurderast for ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingsspåført overvekt
3.1.3	Pasientar som ein finn å vera i ernæringsmessig risiko eller risiko for behandlingsspåført overvekt skal ha ernæringsbehandling/ernæringsplan
3.1.4	Sjukehuset ska ha tydelige ansvars- og oppgåvefordelingar kring igangsetjing og oppfølging av ernæringsbehandling forankra i eigne EK-prosedyrar
3.1.5	Ernæringsstatus og ernæringsbehandling skal dokumenterast og eventuelt kodast og vidareformidlast til neste behandlingsledd
<b>3.2 Opplæring av pasientar og pårørande</b>	
<b>Hovudmål</b>	
3.2.0	Pasient/pårørande skal i størst mogleg grad vera informert og involvert i eigen ernæringsbehandling
<b>Delmål</b>	
3.2.1	Sjukehuset skal ha tilgjengelig informasjonsmateriell og opplæringstilbod om kostråd ved ulike diagnosar/behandlingar for pasient/pårørande
3.2.2	Pasient/pårørande eller omsorgspersonale frå institusjon skal få opplæring til gjennomføring av ernæringsbehandling når denne held fram etter utskrivning
<b>3.3 Utdanning og opplæring av personell</b>	
<b>Hovudmål</b>	
3.3.0	Helsepersonell skal få opplæring i og ha kompetanse om å avdekka, initiera og følgje opp ernæringsbehandling, og kunne rettleie om dette
<b>Delmål</b>	
3.3.1	Sjukehuset skal bidra til opplæring om ernæringsbehandling i utdanninga av helsepersonell
3.3.2	Sjukehuset skal gje konkrete innspel om behov til kompetanse om ernæringsbehandling i relevante grunn- og vidareutdanningar
3.3.3	Helsepersonell skal få nødvendig opplæring i mat- og ernæringsarbeidet
3.3.4	Personell som jobbar med ernæringsbehandling skal ha dokumentert kompetanse via utdanning og/eller kompetanseplanar
3.3.5	Ernæringsbehandling skal vere regelmessig tema i sjukehuset, både i dagleg praksis, på avdelingsmøter og på større møter/seminar (eksempelvis fredagsmøter, ernæringsfagdagar)
<b>3.4 Forsking, utvikling og innovasjon</b>	
<b>Hovudmål</b>	
3.4.0	Bidra aktivt til forskning, utvikling og innovasjon samt ta i bruk og evaluere løysningar som forenkler og forbetrar ernæringsbehandling
<b>Delmål</b>	
3.4.1	Sjukehuset skal gjennomføra tverrfaglige forskingsprosjekt og vurdere innovasjon som framgangsmåte med mål om å betra ernæringsbehandlinga
3.4.2	Sjukehuset skal ha oversikt over førekomst av ernæringsrelaterte problemstillingar og ev. ernærings tiltak som skal nyttast til evaluering og kvalitetssikring
3.4.3	Retningslinjer og prosedyrar for ernæringsbehandling skal etablerast på føretaksnivå og ein skal aktivt delta i arbeidet med å lage tilhøyrande nasjonale fagprosedyrar

# ORGANISERING OG OPPFØLGING AV ERNÆRINGSSTRATEGIEN

Administrerende direktør er eigar av ernæringsstrategien. Det skal etablerast eit fagråd, Ernæringsrådet, som vil vera eit rådgjevande organ som følgjer opp strategien. Fagdirektør er leiar av Ernæringsrådet og er bindeleddet mellom Ernæringsrådet og Føretaksleiinga. Ernæringsrådet har ansvar for å utarbeide og leggje fram handlingsplanar til godkjenning i Føretaksleiinga. Føretaksleiinga skal også haldast orientert om relevante saker. Nivå 2 og 3-leiarane har ansvar for å tilpasse og gjennomføre relevante tiltak i eiga eining. Dette er viktig for å sikre god forankring i sjukehuset og følgje den etablerte leiarstrukturen (**Tabell 4**).

Ernæringsrådet må ha kompetanse som dekker heile mat- og ernæringsarbeidet, dvs. mat- og ernæringsfagleg personell, pleiepersonell, legar og eventuelt andre faggrupper, samt ha representantar frå leiarstrukturen i organisasjonen.

Aktuelle samarbeidspartar i oppfølginga av strategien er Brukarutvalet, Ungdomsutvalet, Samarbeidsutvala og utdanningsinstitusjonane.

Det skal vera Ernæringsnettverk for somatikk, psykiatri og rus, og barn og unge. Ernæringsnettverka består av ressurspersonar kalla ernæringskontaktar og ernæringsfagleiarar på post- og avdelingsnivå (**Tabell 5**). Dei er støtte til pleie- og legegruppa, matfagleg personell, og for leiarane i oppgåver relatert til mat- og ernæringsarbeidet. Mandata for ernæringsnettverket skal reviderast slik at forventningane til nettverket vert tydeleggjorde. Leiarar har ei viktig rolle i gjennomføring av arbeidet og må erkjenne at det tek tid og krev ressursar, både for å gjennomføra dagleg mat- og ernæringsarbeid, og til opplæring og utdanning nødvendig for at den enkelte medarbeidar er kompetent til å utføre oppgåvene. Leiarane har ansvar for å sikre at mat- og ernæringsarbeidet vert inkludert og organisert i det daglege arbeidet og at rutinar, prosedyrar og ansvarsfordeling er vareteke.

Hovudansvaret for oppfølginga av ernæringsstrategien er lagt til FoU-avdelinga som vil:

- Koordinere implementering av strategien, arbeidsgrupper og ernæringsnettverk for somatikk/barn og unge/psykiatri og rus
- Delta i arbeidet med utvikling av retningslinjer og prosedyrar, elektronisk pasientjournal, mattilbodet, opplæringstilbod samt kompetanseutvikling
- Bidra til og støtte opp om at rettleiingsoppgåva ovanfor kommunane på ernæringsområde vert vareteke
- Bidra til og støtte opp om forskning, utvikling og innovasjon

Tabell 4: Roller, mandat og tilhøyrande oppgåver for det overordna ernæringsstrategiarbeidet.

	Rolle	Mandat	Oppgåver
Nivå 1	Administrerande direktør og Føretaksleiinga	Avgjerande stemme	Ta stilling til innmeldte saker  Sette ernæring på dagsordenen
	Fagdirektør	Overordna fagleg ansvar  Leiar av Ernæringsrådet	Informera Føretaksleiinga om relevante saker
Nivå 2	Ernæringsråd	Anbefaler tiltak og prioriteringar omhandlande ernæring	Lage og følgje opp handlingsplanar  Drøfta og klargjera ernæringsfaglige problemstillingar
	Ernæringskoordinatørar	Dagleg oppfølging av ernæringsstrategien  Leia arbeidsgrupper og prosjekt tilhøyrande ernæringsstrategien	Sekretær for Ernæringsrådet
Nivå 3	Nivå 2 og 3-leiarar	Implementere ernæringsstrategien på eiga einig	Følgje opp og legge til rette for mat- og ernæringsarbeid i eiga eining
	Ernæringsstrategien sine arbeidsgrupper og prosjektgrupper	Vert tildelt frå Ernæringsfagrådet	Arbeide med saker initiert av Ernæringsrådet

**Tabell 5: Roller, mandat og tilhøyrande oppgåver** i Ernæringsnettverket. Tilhøyrande kompetansekrav må utarbeidast.

	Rolle	Mandat	Oppgåver
Avdelingsnivå	Ernæringsfagleiar (lege og sjukepleiar)	Ernæringsfaglig rettleiar for lege- og pleiegruppa	<p>Være kontaktpunkt ved ernæringsrelaterte spørsmål</p> <p>Rettleia i ernæringsbehandling og dokumentasjon på postane</p> <p>Invitere til regelmessige møter for ernæringskontaktane</p> <p>Formidle informasjon om bruk av diagnosekodar for ernæringsbehandling</p> <p>Bidra med informasjon om kompetanshevingstilbod</p> <p>Melde inn aktuelle saker og behov til ernæringskoordinator</p> <p>Medverke til at postane har ernæringskontaktar</p>
Postnivå	Ernæringskontakt (Sjukepleiar, Hjelpepleiar)	Hjelpe nivå 3-leiar i arbeidet med å følgje opp ernæringsstrategien på postnivå	<p>Kontaktperson</p> <p>Rettleia om mat- og ernæringsarbeid ved posten</p>