

NÅR MATINNTAKET BLIR FOR LITE ...



Heftets tittel: Når matinntaket blir for lite...

Utgitt: 06/2006

Bestillingsnummer IS-1327

Utgitt av:

Sosial- og helsedirektoratet

Kontakt:

Ernæring

Postadresse:

Pb 7000, 0130 Oslo

Besøksadresse:

Universitetsgt. 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50

Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no

Hefte kan bestilles hos:

Sosial- og helsedirektoratet

v/Trykksaksekspedisjonen

E-post: trykksak@shdir.no

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1327

FORORD

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (nå Nasjonalt råd for ernæring) nedsatte en arbeidsgruppe i 2002 for å sette fokus på arbeidet med ernæring i helseinstitusjoner, inkludert åpen omsorg med spesielt fokus på underernæring. Arbeidsgruppen fikk følgende mandat:

1. På bakgrunn av forskningsresultater, gi en oppsummering av forekomsten av underernæring i norske helseinstitusjoner og gjør en sammenligning med situasjonen i andre europeiske land.
2. Gi en oppsummering av hvilke tiltak som er gjennomført for å forebygge underernæring i helseinstitusjoner på bakgrunn av det daværende Helsedirektoratets anbefalinger fra 1987, og gi en vurdering av disse tiltakene.
3. Foreslå nye/supplerende tiltak for å redusere underernæring i helseinstitusjoner.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Karl-Olaf Wathne, leder (overlege, barneavd, Ullevål universitetssykehus),
Morten Mowé (overlege, geriatrisk avd. Aker universitetssykehus),
Ingunn Bergstad (avd.leder, avd. for klinisk ernæring, Aker universitetssykehus),
Hilde Toven (rådgiver, avd. for primærhelsetjenesten, SHdir),
Britt Skaar /Mona Lundby (kjøkkensjef, Norsk Forening for Ernæring og Dietetikk),
Vigdis Brit Skulberg (faglig leder, Helse- og velferdssetaten, Oslo kommune),
Magnhild Tveita (rådgiver, avd.for spesialisthelsetjenester, SHdir),
Heidi Aagaard (høgskolelektor, Høgskolen i Østfold, sykepleierutdanningen),
Beint Bentsen (overlege, barneavd, Ullevål universitetssykehus),
Henriette Øien, sekretær (seniorrådgiver, avd. for ernæring, SHdir)
I tillegg har det deltatt en observatør fra Statens helsetilsyn på enkelte av møtene.

•
Mål for arbeidsgruppen, nedsatt av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet i 2002, har vært den samme som for arbeidsgruppen fra Helsedirektoratet i 1987, nemlig å bidra til at pasientens kosthold skal få økt oppmerksomhet og bli prioritert både innen helsetjenesten og i utdanning av helsepersonell. Hovedfokus for denne gruppens arbeid har vært mer på strukturelle tiltak. Rapporten er ment som et forslag fra arbeidsgruppen til hvilke tiltak som bør iverksettes for å forebygge underernæring i helseinstitusjoner og åpen omsorg.

INNHold

Forord	3
sammendrag	7
1 bakgrunn	9
1.1 Helsedirektoratets strategi for å forebygge underernæring blant pasienter (1987)	9
1.2 Stortingsmelding nr.37 Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (1992-93)	10
1.3 Underernæring ved europeiske helseinstitusjoner	10
1.4 Referanser	11
2 underernæring i norske helseinstitusjoner	12
2.1 Definisjon av underernæring	12
2.2 Prevalens av underernæring	12
2.3 Årsaker til underernæring	13
2.4 Konsekvenser av underernæring	13
2.5 Referanser	15
3 hva er gjort?	17
3.1 Oppfølging av tiltak foreslått i strategiplanen mot underernæring av 1987	17
3.2 Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner inkludert åpen omsorg	19
3.3 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene "Kvalitetsforskriften"	20
3.3.1 <i>Kvalitetsforskriften og ernæring/underernæring</i>	20
3.4 Referanser	21
4 forslag til tiltak	22
4.1 Innledning	22
4.2 Kartlegging/overvåking av underernæringssituasjonen i helseinstitusjoner	22
4.3 Lover og regelverk	22
4.4 Tilsynsmyndighetenes rolle	23
4.5 Behov for økt utdanningskapasitet i ernæring	24
4.5.1 <i>Kliniske ernæringsfysiologer</i>	24
4.5.2 <i>Sykepleiere</i>	25
4.5.3 <i>Leger</i>	25
4.5.4 <i>Kjøkkenpersonell</i>	25
4.6 Referanser	26

SAMMENDRAG

1. Underernæring er et stort og fortsatt underkjent problem i norske helseinstitusjoner. Europarådet har lagt fram dokumentasjon fra en rekke europeiske land som viser at inntil 30% av pasienter i sykehus er underernærte. Enkelte studier fra norske sykehus bekrefter tallene fra Europarådet. Norge mangler imidlertid et system for systematisk overvåking av underernæringsssituasjonen i våre helseinstitusjoner.
2. Sykdom er i vår del av verden den viktigste enkeltårsak til underernæring. De sykeste pasientene er de mest underernærte og graden av underernæring synes å øke med lengden av oppholdet i institusjon.
3. Det finnes flere eksempler på gode tiltak mot underernæring som er gjennomført etter det daværende Helsedirektoratets strategiplan fra 1987, men disse tiltakene har ikke vært tilstrekkelige til å redusere problemets omfang i vesentlig grad.
4. Stortingsmelding 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, Statens ernæringsråds Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner inkludert åpen omsorg fra 1995 samt Sosial- og helsedepartementets rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten ("Kvalitetsforskriften") fra 1997 gir faglige retningslinjer for en god ernæringspolitikk i helseinstitusjonene. Forskriften er revidert i 2003.
5. Arbeidsgruppen tok initiativ til en juridisk betenkning om ernæringsens plass i lover og regelverk som omfatter helseinstitusjoner. Professor Aslak Syse har avgitt en slik betenkning (vedlegg 2). Hans hovedkonklusjon er at eksisterende lover og regelverk er adekvate. I betenkningen tilrås det at man legger vekt på å realisere de opptrukne ernæringspolitiske målene på dette området gjennom å utvikle bruken av ikke-rettslige virkemidler.
6. Kompetanse i klinisk ernæring mangler ved de fleste norske helseinstitusjoner og i kommunene. Antallet kliniske ernæringsfysiologer er fortsatt svært lavt (ca. 70 fordelt på landets helseinstitusjoner).
7. Europarådets rapport peker på fem barrierer mot en god ernæringspraksis i europeiske helseinstitusjoner:
 - Manglende engasjement fra institusjonsledelsens side
 - Manglende pasientinnflytelse
 - Manglende kunnskaper om ernæring blant alle yrkesgrupper
 - Uklare ansvarsforhold i planlegging og ledelse i forhold til kost og ernæring innenfor institusjonene
 - Mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper

Arbeidsgruppen er samstemmige i sin vurdering av at denne oppsummeringen også er dekkende for situasjonen i Norge.

Anbefalinger

1. Monitorering av underernæring i helseinstitusjoner

Etter mønster fra arbeidet mot sykehusinfeksjoner, hvor to punktprevalensstudier gjennomføres årlig i et stort antall helseinstitusjoner, foreslår arbeidsgruppen at SHdir iverksetter tiltak for en tilsvarende registrering av pasientenes ernæringsstatus.

2. Lover og regelverk

Arbeidsgruppen er enig i professor Syses hovedkonklusjon (Vedlegg 2) om at eksisterende lover og regelverk i hovedsak anses som adekvate, og at helsemyndighetene framover bør legge vekt på å realisere de opptrukne ernæringspolitiske målene gjennom å utvikle bruken av ikke-rettslige virkemidler.

Arbeidsgruppen slutter seg også til professor Syses konklusjon vedrørende barns rettsvern på ernæringsområdet og anbefaler (SHdir/ Helse-og omsorgsdepartementet) at forskrift FOR-2000-12-01-1217 om barns opphold i helseinstitusjon gis et nytt kapittel 3 med følgende ordlyd: Kapittel 3. Ernæring § 8. Barn i helseinstitusjon skal sikres en fullverdig og individuelt tilpasset ernæring.”

3. Tilsynsmyndighetenes rolle

Ettersom regelverket i hovedsak synes tilfredsstillende (kfr. professor Syses betenkning) mens praksisen likevel ofte svikter, er det arbeidsgruppens oppfatning at den sentrale helseforvaltningen ved det statlige helsetilsyn har et viktig ansvar med å sikre faglig forsvarlig praksis, også hva gjelder ernæring i helseinstitusjonene, inkludert åpen omsorg.

Arbeidsgruppen ber SHdir gjøre en formell henvendelse til Statens helsetilsyn hvor man ber om at underernæring i helseinstitusjoner, inkludert åpen omsorg, snarest blir et prioritert område for tilsyn.

4. Økt utdanningskapasitet for ernæringsfysiologer og flere stillinger for kliniske ernæringsfysiologer ved helseinstitusjonene og i kommunene.

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at det fortsatt er for få spesialister på klinisk ernæring (kliniske ernæringsfysiologer) i våre helseinstitusjoner og i åpen omsorg.

Arbeidsgruppen ber SHdir ta initiativ slik at utdanningskapasiteten for kliniske ernæringsfysiologer økes og bidra til at det opprettes nye stillinger for kliniske ernæringsfysiologer både i helseinstitusjonene og i kommunene.

5. Ernæringens plass i grunnutdanningen for leger og sykepleiere

Arbeidsgruppen ber SHdir arbeide for å styrke ernæringsfagets plass i grunn- og videreutdanningen både for leger, sykepleiere og annet relevant personell.

1 BAKGRUNN

1.1 Helsedirektoratets strategi for å forebygge underernæring blant pasienter (1987)

Helsedirektoratet ga i 1987 ut rapporten "Strategi/tiltak for å forebygge underernæring blant pasienter" (1). Bakgrunnen var at man mente pasientenes kosthold var viet liten oppmerksomhet innen helsetjenesten og at undersøkelser hadde vist at underernæring var et problem i norske helseinstitusjoner. Daværende Statens ernæringsråd var representert i arbeidsgruppen.

Målet med rapporten var å bidra til at pasientens kosthold skulle få økt oppmerksomhet og bli prioritert både innen helsetjenesten og i utdanning av helsepersonell. Målgrupper for rapporten var både helsepersonell i institusjoner og beslutningstakere innen helsetjenesten.

Rapporten pekte på at pasientenes kosthold og problemer med underernæring måtte vies mye større oppmerksomhet innen helsevesenet, så vel av sentrale, som fylkeskommunale og kommunale myndigheter. Det ble pekt på noen årsaker til at ernæringsarbeidet var lite prioritert:

- Sentrale og lokale helsemyndigheter har ikke tatt et tilstrekkelig ansvar
- Det vies lite oppmerksomhet overfor pasientene i klinisk praksis, bl.a. fordi:
 - Kosthold og ernæring gis liten plass i utdanning av helsepersonell
 - Arbeid med pasientenes kosthold prioriteres lavt i forhold til andre oppgaver
 - Bemanningssituasjon er utilstrekkelig
- Det finnes ikke noen universitetsavdeling i Norge som har klinisk ernæring som spesialfelt.
- Det er få personer innen helsevesenet som har spesialkompetanse i klinisk ernæring (det var ca. 50 kliniske ernæringsfysiologer ved norske helseinstitusjoner i 1987)

Forslag til tiltak arbeidsgruppen av 1987 kom fram til var:

- Styrke interessen for og kunnskapen om betydningen av pasientens kosthold
- Styrke kompetansen
- Forbedring av arbeidsforhold
- Legge fysiske forhold til rette
- Øke pasientenes innflytelse

Rapporten er vedlagt i sin helhet (vedlegg 1).

1.2 Stortingsmelding nr.37 utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (1992-93)

I Stortingsmelding nr.37 (5) diskuteres de ulike sektors innsats når det gjelder strategier i mat- og ernæringspolitikken. Følgende står om helsevesenets oppgave. Erfaringene viser at helsevesenet har spilt en mindre aktiv rolle enn det som er ønskelig. Det blir derfor en utfordring å intensivere innsatsen for bedre kost og ernæring innen helsevesenet. Dette vil gjelde både i det forebyggende helsearbeidet og blant de som allerede er blitt syke. Bedre kostholdsveiledning for de som er blitt syke og bedre ernæringsomsorg i helseinstitusjonene er utfordringer i framtiden. Den største utfordringen i ernæringsarbeidet er å utnytte ernæringskompetanse innen ulike sektorer og samarbeide tverrfaglig og tverretattlig:

1. Det må utvikles og utprøves metoder og hjelpemidler for kostrådgivning og ernæringsarbeid i helsetjenesten
2. Kommunene bør innenfor sine rammer prioritere ernæringseksperise
3. Ernæringsundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell må styrkes.
4. Ernæringsarbeidet ved behandling av syke må prioriteres i større grad
5. Kostombud bør bli obligatorisk ved alle helseinstitusjoner

Som en oppfølging av rapporten utarbeidet det tidligere Statens ernæringsråd (nå Nasjonalt råd for ernæring) egne veiledere for helsepersonell med fokus på pasientens kosthold og ernæringsstatus (2). Disse ble senere innlemmet i Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner som siste gang ble revidert i 1995 (3).

1.3 Underernæring ved europeiske helseinstitusjoner

Underernæring i helseinstitusjoner er ikke et isolert norsk fenomen. Fra en rekke europeiske land er det dokumentert at inntil 30% av pasienter i sykehus er underernærte. Et flertall av disse pasientene har et gjennomsnittlig matinntak som er mindre enn anbefalt, og de taper vekt mens de er innlagt.

Underernæring, kombinert med et beskjedent akutt vekttap og infeksjon øker risikoen for komplikasjoner, reduserer pasientens funksjonsnivå både fysisk og mentalt, forsinker pasientens tilfriskning og kan være livstruende.

På denne bakgrunn nedsatte Europarådet i 1999 en bredt sammensatt arbeidsgruppe bl.a. med norsk deltagelse for å utrede forekomst, årsaker til problemet og forslag til tiltak. Rapporten, "Food and Nutritional Care in Hospitals: How to prevent undernutrition" (4), som var ferdig i 2002 (sammendrag i vedlegg 3), peker på fem barrierer for god ernæringsomsorg i sykehus:

- Manglende engasjement fra institusjonsledelsens side
- Manglende pasientinnflytelse
- Manglende kunnskaper om ernæring blant alle yrkesgrupper
- Uklare ansvarsforhold i planlegging og ledelse i forhold til kost og ernæring innenfor institusjonene
- Mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper

Arbeidsgruppen er samstemmige i sin vurdering av at denne oppsummeringen også er dekkende for situasjonen i Norge.

Konklusjon

På tross av at underernæring blant pasienter har vært erkjent av norske helsemyndigheter i minst 15 år, foreligger det fortsatt lite dokumentasjon på hvordan utviklingen har vært. Oppslag i massemedia tyder imidlertid på at underernæring fortsatt er et betydelig problem. Dette gjelder særlig eldre mennesker, men også innenfor spesielle grupper av pasienter. Avanserte sykehus synes å ha større problemer med underernæring enn mindre avanserte sykehus, og langvarige opphold i institusjon øker faren for underernæring.

1.4 Referanser

(1) Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter : forslag fra en intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet; 1987. Helsedirektoratets utredningsserie 2-87. IK-2256.

(2) Lenner RA. Kosthold ved helseinstitusjoner : veiledning til helsepersonell. Oslo: Statens ernæringsråd; 1989.

(3) Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforl.; 1995.

(4) Food and nutritional care in hospitals : how to prevent undernutrition : report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection : health protection of the consumer. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2003.

(5) Sosialdepartementet. utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1993. St.meld. nr 37 (1992-1993).

2 UNDERERNÆRING I HELSEINSTITUSJONER OG ÅPEN OMSORG

2.1 Definisjon av underernæring

Underernæring er et upresist definert begrep. Det er ingen internasjonal enighet om hvilke kriterier som brukes. Dette medfører at ulike kriterier eller kombinasjoner av kriterier benyttes og gjør sammenligninger vanskelig.

En av de mest brukte indikatorer for underernæring hos voksne er kroppsmasseindeks (KMI) /body mass index (BMI): kg / m^2 . Ett problem ved denne definisjonen er at en person som har hatt et betydelig vekttap fortsatt kan ha en KMI-verdi innenfor normalområdet. Bruk av KMI som markør fører derfor til et underestimat.

Hos barn defineres akutt underernæring vanligvis som en vekt under 2,5 percentilen i forhold til lengden og kronisk underernæring som lav høyde ($< 2,5$ percentilen) i forhold til alderen. Også her er det slik at en enkeltmåling innenfor normalområdet ikke kan si noe om et eventuelt vekttap innenfor normalområdet.

2.2 Prevalens av underernæring

Underernæring i helseinstitusjoner finnes i de fleste land i Europa, noe som nylig er fastslått i en rapport fra Europarådet om forebygging og tiltak mot underernæring hos sykehusinnlagte pasienter (1). Prevalensen av underernæring varierer med hvilke kriterier som brukes for å definere underernæring i de ulike studiene som er gjort, med hvilken gruppe pasienter som er undersøkt og med hvilken type institusjon som er undersøkt.

Underernæring er tilstede hos 20-50% av voksne mennesker som legges inn på sykehus. Særlig blant pasienter med kroniske sykdommer som kreft og lungesykdom er forekomsten høy, likeledes er underernæring vanlig hos eldre mennesker i ulike sykdomsgrupper. Både europeiske (2,3), skandinaviske (4,5) og norske studier bekrefter dette (6,7). Underernæring er også påvist hos opptil 54 % av de innlagte i sykehjem (8). I en nylig utgitt systematisk oversikt "Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment" varierer forekomsten av underernæring fra 7-62%, avhengig av bl.a hvilke sykdomsgrupper som er undersøkt (9). Det er relativt få norske undersøkelser fra de siste årene og de er utført på somatiske sykehus. Arbeidsgruppen kjenner ikke situasjonen på sykehjem eller psykiatriske sykehus, men det er liten grunn til å tro at situasjonen er annerledes.

I tillegg til en generell underernæring er det også vanlig med mangeltilstander av vitaminer og sporstoffer. Lave nivåer av vitamin D er påvist hos 45 % av

sykehusinnlagte og blant 30 % av de som bor hjemme (10), mens lave nivåer av vitamin C er vist hos 89 % av sykehusinnlagte og 65 % av de hjemmeboende (11).

På slutten av 1990 gjennomførte Socialstyrelsen i Sverige flere undersøkelser for å bli kjent med ernæringsssituasjonen blant eldre brukere av pleie- og omsorgstjenestene (20,21,22,23,24,25). I henhold til kriteriene for skjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA) ble 49-100% vurdert å være underernært eller i faresonen for underernæring (5).

Barn

I vestlige land varierer prevalensen av akutt underernæring ("wasting") hos barn som legges inn i sykehus med forskjellige diagnoser fra 8-33% og kronisk underernæring ("stunting") fra 15-38% (9 s. 83). Barn som særlig er i faresonen for å utvikle underernæring inkluderer barn med sykdommer i mage-tarmkanalen (som ulcerøs colitt og Crohn), barn med hjertesykdom, kronisk lungesykdom (som cystisk fibrose), kritisk syke barn, barn med kreft, cerebral parese og barn med nyresykdom.

2.3 Årsaker til underernæring

I den vestlige verden er sykdom den viktigste årsaken til underernæring både hos barn og voksne (9). Sykdom medfører ofte dårlig matlyst som følge av sykdommen i seg selv, behandlingen og/eller psykiske påkjenninger ved å være syk. I tillegg er det ofte flere forhold som kan spille inn, som bl.a. mangelfulle rutiner for måltider og manglende oppmerksomhet når det gjelder pasientens energibehov. Sykdom fører ofte til økt behov. På tross av dette blir underernæring hos pasienter i sykehus eller andre helseinstitusjoner ofte ikke erkjent og derfor ikke behandlet.

Underernæring hos eldre kan skyldes en rekke forhold. Aldringsprosesser medfører redusert matlyst og lavt matinntak. Hele 45 % av eldre har dårlig matlyst ved innleggelse i sykehus, sammenliknet med 15 % hos eldre som ikke bor på institusjon (12).

Forhold som ensomhet og isolasjon kan føre til redusert matinntak og underernæring, det samme kan manglende evne til å kjøpe mat og lage mat (13). Flere eldre plages av sykdommer, og sykdomsprosesser kan gi både lavt matinntak og øket energibehov med redusert ernæringsstatus som konsekvens (14). Sykehusopphold kan i seg selv også føre til redusert ernæringsstatus, ved at måltidene utsettes, for dårlig tid til matserving og manglende oppmerksomhet når det gjelder pasientens energibehov (15).

2.4 Konsekvenser av underernæring

Underernæring kan få alvorlige konsekvenser for pasientens allmenntilstand og livskvalitet. Underernæring kan også virke inn på flere organsystem. Autopsistudier viser at det er samsvar mellom totalt vekttap og vekttap av spesifikke organer som hjerte og lever, som kan tape opp til 30 % av sin størrelse. Underernæring kan gi redusert muskelmengde og muskelstyrke, noe som kan føre til øket falltendens og redusert bevegelighet (16). Underernæring hemmer også den celledierte immunitet og dermed infeksjonsforsvaret og er assosiert med postoperative infeksjoner, pneumoni og forsinket sårtilheling (17). Psykiske forhold som depresjon og apati kan også være et resultat av dårlig ernæringsstatus (18). Underernærte

pasienter er vist å ha lengre sykehusopphold, høyere dødelighet og høyere totale liggekostnader enn ikke-underernærte (9,19).

Barnets ernæringsstatus er avgjørende for vekst og utvikling. Underernæring hos et barn vil, i tillegg til de konsekvensene som er beskrevet for voksne, kunne føre til forsinket eller hemmet fysiologisk utvikling og muligens også til permanent redusert mental funksjon (26).

2.5 Referanser

- (1) Food and nutritional care in hospitals : how to prevent undernutrition : report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection : health protection of the consumer. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2003.
- (2) McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994;308(6934):945-8.
- (3) Edington J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. *Clin Nutr* 2000;19(3):191-5.
- (4) Albiin N, Asplund K, Bjermer L. Nutritional status of medical patients on emergency admission to hospital. *Acta Med Scand* 1982;212(3):151-6.
- (5) Näringsproblem i vård och omsorg : prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. SoS-rapport 2000:11.
- (6) Mowe M, Bøhmer T, Kindt E. Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* 1994;59(2):317-24.
- (7) Bruun LI, Bosaeus I, Bergstad I, Nygaard K. Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr* 1999;18(3):141-7.
- (8) Thomas DR, Verdery RB, Gardner L, Kant A, Lindsay J. A prospective study of outcome from protein-energy malnutrition in nursing home residents. *J Parenter Enteral Nutr* 1991;15(4):400-4.
- (9) Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003.
- (10) Mowe M, Bøhmer T, Haug E. Serum calcidiol and calcitriol concentrations in elderly people: Variations with age, sex, season and disease. *Clin Nutr* 1996;15(4):201-6.
- (11) Falch JA, Mowe M, Bøhmer T. Low levels of serum ascorbic acid in elderly patients with hip fracture. *Scand J Clin Lab Invest* 1998;58(3):225-8.
- (12) Mowe M, Bøhmer T. Nutrition problems among home-living elderly people may lead to disease and hospitalization. *Nutr Rev* 1996;54(1 Pt 2):22-4.
- (13) Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related undernutrition in the hospital community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clin Nutr* 1999;18 (suppl.2):3-28.
- (14) Wilson MM, Vaswani S, Liu D, Morley JE, Miller DK. Prevalence and causes of undernutrition in medical outpatients. *Am J Med* 1998;104(1):56-63.
- (15) Buckler DA, Kelber ST, Goodwin JS. The use of dietary restrictions in

malnourished nursing home patients. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(10):1100-2.

(16) Hebuterne X, Bermon S, Schneider SM. Ageing and muscle: the effects of malnutrition, re-nutrition, and physical exercise. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2001;4(4):295-300.

(17) Ek A-C et al. The correlation between anergy, malnutrition and clinical outcome in an elderly hospital population. *Clin Nutr* 1990;9:185-9.

(18) Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr* 1997;66(4):760-73.

(19) Chima CS, Barco K, Dewitt ML, Maeda M, Teran JC, Mullen KD. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc* 1997;97(9):975-8.

(20) Näringsproblem i äldreboendet. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997. Äldreuppdraget 97:5.

(21) Saletti A, Lindgren EY, Johansson L, Cederholm T. Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000;46(3):139-45.

(22) Näringsproblem bland hemsjukvårdspatienter. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998. Äldreuppdraget 98:12.

(23) Saletti A, Johansson L, Cederholm T. Minimal Nutrition Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *J Human Nutr Diet* 1999;12:381-7.

(24) Näringsproblem bland äldre med hemtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. Äldreuppdraget 99:5.

(25) "Hellre palt än puré" : om kost och måltider vid sjukhem. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998. Äldreuppdraget 98:10.

(26) Viteri F. Protein energy malnutrition. In: Walker WA, editor. *Pediatric gastrointestinal disease*. Philadelphia: Decker; 1991. p. 1596-610.

3 HVA ER GJORT?

3.1 Oppfølging av tiltak foreslått i strategiplanen mot underernæring av 1987

Her følger forslagene fra strategiplanen 1987 og deretter er det listet opp de tiltak som er gjennomført i etterkant som arbeidsgruppen kjenner til.

1. Styrke interessen for og kunnskapen om betydningen av pasientens kosthold ved å:
 - Bedre undervisningen i dette fagområdet for ulike grupper helsepersonell
 - Utarbeide læremidler og informasjonsmateriell
 - Øke samarbeidet med interesseorganisasjoner og media
2. Styrke kompetansen ved å:
 - Bedre mulighetene for forskning innen området kosthold og ernæring
 - Vurdere å opprette flere stillinger for fagfolk med kunnskap om ernæring
3. Forbedring av arbeidsforhold ved å :
 - Utvikle og utprøve rutiner
 - Definere ansvar
 - Styrke bemanningen
 - Sikre tilstrekkelige økonomiske ressurser
4. Legge fysiske forhold til rette ved å:
 - Ta hensyn til pasientenes spisemiljø ved utforming av institusjonene
 - Servicetiltak overfor pasienter som bor hjemme
5. Øke pasientenes innflytelse ved å:
 - gi kostholdsopplysning
 - informere om ulike tilbud og muligheter som eksisterer
 - tilpasse mattilbud og hjelp til pasientenes forutsetninger, behov og ønsker

I etterkant av utgivelsen av rapporten "Strategi/tiltak for å forebygge underernæring blant pasienter" og Stortingsmelding nr.37 er det gjennomført en rekke tiltak. Mange av disse tiltakene er i tråd med anbefalingene i disse dokumentene, men arbeidsgruppen kan i liten grad se at det er arbeidet systematisk med oppfølgingen. Det er vanskelig å gi en fullstendig oppsummering av alle tiltak som er gjennomført, da mange av tiltakene/prosjektene ikke er dokumentert noe sted. Tiltakene er heller ikke nødvendigvis gjennomført strategisk i henhold til strategiplanen. Vi vet ikke om tiltakene har hatt effekt. Det vises her til de tiltakene som er gjennomført som arbeidsgruppen kjenner til:

- Nye "Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner" ble utgitt i 1995 (av den gang Statens ernæringsråd), hvor mange av forslagene til tiltak fra

- Helsedirektoratets rapport er inkludert (1). Se også kap.3.2
- "Matkortet" ble utviklet av Statens ernæringsråd for bruk i hjemmetjenestene, og bl.a. brukt i et 2-årig prosjekt "Matkortprosjektet", finansiert av Oslo kommune (2).
- Dataprogram for å næringsberegne kosthold er utviklet (4).
- Norsk Sykepleierforbund arbeider med å utvikle veiledende sykepleieplaner (standard sykepleieplan) som skal være retningsgivende for den individuelle sykepleien til en pasient. Ernæring vil der være ett av flere områder som det vil bli fokusert på i disse sykepleieplanene.
Norsk sykepleierforbunds forlag (NSF Akribe) har et pågående prosjekt med å utvikle praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten, presentert på elektronisk form. Prosedyrer knyttet til ernæring er en del av prosjektet.
- Den norske utdannelsen i klinisk ernæring ble offisielt åpnet i 1997.
- Det er blitt opprettet flere stillinger for kliniske ernæringsfysiologer ved sykehusene. Det er nå ca. 70 årsverk for kliniske ernæringsfysiologer fordelt på landets sykehus. Oslo kommune har opprettet 2 stillinger for kliniske ernæringsfysiologer som skal arbeide spesielt med ernæring for eldre (hjemmeboende og i institusjon). For øvrig kjenner arbeidsgruppen ikke til at det er opprettet stillinger for ernæringsfysiologer/kliniske ernæringsfysiologer i kommunehelsetjenesten.
- En gruppe undervisningspersonell som underviser i ernæringsfaget ved sykepleierutdanningen har dannet "ernæringsnettet", som har som målsetting å styrke ernæringsfaget i grunnutdanningen av sykepleiere.
- Sosial- og helsedirektoratet har arrangert kurs for helsepersonell om ulike tema innen ernæring, bl.a. kreft, kosthold i helseinstitusjoner og matvareallergi/-intoleranser.
- Det er opprettet professorat for eldre og ernæring ved Aker sykehus i Oslo.
- I 1996 ble det opprettet en professor 1 - stilling i klinisk ernæring ved Institutt for ernæringsforskning, UiO. I tillegg er det ansatt en amanuensis i klinisk ernæring. Universitet lønner også to halve stillinger på henholdsvis Aker universitetssykehus HF og Rikshospitalet for å kunne ta i mot studenter i klinisk ernæring. Det er en stipendiat i klinisk ernæring ved Ernæringsinstituttet.
- Det synes å være et økende fokus på ernæring blant enkelte medisinske spesialiteter som i intensivmedisin og gastroenterologi.
- Flere sykehus har gjennomført prosjekter som har hatt som mål å forebygge underernæring (5,6,7).
- Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune har gjennomført gjentatte kartlegginger vedr. ernæringsarbeidet i pleie- og omsorgstjenestene og gjennomført flere ernæringsprosjekt rettet mot eldre.
- Flere sykehus har opprettet kosthold/-ernæringskomiteer og/eller kostombudsordning. Arbeidsgruppen kjenner ikke til om andre helseinstitusjoner har gjort tilsvarende.
- Tidl. Sosial- og helsedepartementet utga "Kvalitetsforskriften" i 1997 som skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Se kap.3.3.1
- Utgivelse av veileder fra Husbanken (1998) hvor det gis føringer for utforming av kjøkken og spisestue i sykehjem og felleskapsboliger. Bakgrunn for veilederen var at Husbanken fikk i oppdrag å forvalte de statlige

tilskuddsmidlene for å gjennomføre utbygging av nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser i løpet av perioden 1998-2001 (13).

- Trondheim kommune har vedtatt "Ernæringspolitiske retningslinjer". Disse benyttes som kravspesifikasjon ved utforming av mattilbud til brukere i og utenfor institusjon (3).
- Mange helseinstitusjoner har endret måltidsrytme, for eksempel senere middag, lunsj midt på dagen, og gir beboere og pasienter flere valgmuligheter, for eksempel å kunne velge mellom to retter til middag.
- Økt bruk av næringsdrikker, sondeernæringsløsninger og parenteral ernæring
- *Undervisningssykehjem*

Undervisningssykehjem var et prosjekt som ble foreslått etablert av institutt for sykepleievitenskap for å løse problemene i eldreomsorgen og dermed bidra til å øke kvaliteten på omsorgstilbudet i kommunene.

Undervisningssykehjemprosjektet ble gjennomført i perioden 1999-2003.

Målet var å bidra til å gi personalet målrettet kompetanseheving, fagutvikling og muligheter for forskning. Prosjektet undervisningssykehjem var et samarbeid mellom kommuner, høgskoler og universitetssektoren. Prosjektet er evaluert og det er anbefalt en permanent etablering av undervisningssykehjem der virksomheten videreføres. Prosjektet ble finansielt støttet av Nasjonalt Geriatriprogram, Sosial- og Helsedepartementet og de samarbeidende parter i Bergen, Oslo, Tromsø og Trondheim.

Tåsen sykehjem i Oslo var av de undervisningssykehjemmene der de satset på "maten". Målet med deres ernæringsprosjekt var: "Å utvikle gode rutiner for kosthold og ernæring ved institusjonen, for å sikre at beboerne får ivaretatt sitt ernæringsbehov og at måltidene blir hyggelige sosiale samlingsstunder ved avdelingene". Målet er at det som utvikles på undervisningssykehjemmet skal kunne overføres/spres til andre sykehjem i kommunen og til den hjemmebaserte tjenesten.

3.2 Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner inkludert åpen omsorg

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å gi anbefalinger ved behandling av sykdom som er relatert til ernæring. Hovedvekten i dette arbeidet har vært å utarbeide "Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner", som ble utgitt for første gang i 1983 (8). Disse ble revidert og innlemmet i en utvidet utgave av Retningslinjene som kom i 1985 (9).

Den siste utgaven av Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner ble utgitt i 1995 (1). Målgruppene ble da utvidet til å omfatte leger i tillegg til kjøkken- og pleiepersonell, samt personell i åpen omsorg. Det er lagt betydelig større vekt på å presentere det medisinske grunnlaget for anbefalingene, og retningslinjene bygger bl.a. på rapport fra Helsedirektoratet, 1987 (10), Stortingsmelding nr.37 "Utfordringer i forebyggende og helsefremmende arbeid" 1992-93 (8) og Statens ernæringsråds dokumentasjonsrapport om kosthold i helseinstitusjoner av 1993 (11). Matens betydning ved sykdom vektlegges i betydelig større grad. Retningslinjene diskuterer underernæring, hvordan ernæringsstatus måles, kostregistrering, forslag til ansvarsfordeling knyttet til ernæringsspørsmål, forslag til samarbeidsformer omkring ernæringsspørsmål og energi- og næringstett kost for pasienter med lavt matinntak.

For å gjøre retningslinjene kjent ble det arrangert fylkesvise dagsseminarer i samarbeid med fylkeslegene der leger, kliniske ernæringsfysiologer, sykepleiere og annet fagpersonell var viktige målgrupper. Det ble utviklet eget undervisningsmaterieell til bruk i internopplæring ved den enkelte helseinstitusjon.

Retningslinjene er ikke revidert etter 1995 og det er uvisst i hvor stor grad retningslinjene og de anbefalinger som gis der, følges opp i landets helseinstitusjoner. Inntrykket er at de fortsatt er lite kjent og brukt blant helsepersonell med direkte pasientkontakt, mens den er godt kjent blant kjøkkenpersonell. Det er imidlertid grunnlag for å hevde at mye arbeid gjenstår for å gjøre retningslinjene mer kjent og brukt.

3.3 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ”Kvalitetsforskriften”

Tidligere har mye av kvalitetsarbeidet vært knyttet til pasientbehandling så vel i Norge som i andre land. I 1997 utgav Sosial- og helsedepartementet rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Rundskrivet omfatter forskrift (hjemlet i kommunehelsetjenesteloven) og retningslinjer (til tjenesteyting etter sosialtjenesteloven). Disse skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven/sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel jf. § 1. Veilederen i rundskrivet gir fortolkninger og utfyllende kommentarer til forskriften og retningslinjene.

Forskriften er revidert i 2003 (12).

3.3.1 Kvalitetsforskriften og ernæring/underernæring

Forskriften/rundskrivet skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven/sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel jf. § 1. Reglene kommer til anvendelse ved kommunenes gjennomføring av pleie- og omsorgstjenestene.

Kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillt sine grunnleggende behov. Brukerne har svært ulike problemer, og variasjonen i funksjonssvikt er stor. Pleie- og omsorgstjenestene skal så langt mulig og faglig forsvarlig ta utgangspunkt i brukernes behov og ønsker, og det er lagt vekt på stor grad av brukermedvirkning.

Grunnleggende behov omfatter blant annet grunnleggende fysiske behov som tilstrekkelig næring, variert helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet i forhold til mat og tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. I praksis betyr det at brukere både i og utenfor institusjon skal sikres et tilbud om tilstrekkelig næring og væske i forhold til fysiske behov. Måltidene skal tilrettelegges slik at disse kan skje på en verdig måte. Der brukeren ikke klarer å ta til seg næring og væske, må tjenesteytere kartlegge årsakene til dette. Deretter må det vurderes tiltak for å endre situasjonen. Videre skal brukerne få tilbud om et variert kosthold og mulighet for å velge mat og drikke. Ved sykdom er det viktig at brukeren får/tilbys et kosthold som er tilpasset helsetilstanden. Matsituasjonen skal tilpasses den enkelte, og det skal legges vekt på å gi avpasset hjelp i forhold til eget funksjonsnivå.

3.4 Referanser

- (1) Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner. Oslo: Universitetsforl.; 1995.
- (2) Brønner M, Skulberg VB. Prosjekt for forebygging av underernæring hos eldre med fokus på matforsyningen : sluttrapport 9. januar 1997. Oslo: Avdeling for klinisk ernæring, Aker sykehus; 1997.
- (3) Trondheim kommune, avd helse og omsorg. Foreløpige ernæringspolitiske retningslinjer. 1997
- (4) Mat på data. Oslo: Landsforeningen for kosthold og helse; 2003.
- (5) Songøygard LJ. Prosjekt underernæring. Evaluering av skjema for kartlegging av ernæringsstatus på gastromedisinsk avdeling ASA. 2002.
- (6) Førli L, Oppedal B, Skjelle K, Vatn M. Validation of a self-administered form for recording food intake in hospital patients. Eur J Clin Nutr 1998;52(12):929-33.
- (7) Førli L, Pedersen JI, Bjørtuft Ø, Vatn M, Boe J. Dietary support to underweight patients with end-stage pulmonary disease assessed for lung transplantation. Respiration 2001;68(1):51-7.
- (8) Retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner. Oslo: Statens ernæringsråd; 1983.
- (9) Retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner. Oslo: Statens ernæringsråd; 1985.
- (10) Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter : forslag fra en intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet; 1987. Helsedirektoratets utredningsserie 2-87. IK-2256.
- (11) Kosthold i helseinstitusjoner; dokumentasjonsrapport. Oslo: Statens ernæringsråd; 1993.
- (12) Sosialdepartementet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Rev.utgave. Oslo: Departementet; 2003.
- (13) Omsorgsboliger og sykehjem : en veileder for lokalisering, organisering og utforming. Oslo: Husbanken; 1998.

4 FORSLAG TIL TILTAK

4.1 Innledning

Arbeidsgruppen slutter seg til de konklusjoner som er gjort i Europarådets rapport (sammendrag som vedlegg 3) når det gjelder faktorer som er til avgjørende hinder for god ernæringsomsorg ved helseinstitusjoner.

Problemet underernæring i helseinstitusjoner er altså godt dokumentert og allerede for 17 år siden forelå det forslag til tiltak og flere av disse er gjennomført (se s. 17-19), mens mange av forslagene fortsatt ikke er gjort noe med. Når dette i stor grad ikke har skjedd, kan årsaken tenkes å finnes på flere nivåer, fra om regelverket er tilfredsstillende til om den kliniske praksis er faglig forsvarlig på den enkelte sykehus- eller sykehjemspost. Arbeidsgruppen vurderer at innholdet fra strategiplanen 1987 er et godt utgangspunkt for å jobbe videre med temaet, og har også lagt disse til grunn i vurdering av hvilke tiltak vi ville foreslå.

4.2 Kartlegging/overvåking av underernæringsssituasjonen i helseinstitusjoner

Det er behov for mer regelmessig og systematisk innsamlet kunnskap om underernæringsssituasjonen i helseinstitusjoner. Slike data er nødvendig for planlegging av et bedre ernæringsarbeid både på politisk nivå, helseforetaksnivå og på den enkelte sengepost. Det er også nødvendig for at tilsynsmyndighetene skal få et bedre redskap for systemrevisjoner og kvalitetssikring.

Etter mønster fra arbeidet mot sykehusinfeksjoner, hvor to punktprevalensstudier gjennomføres årlig i et stort antall helseinstitusjoner, foreslår arbeidsgruppen at SHdir iverksetter tiltak for at en tilsvarende registrering av pasientenes ernæringsstatus skjer parallelt. Arbeidsgruppen er ikke kjent med at tilsvarende punktprevalensstudier gjennomføres systematisk i noe annet europeisk land, men norske helseinstitusjoner burde være velegnet for gjennomføringen av slike undersøkelser.

Anbefaling: Etter mønster fra arbeidet mot sykehusinfeksjoner, hvor to punktprevalensstudier gjennomføres årlig i et stort antall helseinstitusjoner, foreslår arbeidsgruppen at Shdir iverksetter tiltak for en tilsvarende registrering av pasientenes ernæringsstatus.

4.3 Lover og regelverk

Arbeidsgruppen tok initiativ til en juridisk betenkning om ernæringens plass i lover og regelverk som omfatter helseinstitusjoner. Professor Aslak Syse har avgitt en slik betenkning, som er vedlagt (vedlegg 2).

Sammenfattende skriver professor Syse: "Etter min vurdering er det stort sett et tilstrekkelig rettslig grunnlag for å kunne følge opp ernæringspolitikken, ikke bare på generelt grunnlag, men også i forhold til de særlige ernæringsmessige behovene som ventelig vil og kan oppstå overfor pasient- og klientgrupper med særlige ernæringsmessige behov. Jeg vil derfor ikke tilrå at det gis ytterligere lov- eller forskriftshjemler for å kunne sikre disse viktige oppgavene. Det bør i stedet legges en tilsvarende stor vekt på å realisere de opptrukne ernæringspolitiske målene på dette området gjennom å utvikle bruken av ikke-rettslige virkemidler. Slike virkemidler, for eksempel rundskriv og veiledere, vil ha tilstrekkelig rettslig grunnlag i de forannevnte bestemmelsene til at de kan anses semi-bindende. Dette vil framfor alt være situasjonen når rundskriv og veiledere enten forankres i helsepersonells plikt til å gi (og derved pasienters rett til å motta) faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, eller forankres i den forgrenede næringsmiddelovgivningen (inkludert det omfattende forskriftsverket), eller i de konkrete kravene som oppstilles i kvalitetsforskriften eller den varslede internkontrollforskriften. Jeg mener likevel, jf. framstillingen over, at det i forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon bør inntas en rett for barn til å få dekket sine ernæringsmessige behov, noe som vil resultere i at de ulike helseinstitusjonene der dette er en aktuell problemstilling, vil bli pålagt plikter, som i siste instans kan føre til at institusjonene eller helsepersonell gjøres ansvarlig for brudd på slike plikter.

Etter det jeg har oppfattet, foreligger det en ernæringsfaglig oppfatning om at det ved sykehusbehandling av mindreårige i mange tilfeller foreligger en manglende aktpågivenhet overfor de rent ernæringsmessige behovene til slike pasienter, hvilket i sin tid tur kan virke tilbake på selve behandlingsresultatet. Den samme manglende aktpågivenhet er også påvist i samband med overføring av mindreårige pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Etter min vurdering bør derfor forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon gis et nytt kapittel 3 med følgende ordlyd: Kapittel 3. Ernæring § 8. Barn i helseinstitusjon skal sikres en fullverdig og individuelt tilpasset ernæring."

Anbefaling

Arbeidsgruppen er enig i professor Syses hovedkonklusjon (Vedlegg 2) om at eksisterende lover og regelverk i hovedsak anses som adekvate, og at helsemyndighetene framover bør legge vekt på å realisere de opptrukne ernæringspolitiske målene gjennom å utvikle bruken av ikke-rettslige virkemidler.

Arbeidsgruppen slutter seg også til professor Syses konklusjon vedrørende barns rettsvern på ernæringsområdet og anbefaler (SHdir/ Helsedepartementet) at forskrift FOR-2000-12-01-1217 om barns opphold i helseinstitusjon gis et nytt kapittel 3 med følgende ordlyd: Kapittel 3. Ernæring § 8. Barn i helseinstitusjon skal sikres en fullverdig og individuelt tilpasset ernæring."

4.4 Tilsynsmyndighetenes rolle

Det statlige helsetilsyn, bestående av Statens helsetilsyn og fylkeslegene, har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Disse skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell og med helseforholdene i fylket og forhold som innvirker på disse. Helsetilsynet skal medvirke til at helsepolitiske beslutninger blir

gjennomført, at regelverket etterleves og at faglig forsvarlighet sikres. Helsetilsynet skal gjennom tilsyn og rådgiving gjøre sitt til at de som har ansvar for helsetjenesten og for forhold som påvirker helsetilstanden, tar hånd om oppgavene sine.

Ettersom regelverket i hovedsak synes tilfredsstillende (kfr. professor Syses betenkning) mens praksisen likevel ofte svikter, er det arbeidsgruppens oppfatning at den sentrale helseforvaltningen ved det statlige helsetilsyn har et viktig ansvar for å sikre faglig forsvarlig praksis også hva gjelder ernæring i helseinstitusjonene, inkludert åpen omsorg. I lov om statlig tilsyn med helsetjenesten står det bl.a. : §2 Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyns oppgaver: "Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Helsetilsynet i fylket skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som påvirker disse." §3: Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll: " Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten."

Anbefaling: Arbeidsgruppen ber SHdir gjøre en formell henvendelse til Statens helsetilsyn hvor man ber om at underernæring i helseinstitusjoner, inkludert åpen omsorg, snarest blir et prioritert område for tilsyn.

4.5 Behov for økt utdanningskapasitet i ernæring

4.5.1 Kliniske ernæringsfysiologer

Kliniske ernæringsfysiologer er den eneste yrkesgruppen med spesialkompetanse innen ernæring og som er autorisert som helsepersonell. 1990 kom tidligere Statens ernæringsråd ut med rapporten "Ernæringskompetanse og Helsetjenesten", som anbefalte at det ved somatiske sykehus bør være minst 1 klinisk ernæringsfysiolog pr.100 voksensenger og tilsvarende 1 klinisk ernæringsfysiolog pr.30 barnesenger (2). I kommunehelsetjenesten var anbefalingen 1 stilling for ernæringsfysiolog og en stilling for klinisk ernæringsfysiolog pr.50 000 innbyggere, dvs. totalt 160 stillinger totalt fordelt på landets kommuner. Unntatt 2 kliniske ernæringsfysiologer i Oslo kommune, er det i dag ikke slik kompetanse i kommunehelsetjenesten. Det er i dag kun ca.70 årsverk for kliniske ernæringsfysiologer fordelt på landets somatiske sykehus. Nær halvparten av landets somatiske sykehus har ikke ansatt klinisk ernæringsfysiolog. Andre helseinstitusjoner har ingen stillinger for denne yrkesgruppen, så vidt arbeidsgruppen kjenner til.

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at det fortsatt er for få kliniske ernæringsfysiologer.

Til tross for ca 20 flere stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i sykehus i løpet av de siste 17 år, er det fortsatt stort behov for å opprette flere stillinger, både i sykehus, andre helseinstitusjoner og i primærhelsetjenesten.

Anbefaling: Arbeidsgruppen ber SHdir ta initiativ slik at utdanningskapasiteten for kliniske ernæringsfysiologer økes og bidra til at det opprettes nye stillinger for disse både i helseinstitusjonene og i kommunene.

4.5.2 Sykepleiere

Rammeplanen for sykepleierutdanningene beskriver blant annet utdanningens omfang og innhold, samt retningslinjer for hvordan studiene tilrettelegges. Rammeplanen danner derfor grunnlaget for høgskolenes egne fagplaner, der bl.a. innholdet blir beskrevet mer utfyllende.

Det kan imidlertid se ut som ernæringsfaget blir ivaretatt ulikt ved de ulike høgskolene som utdanner sykepleiere. Dette gjelder innhold, omfang og plassering av ernæringsfaget. Undervisningsmetoder som blir benyttet i sykepleierutdanningene har endret seg til mer studentaktive metoder, noe som kan være en medvirkende årsak til ulikhetene og at kvantifiseringen av antall timer også kan være vanskelig. For å vite dette mer sikkert, bør det gjøres en mer systematisk kartlegging av fagets innhold og omfang. For å styrke ernæringsfaget i sykepleierutdanningen, bør imidlertid rammeplanen og fagplaner i sykepleierutdanningen vektlegge ernæringsproblematikken bedre.

Sykepleiernes faktiske kunnskapsnivå kan studien til Bærug og Elvbakken gi en indikasjon på (3). Deres studie var en kunnskapstest som ble utført blant de nye helsesøsterstudentene i 1993, før den ordinære ernæringsundervisningen ble påbegynt. Testen avslørte mangelfulle kunnskaper innen ernæringsområdet for sykepleierne.

Flere undersøkelser viser derimot at sykepleierne ønsker seg mer kunnskaper om ernæringsarbeid. Spesielt ønsker sykepleierne seg mer kunnskaper om ernæringsbehovet, intervensjoner knyttet til pasienter som spiser lite, og hvilke observasjoner som bør utføres vedrørende pasientens ernæringsstilstand (5).

4.5.3 Leger

Arbeidsgruppen er kjent med at det pågår et arbeid i Shdir vedr. styrking av ernæringsfaget i medisinstudiet og støtter dette arbeidet.

4.5.4 Kjøkkenpersonell

Institusjonskjøkkenene har de siste 10 årene ansatt flere kostøkonomer, men hvor god dekning det er, foreligger det ikke tall på. Særlig i sykehusene legges det vekt på at kjøkkensjef, og ofte også ass.kjøkkensjef, har kostøkonomutdanning i tillegg til institusjonskokkutdanning. Dette har bidratt til at ernæringskunnskapen mange steder er styrket, men det er fortsatt behov for å styrke kunnskapen hos kjøkkenpersonell generelt.

I Statens ernæringsråds rapport fra 1990 (2) konkluderes det med at "Ernæringskompetansen i helsetjenesten må i dag sies å være liten. De ulike helsepersonellgrupper har svært varierende utdanning i ernæring, og den må generelt karakteriseres som mangelfull. Tilbudet om videre- og etterutdanning er også dårlig."

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at det fortsatt er for dårlig ernæringskunnskap blant leger, sykepleiere, kjøkkenpersonell og annet personell i våre helseinstitusjoner.

Anbefaling: Arbeidsgruppen ber SHdir arbeide for å styrke ernæringsfagets plass i grunn- og videreutdanningen både for leger, sykepleiere og annet relevant personell.

4.6 Referanser

- (1) Food and nutritional care in hospitals : how to prevent undernutrition : report and recommendations of the Committee of Experts on Nutrition, Food Safety and Consumer Protection : health protection of the consumer. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2003.
- (2) Halvorsen M, Møllen KS. Ernæringskompetanse og helsetjenesten. Oslo: Statens ernæringsråd; 1990.
- (3) Bærug A, Elvbakken KT. Ernæringsfaget og helsesøsterutdanningen. Oslo: Statens ernæringsråd; 1994.
- (4) Ose T. Klinisk ernæring : Hvordan kan faget integreres i medisinsk behandling? Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo; 1993.
- (5) Aagaard H. Ernæring og sykepleiekunnskap. Vard Nord utveickl Forsk 1998;18(4):22-6.

Helsedirektoratets utredningsserie

Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter



Helsedirektoratet

Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter



Forslag fra en intern arbeidsgruppe i
Helsedirektoratet

Oslo 1987

INNHold

Forord	3	2.2 Miljømessige forhold omkring spisesituasjonen	11
Innledning	4	2.3 Medisinske behandlingsrutiner	14
Sammendrag	5	2.4 Ansvarsfordeling	15
1. Underernæring blant pasienter	7	3. Pasienter utenfor institusjon ..	16
1.1 Definisjoner	7	4. Strategi	16
1.2 Diagnose	7	4.1 Tiltak	17
1.3 Risikogrupper	7	4.1.1 Kunnskap og interesse	17
1.4 Konsekvenser	8	4.1.2 Kompetanse	18
1.5 Årsaker til underernæring	8	4.1.3 Forbedring av arbeidsforhold ..	19
1.6 Forekomst av underernæring ..	8	4.1.4 Fysiske forhold	20
2. Pasienter i institusjon	10	4.1.5 Pasientens innflytelse	20
2.1 Kostens ernærings- og smaksmessige kvalitet	10	5. Litteratur	20

Forord

Pasientenes kosthold og ernæringsstatus har avgjørende betydning for resultatet av den behandling og pleie som gis. Det er derfor beklagelig at pasientenes kosthold har vært viet liten oppmerksomhet innen helsetjenesten, og det er alarmerende når undersøkelser viser at det forekommer underernæring blant pasienter. På bakgrunn av dette nedsatte Helsedirektoratet en arbeidsgruppe som har lagt fram denne utredningen om strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter.

Utredningen viser at pasientenes kosthold og ernæringsstatus ikke bare er avhengig av kjøkkenets innsats og matens

kvalitet, men i høy grad av miljøet rundt pasienten og personellets innsats. Utredningen vil derfor være viktig såvel for de som daglig arbeider med pasientene som for de som planlegger rutiner og utformer våre helseinstitusjoner.

Den foreliggende utredningen vil være et godt utgangspunkt for kritisk gjennomgang av egne rutiner og en inspirasjon til forbedring av spisemiljøet.

Helsedirektoratet håper at dette vil bidra til at pasientenes kosthold blir viet større oppmerksomhet og prioritert såvel innen helsetjenesten som i utdanningen av helsepersonell.

Torbjørn Mork

Innledning

Helsedirektoratet nedsatte 5. mars 1986 en intern arbeidsgruppe som skulle arbeide med problemer knyttet til underernæring hos pasienter.

Gruppen hadde flg. sammensetning:

Anne Lise Hem Eriksen, Helsedirektoratet, avd. II, fra 11.11.86

Aud Nordal, leder

Lars Johanson, sekretær, Statens Ernæringsråd

Thomas Bøhmer, Aker sykehus

Arbeidsgruppens mandat var: «Ut fra eksisterende kunnskap foreslå strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter under hensyntagen til:

- kostens ernærings- og smaksmessige kvalitet
- miljømessige forhold omkring spisesituasjonen
- medisinske rutiner.

Strategien må omfatte organisering, ansvarsfordeling, rutiner m.v. i helseinstitu-

sjoner. Videre er det ønskelig å få avdekket evt. kunnskapsmangel.»

Arbeidsgruppen har hatt en rekke møter. I forbindelse med gruppens arbeid ble det sendt en henvendelse til 44 ulike instanser som vi antok ville ha spesielle kunnskaper eller informasjon om aktiviteter på dette området. Videre er relevant litteratur gjennomgått.

I kapittel 1 har vi sett nærmere på årsaker og konsekvenser av underernæring. Her er det også henvist til relevante undersøkelser. Kapittel 2 og 3 inneholder en nærmere beskrivelse av de forholdene som er spesifisert i mandatet. En del av tiltakene er dessuten satt opp og begrunnet her. I kapittel 4 har vi satt opp strategi/tiltak som arbeidsgruppen anser som nødvendig for å kunne forebygge underernæring hos pasienter. De ulike tiltakene er ikke prioritert. Dette området har til nå vært lavt prioritert og det vil ut fra arbeidsgruppens vurdering være nødvendig å sette i gang tiltak på flere områder samtidig.

Sammendrag

I de senere år er det påvist underernæring hos pasienter i helseinstitusjoner i flere vestlige land, bl.a. i Sverige og Danmark. Videre er det vist at underernæring hos pasienter kan føre til økt komplikasjonsfrekvens og dødelighet hos kirurgiske pasienter, forsinket helbredelse og rehabilitering av medisinske pasienter.

De få norske undersøkelsene som er foretatt i senere år bekrefter resultatene fra de utenlandske studier. Dersom resultatene fra disse undersøkelsene er representative for forholdene blant norske pasienter, står vi overfor et helseproblem som vil kunne være en stor belastning både for den enkelte og for samfunnet.

Det er vist at forhold som pasientens tilstand, spisemiljø, bemanningssituasjon, mattilbud og måltidenes fordeling over dagen har stor innflytelse på pasientenes matinntak. Overvåking av pasientenes ernæringsstatus og matinntak er imidlertid lavt prioritert innen medisinsk behandling og pleie, både ved utdanning og i klinisk praksis.

Pasientenes kosthold og problemene med underernæring må vies mye større oppmerksomhet innen helsevesenet. I tiden framover må det settes i gang tiltak på flere områder for å forebygge underernæring blant pasienter. Det er nødvendig med en grunnleggende holdningsendring blant såvel helse- og kjøkkenpersonell som sentrale, fylkeskommunale og kommunale myndigheter. En forutsetning for at dette skal skje er informasjon og økte kunnskaper.

Undervisning i kosthold og klinisk ernæring må styrkes i grunn- og videreutdanning av helsepersonell, og kunnskapsnivået blant kjøkkenpersonell bør heves.

Kompetansen innen dette fagområdet må dessuten bygges ut. Arbeidsgruppen anbefaler at det bl.a. opprettes stilling for klinisk ernæringsfysiolog på fylkesplan. Mulighetene for forskning innen dette området bør bedres og det foreslås at klinisk ernæring gjøres til et prioritert forskningsområde f.eks. under NAVF.

Det må legges vekt på å innarbeide og utvikle rutiner for overvåking av pasientenes ernæringsstatus og matinntak. Det er behov for å bedre kommunikasjon mellom ulike personellgrupper og avdelinger, samtidig som det trengs en klarere ansvarsfordeling. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det etableres kostholdskomiteer på hver institusjon og kostombud på hver post.

Tilpasning av mattilbudet til pasientenes forutsetninger og behov er meget viktig for matinntaket. Det er derfor nødvendig at mattilbudet og måltidsordningene gjøres fleksible. Det foreslås bl.a. at den enkelte avdeling/post får tilgang til en mikrobølgeovn.

Det bør rettes oppmerksomhet mot de miljømessige forholdene rundt spisesituasjonen, og det må avsettes ressurser for å bedre spisemiljøet. Det er dessuten viktig at pasientene får informasjon om såvel eksisterende mattilbud som betydningen av kostholdet. Kjøkken, distribusjonssystem og pleieavdelinger må sikres nødvendige midler, utstyr og bemanning slik at pasientene kan tilbys et forsvarlig kosthold.

Forholdene må legges til rette slik at hjemmeboende pasienter kan sikres et forsvarlig kosthold. Viktige tiltak er ulike servicetiltak, dagsentra, tilpasning av hjelpemidler og evt. bolig.

KAPITTEL 1

Underernæring blant pasienter

1.1 DEFINISJONER

Underernæring eller malnutrisjon kan defineres som en tilstand av lengre varighet hvor inntak av energi og/eller essensielle næringsstoffer ikke motsvarer behov.

Hos pasientene vil det som regel ikke foreligge mangel på et enkelt næringsstoff alene, men kombinerte mangeltilstander. Dette gjør at sykdomsbildene blir mindre karakteristiske enn ved rene mangeltilstander av et enkelt næringsstoff.

Pasient er enhver som mottar/har behov for pleie, omsorg eller behandling fra helsevesenet i eller utenfor institusjon.

1.2 DIAGNOSE

Den grove underernæring kan lett erkjennes ved sterk avmagring. Dersom sykehistorien viser at personen har gått ned 20 % eller mer i kroppsvekt fra sin tidligere normalvekt eller 10 % eller mer de siste 3 måneder, er dette varsel på m.h.t. underernæring (1–3). Det er å bemerke at en overvektig person kan være underernært.

Antropometriske undersøkelser med måling av hudfoldtykkelse på et eller flere steder gir et mål for kroppsfett som uttrykk for lagret energi. Måling av armmuskellomkrets gir et mål for kroppens viktigste proteinreserve, muskelmassen. Disse metodene har først nylig fått et bedret grunnlag med etablering av et referansemateriale sammensatt av ulike kjønn og aldre, men er fortsatt ikke kommet i alment bruk (4–5).

Videre kan man bruke laboratorieprøver som bestemmelse av albumin som sier noe om viscerale proteiner, og mer spesifikke undersøkelser som f.eks. bestemmelse av folsyre, C-vitamin, magnesium, fosfor og sink. Det er imidlertid uklart for flere av disse bestemmelsene i hvilken grad de er et godt mål for pasientens status m.h.t. det aktuelle næringsstoff (7).

Diagnosen underernæring basert på ernæringsstatus er avhengig av hvilke variabler som blir brukt, hvilke avvik fra referansegruppe man setter, og hvor mange unormale verdier man mener er nødvendig.

For å få et akseptabelt resultat som er anvendbart klinisk, er det nødvendig både med antropometriske mål, laboratoriemessige undersøkelser, og det må gjøres en vurdering av matinntak. Klinisk undersøkelse bør kunne avgjøre om den medisinske tilstand har sammenheng med underernæring.

1.3 RISIKOGRUPPER

Underernæring og mangelsykdommer er et lite problem i den alminnelige befolkningen i vårt land. Innen spesielle grupper av befolkningen er det imidlertid fortsatt risiko for uheldige effekter av for lav tilførsel av energi og/eller næringsstoffer. Denne risikoen er større enn ellers i de perioder av livet hvor behovet er særlig høyt, f.eks. ved vekst eller graviditet, og når matinntaket er lavt f.eks. ved høy alder eller sykdom.

Forandring i den sosiale situasjon, som flytting til en fremmed kultur, skilsmisse, tap av ektefelle eller flytting fra hjemmet, kan også få negative følger for kostholdet. Videre kan dårlige sosio-økonomiske kår påvirke evne og muligheter til å ha et tilfredsstillende kosthold.

Pasienter som ut fra klinisk erfaring har økt risiko for underernæring er bl.a.:

- eldre pasienter
- enslige pasienter
- pasienter med alkoholmisbruk
- pasienter med funksjonshemming
- pasienter med dårlige tenner
- pasienter med kroniske lidelser som f.eks. kreft, leddgikt, sykdommer i hjerte, lunger og mage/tarm
- psykiatriske langtidspasienter

- pasienter med senil demens, trykksår, osteoporose
- pasienter med langvarig medikamentbruk

1.4 KONSEKVENSER

Det er forholdsvis mange pasienter som har en økt risiko for å bli underernært. Dette er viktig å ta hensyn til ettersom pasientens ernæringstilstand kan ha stor betydning for utfallet av behandling og pleie. I en årrekke har man kjent til at postoperative komplikasjoner forekommer hyppigere hos pasienter som er dårlig ernært (8-15).

I et svensk materiale på 215 pasienter ble det vist at de fire enkelvariablene vektindeks, vekttap, armmuskelomfang og serum albumin målt preoperativt kunne forutsi komplikasjonsrisiko og postoperativ pleietid. Underernærte pasienter hadde dobbelt så lang pleietid, og mer enn tre ganger så mange alvorlige komplikasjoner som de andre (12). Flere studier viser at total parenteral ernæring gitt før operasjon kan minske forekomst av komplikasjoner og dødelighet etter operasjoner (16-19).

Andre hyppig forekommende problemer som kan ha sammenheng med pasientenes ernæringstilstand er osteoporose, sykehusinfeksjoner og trykksår. Det er viktig å få mer kunnskap på dette området.

Nevnte kostrelaterte helseproblemer utgjør en stor belastning for den enkelte og for samfunnets ressurser. Hvis en del av disse problemene kan reduseres ved en bedre næringstilførsel til pasientene vil dette bety en vesentlig gevinst (20).

1.5 ÅRSAKER TIL UNDERERNÆRING

Skal vi forsøke å forstå forekomst av underernæring må vi betrakte pasientens kosthold ikke alene som inntak av energi og næringsstoffer, men fra en bred synsvinkel hvor vi tar hensyn til personens totale sosiale situasjon. Forhold vedrørende kosten, måltidsfordelingen, pasientens fysiske og mentale helse, miljø og personell vil ha betydning, (se figur 1). Av stor be-

tydning er også samarbeid og kommunikasjon mellom ulike personellgrupper og ansvarsfordelingen for ulike oppgaver på institusjonen.

Fig. 1. Forhold som kan påvirke pasientens matinntak og ernæringstatus.



1.6 FOREKOMST AV UNDERERNÆRING BLANT PASIENTER

Pasienter i institusjon

I de senere år er det påvist at underernæring ikke er uvanlig blant pasienter ved medisinske og kirurgiske avdelinger, og at dette gir økt komplikasjonshyppighet og forlenget liggetid (8-12). Det er også vist at pasientenes ernæringssituasjon kan forverres i løpet av sykehusoppholdet. I en amerikansk undersøkelse ble det vist at 69 % av pasientene på en medisinsk avdeling fikk dårligere ernæringsstatus etter mer enn to ukers liggetid (9).

I et nordisk materiale, omfattende 11 studier med ialt 714 pasienter, ble i gjennomsnitt ca. 20 % av pasientene vurdert som

underernærte ved innleggelse. Blant pasientene på medisinske- og geriatriske avdelinger var forekomsten av underernæring 22–35 %. Blant pasienter innlagt for kirurgisk inngrep viste det seg at diagnosen spilte stor rolle og forekomsten av underernæring varierte mellom 4–31 % (21).

Norske undersøkelser tyder på at underernæring forekommer oftere enn hva en vanligvis tror. Underernæring forekommer hos eldre ved innleggelse i medisinsk avdeling (22). Blant 103 pasienter som ble undersøkt med mål for underernæring hadde 50 til 80 % tegn på underernæring. Underernæring forelå hos pasienter av alle kategorier.

Blant 26 pasienter på indremedisinsk avdeling viste en tredjepart klare tegn på underernæring ved innleggelse. Kostinntaket under sykehusoppholdet var utilfredsstillende for en stor andel av pasientene (23, 24).

Alvorlige tegn på underernæring er også funnet hos 14 av 25 pasienter med diagnosen leversvikt (25).

Ernæringsstatus er vurdert hos 37 pasienter med kreft i munnhulen, svelget eller strupen før- og under medisinsk behandling. Pasientene hadde ved innleggelsen alvorlige ernæringsmangler. Både subjektiv og objektiv klinisk bedring kunne registreres hos de fleste pasientene innen noen få dager med ernæring via sonde (26).

Vi har en meget begrenset kunnskap om matinntak og ernæringsstatus hos norske pasienter. I 1950 og 60-årene ble det foretatt flere omfattende undersøkelser av matinntaket hos norske pasienter (27, 28). Senere er det bare gjort noen mindre undersøkelser av pasienters kosthold (29–32) og av forekomst av underernæring (22–26). Helsedirektoratet har i en rapport fra 1986 konkludert med at ernærings-situasjonen blant landets sykehjemspasienter til dels er skremmende (44).

Pasienter utenfor institusjon

Vi har meget få norske undersøkelser fra senere tid som har forsøkt å kartlegge er-

næringsstatus blant hjemmeboende pasienter og andre risikogrupper. Utilfredsstillende inntak av energi og næringsstoffer er påvist hos hjemmeboende eldre med senil demens (33). I den senere tid er det rapportert om flere tilfeller av rakitt blant barn (34) og underernæring blant eldre ved innleggelse på sykehus (22). Det er også diskutert hvilken betydning inntaket av kalsium og vitamin D har for den høye forekomsten av benbrudd blant eldre (35–37).

Undersøkelser av hjemmeboende eldre viser at deres matinntak i hovedsak er som hos yngre aldersgrupper. Gjennomsnittlig inntak av energi og næringsstoffer ligger vanligvis på akseptable nivåer, men det er store variasjoner (38–40). En større undersøkelse i Göteborg viste at risikogrupper for å få et utilfredsstillende kosthold er enslige menn, de som nylig er blitt alene, de som bruker lite penger til mat, spiser få måltider og de som er funksjonshemmet. Videre øker risikoen med økende alder (40–43).

Konklusjon

De fleste av våre kunnskaper om pasienters matinntak og ernæringsstatus har vi fra utenlandske undersøkelser. En rekke undersøkelser har vist at mange pasienter har et inntak av energi og næringsstoffer som er lavere enn ønskelig, at underernæring forekommer blant pasienter og at underernæringen kan settes i forbindelse med økt forekomst av komplikasjoner og rekonvalesenstid.

De få undersøkelser som er foretatt her i landet bekrefter imidlertid resultatene fra de utenlandske studiene. De gir en god indikasjon på at dette også er et problem i Norge. Det bør derfor settes igang tiltak for å forebygge underernæring. Samtidig er det behov for mer omfattende og representative undersøkelser som kan belyse grad og omfang av underernæring blant norske pasienter.

KAPITTEL 2

Pasienter i institusjon

Man skulle vente at kostholdet på helseinstitusjonen er bra, at de sykes næringsinntak overvåkes, at spesielle dietter gis etter vel overveide beslutninger, og at det følges opp at pasientene spiser det som blir bestemt. Men dette er dessverre langt fra tilfelle. Pasientens kosthold er fortsatt et lavt prioritert område innen medisinsk behandling og pleie både ved utdanning og klinisk praksis.

Ernæring i sykehus bør ansees som en integrert del av det totale behandlingstilbud og må være avpasset pasientens situasjon til enhver tid. Målsetningen må være å sørge for en forsvarlig væske- og nærings-tilførsel. Ernæring vil derfor måtte omfatte:

- normal kost
- dietter, f.eks. diabeteskost, glutenfri kost etc.
- flytende kost
- sondeernæring
- total parenteral ernæring
- kosttilskudd.

Pasienter som er alvorlig underernært skal realimenteres før større kirurgiske inngrep. På den annen side vil det ikke være nødvendig å sikre pasienter full ernæringsmessig dekning hvis de kommer inn for mindre kirurgiske inngrep eller kortvarig undersøkelse.

Undersøkelser av pasientenes inntak viser at en stor andel av pasientene har et inntak av energi, protein og andre næringsstoffer som er lavere enn ønskelig (21–32). En rekke studier viser at hovedproblemet er at pasientene spiser for lite av den serverte maten og at dette kan ha sammenheng med måltidsfordeling og bemanning (21, 31, 32, 44–46, 58).

2.1 KOSTENS ERNÆRINGS- OG SMAKSMESSIGE KVALITET

Når en skal diskutere pasienters kosthold, må en ta hensyn til at mange syke

spiser lite, samtidig som de trenger minst like mye næringsstoffer som friske.

Ved de fleste sykdommer har pasientene et økt behov for næringsstoffer. Det kan skyldes tap på grunn av oppkast, diaré, blødninger, endret metabolisme eller oppbygning av tapt vev. Energiforbruket er vanligvis lavere enn normalt, men ved en del tilstander som f.eks. feber og skader vil det være høyere enn normalt. Videre har mange pasienter dårlig appetitt. Evne og lyst til å spise er ofte nedsatt. Det må derfor stilles spesielle krav til kosten for syke mennesker. Det må være en høy kvalitet på den maten som tilbys, både når det gjelder smak og ernæringsmessig sammensetning. Mengde mat som tilbys, antall måltider og hvordan de er fordelt over dagen har også stor innflytelse på pasientens matinntak og må tilpasses pasientens behov. I «Retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner» utgitt av Statens ernæringsråd i 1985 gis anbefalinger for innhold av næringsstoffer i kost til syke. De gir også råd om måltidsfordeling og valg av matvarer.

Det er gjort få omfattende norske undersøkelser av ernærings- og smaksmessig kvalitet av den mat som serveres pasientene. De undersøkelser som er gjort tyder på at det kosthold som tilbys ved norske helseinstitusjoner har et innhold av næringsstoffer per energienhet som er høyere enn norsk gjennomsnittskost. Det oppfyller imidlertid ikke alltid de ernæringsmessige krav på kost til syke som stilles i Retningslinjer for kostholdet ved helseinstitusjoner (27, 29, 47–49). To spørreundersøkelser (50, 51) tyder på at pasientene stort sett er fornøyd med kostholdet og at de fleste mener at maten er god. I begge undersøkelsene ble det framført klager på måltidsordningen.

Det er store variasjoner mellom norske storhusholdninger både når det gjelder den daglige driften (bruk av arbeidsplaner, kontroll av mat, utstyr og rutiner m.m.) og effektiviteten av kjøkkendriften. Dette

kan delvis forklares ved at de ulike institusjonene er svært forskjellige i størrelse og derfor driver matdistribusjon og avdelingsarbeid etter ulike systemer, men også ved at utdannelsesnivået hos de ansatte er forskjellige. De nødvendige kunnskaper for å sette sammen og tilberede et forsvarlig og hensiktsmessig godt kosthold finne ikke i alle storhusholdninger. Kunnskapsnivået hos de ansatte bør heves ved økt opplæring og etterutdanning.

Det er mange forhold som kan påvirke smak, konsistens og næringsinnhold i maten, på veien fra kjøkken til avdeling. Planlegging, innkjøp, tilberedning, distribusjon og servering av maten er en lang og følsom prosess. Flere undersøkelser viser hvordan ulike tillagningsmetoder påvirker matens næringsinnhold og smak (52–54). De viser bl.a. at varmholdning i større grad påvirker smak enn næringsinnholdet (55). Det er viktig at kjøkken og distribusjonssystem har tilgang til egnet utstyr og at rutinene tar sikte på å gi et best mulig sluttprodukt til pasienten. Videre at en har rutiner for å sikre at den mat som serveres oppfyller de krav som en har satt m.h.t. næringsinnhold, utseende, temperatur, f.eks. bruk av skrevne menyer og oppskrifter, næringsberegning av maten, begrenning av varmholdning og kontroll av porsjonsstørrelser ved servering. Matbudsjettet må være så stort at en kan oppfylle de ernæringsmessige krav som er stilt i «Retningslinjene».

Tilpasning av mattilbudet til pasientens forutsetninger og behov er meget viktig for matinntaket. Dette gjelder både type mat, mengde, konsistens og antall måltider. Det er meget viktig at mattilbudet er så fleksibelt som mulig og at en utformer kostholdet i samråd med pasient og pårørende. Denne tilpasning må skje kontinuerlig.

Dette forutsetter en god kommunikasjon mellom kjøkken, pleiepersonale og pasient. Informasjon om mattilbud og pasientens rettigheter i denne forbindelse til pasienter og pårørende og personale vil være viktig. Videre vil bestillingsrutinene ha stor innflytelse på tilbudet.

2.2 MILJØMESSIGE FORHOLD OM- KRING SPISESITUASJONEN

Miljøet har en meget stor betydning for vår daglige trivsel. Inntaket av mat påvirkes således i stor grad av de miljømessige forholdene rundt spisesituasjonen. Til tross for denne erkjennelsen er betydningen av de miljømessige forhold rundt spisesituasjonen lite fokusert og tatt hensyn til. Kun et fåtall utenlandske undersøkelser har sett nærmere på dette og vurdert hvilken betydning det har i forhold til pasienters matinntak (56–58). Disse undersøkelsene indikerer at årsakene til underernæring ikke bare ligger i sykdom eller kostens ernæringsmessige sammensetning, men også må søkes i de miljømessige forholdene som finnes på sykehus og andre institusjoner.

Ved innleggelse i en institusjon må mange pasienter tilpasse seg en annen døgnrytme enn den de er vant til hjemme. Døgnrytmen er ved de fleste institusjoner lik for alle. Ikke bare måltider og tider for vekking og legging inngår i de faste rutinene, men også de sosiale aktivitetene kan være rutinepreget. I tillegg til stress og uro over å være syk må pasienten tilpasse seg nye rutiner og forholdene seg til mange nye og ukjente mennesker, såvel personalet som medpasienter. Når vi her skal se på de miljømessige forhold rundt spisesituasjonen, vil det være aktuelt å legge vekt på flg.:

- tidspunktet for måltidene
- serveringssystemer
- spisesituasjonen.

Tidspunkt for måltidene

I institusjoner skjer matserveringen til faste tider, og disse tidspunktene er valgt ut fra driftsmessige hensyn.

Tilførsel av energi og næringsstoffer bør være jevnt fordelt over dagen. Det anbefales at inntaket fordeles på 4 hovedmåltider og 1–2 mellommåltider. Det er meget viktig at det er så lang tid mellom hovedmåltidene at pasienten blir tilstrekkelig sulten. Samtidig bør det ikke være så lang tid mellom det siste kveldsmåltidet og nes-

te dags frokost. I dag kan det gå opp til 15–16 timer mellom disse måltidene.

For få faste måltider kan lett føre til ekstra spising av f.eks. søtsaker og kaker. Det er imidlertid viktig å tilby pasientene drikke også mellom måltidene.

De fastlagte rutineene for servering av måltidene gir liten mulighet til å ta hensyn til individuelle behov og ønsker hos spesielt utsatte pasientgrupper. Det argumenteres med at det blir for dyrt og at det er vanskelig gjennomførbart å endre disse rutineene. Mulighetene for en større tilpassning til individuelle behov vil være forskjellig, avhengig av type institusjon. Mindre institusjoner og langtidsinstitusjoner vil ha større mulighet til å etablere mer fleksible ordninger. Enkelte institusjoner har allerede innført fleksibel frokostservering.

Serveringssystemer

Det praktiseres stort sett følgende former for serveringssystemer ved våre institusjoner:

Selvbetjening, dvs. at maten settes på bordet og pasientene forsyner seg selv.

Utporsjonering, dvs. at maten lages ved et hovedkjøkken, og at utporsjoneringen skjer på den enkelte post/avdeling.

Brettservering, dvs. at maten til den enkelte pasient lages og utporsjoneres ved hovedkjøkkenet.

Både utporsjonering og brettservering innebærer at pasienten blir servert. Den enkelte pasient kan ikke for hvert enkelt måltid selv bestemme f.eks. størrelsen på porsjonen. Både frokost og kveldsmat lages opp på forhånd, og dette resulterer lett i at maten er «tørr» når den serveres. Matrallene skal dessuten være tilbake på hovedkjøkkenet innen en viss tid, og dette innebærer et tidspress rundt måltidene for både pasientene og pleiepersonalet. Ved bruk av brettservering er det spesielt viktig med et tett samarbeid mellom hovedkjøkkenet og den enkelte post/avdeling.

Serveringssystemene må sees i sam-

menheng med hvilke muligheter det gir til å tilpasse mattilbudet for den enkelte pasients ønsker og behov. Ved valg av serveringssystem bør man ta hensyn til at måltidene er viktige for aktivisering av pasientene og at de har stor betydning for pasientenes daglige samvær og trivsel. Selv om man benytter et spesielt system er det viktig å finne fram til ordninger som gjør dette systemet fleksibelt. På de institusjoner som har et hovedkjøkken er det viktig at også det lokale kjøkkenet blir utrustet slik at enklere mattilberedning kan gjøres der.

Det er viktig å etablere rutiner som sikrer at den enkelte pasient får tilfredsstillt sine ønsker og behov i størst mulig grad. Ansvaret for dette må legges til spesielle personer på avdelingen som kan sørge for at matkortene blir rettet hver dag i samsvar med pasientenes ønsker. Enkelte sykehus har innført muligheten til å velge mellom to forskjellige retter til middag. Dette innebærer at både personalet og pasienten må tenke «mat» hver dag. Institusjonene som har praktisert selvbetjening ved måltidene har hatt gode erfaringer med dette. Det anbefales at flere institusjoner legger forholdene til rette slik at det i større grad kan satses på denne serveringsformen. Flere steder i Norge og Sverige arbeider man nå med å forandre serveringsrutiner og spise-miljø (59–63).

Spisesituasjonen

Ved de fleste somatiske sykehus finnes det ingen egen spisestue. Måltidene serveres enten på rommet, i korridoren eller i dagligstuen. Mange steder må pasienten innta sine måltider sittende eller liggende i sengen. I psykiatriske sykehus, på sykehjem og innen HVPU kan måltidene som regel inntas i egne spisestuer. Imidlertid er standarden på disse spisestueene svært varierende fra sted til sted. Bygningene er ofte gamle og det er ikke plass til f.eks. rullestolbrukere ved bordet og det er heller ikke mulig å ha egne skjermede områder for f.eks. senil demente.

Mange pasienter trenger hjelp til målti-

dene. Noen har behov for spesielle hjelpemidler for å kunne spise selv, mens andre må mates. Dette er tidkrevende. I en spørreundersøkelse til landets sykehjem (44) svarte gjennomsnittlig 41 % av sykehjemmene at man ikke hadde tid nok til matning. De fleste sykehjemmene var utilfredse med den måten pasientene fikk tilført mat på. Den kaltes av enkelte for «samlebåndsmetoden», det vil si at en pleier mater flere pasienter samtidig. Det ble også brukt sprøyter for å få matingen til å gå hurtigere. På spørsmålet om pasienten fikk varm mat svarte 10 % nei.

Miljøet rundt spisesituasjonen vil også avhenge av medpasienter og personalet. Slik det er mange steder i dag kan det være store forstyrrelser under måltidene. I tillegg til denne uroen kommer pasientens opplevelse av sin situasjon. Pasienten kan være engstelig pga. innleggelsen, grue seg til prøver og undersøkelser eller ha smerter.

Alt i alt er miljøet rundt spisesituasjonen temmelig nedslående flere steder og i tillegg kommer ofte lite gjennomtenkte rutiner. Ved mange institusjoner er bemanningen så lav og arbeidspresset så stort at personalet ikke har tid til å gjøre noe med disse forholdene. Videre er matning heller ikke en prioritert oppgave i en presset arbeidssituasjon. I den tidligere nevnte spørreundersøkelsen svarte de som mente at de hadde tid nok til matning at matning ble prioritert høyt og at det skjedde på bekostning av andre gjøremål. Årsaken til at dette ikke prioriteres de fleste steder er muligens manglende kunnskaper både om kostens betydning og viktigheten av miljøet rundt spisesituasjonen. Personalet har heller ikke nok kunnskaper om underernæring, hvilke pasienter som er mest utsatt, hvilke symptomer man skal være oppmerksom på og konsekvensene for den enkelte pasient.

Det er viktig at kunnskaper om betydningen av de miljømessige forholdene rundt spisesituasjonen når fram til alt pleiepersonell. For at forholdene skal kunne forandres trengs det en grunnleggende

holdningsendring. En forutsetning for at dette skal skje er informasjon og økte kunnskaper blant alt personell, såvel leger som pleie- og kjøkkenpersonell. Det bør opprettes «kostombud» på hver avdeling/post som skal ha spesielt ansvar for forholdene rundt kosten og spisesituasjonen. Dette innebærer ikke at alle de andre skal fratas ansvar, men det er viktig at en person har ansvaret for at de daglige rutiner fungerer slik en ønsker.

Man må se på rutiner for undersøkelser, prøver og medisintdeling innen institusjonen. Det bør være mest mulig ro og tid nok rundt spisesituasjonen. Dessuten er det viktig å passe på at den enkelte pasient får de hjelpemidler som vedkommende trenger for å kunne spise selv. Det må også innarbeides rutiner for observasjon av hva den enkelte pasient spiser.

Man bør forsøke å forbedre det eksisterende spisemiljø. I en svensk undersøkelse (56) ble spisestuen ved et sykehjem gjort om fra et sterilt miljø til et miljø som minnet pasientene om 40-tallet. Brettserveringssystemet ble tatt bort og pasientene fikk servere seg selv på porselenstallerkener. Pasientenes matinntak og psyke bedret seg vesentlig. Dette viser at det kan være relativt liten innsats som skal til for å forandre relativt mye.

Urolige pasienter og pasienter som har store problemer med å spise vil ofte virke forstyrrende på miljøet i spisesituasjonen. Det er viktig, spesielt i langtidsinstitusjoner, å legge forholdene til rette slik at disse pasientene kan spise i egne skjermede områder.

I Sverige har man på bakgrunn av en undersøkelse hos pasientene, satt opp «Pasienternas ønskelista» (66). Den gjengis her som et eksempel, men det anbefales at institusjoner/avdelinger utarbeider egne «lister».

MAT OCH DRYCK

- Att måltiderna inte kommer för tätt
- Att själv få bestemma när jag vil äta
- Att få veta vilken mat som serveras
- Att få omväxlande kost

- Att varje dag kunne få välja mellan minst två olika rätter
- Att få vanlig mat – husmannskost
- Att någon gång då och då få äta det jag tycker speciellt mycket om, t.ex. strömmingsflundror
- Att maten är varm
- Att jag bereds möjlighet eller får hjälp att skjölja mun och borsta tänderna efter måltiderna om jag önskar
- Att jag har möjlighet att tvätta händerna före måltiderna
- Att själv få ta så lite eller så mycket mat jag vil ha
- Att få påfyllning när det smakar bra
- Att få äta vid dukat bord och inte vid sängkanten
- Att jag slipper att äta tillsammans med andre om jag inte vill
- Att få äta tillsammans med dem jag trivs med
- Att få äta på riktigt porslin och med riktiga bestick
- Att få äta i en liten matsal
- Att det inte ekar och slamrar i matrummet
- Att stolen (även rullstol) och bordet har höjder som passer ihop och underlättar ätandet för mig, att jag verkligen sitter intill bordet
- Att matbordet är väl och trivsamt belyst, att lampan som bör finnas över matbordet inte bländer mig
- Att inte behöva slänga i sig maten
- Att jag blir matad med små tuggor om jag absolut behövas matas
- Att matas i min egen takt
- Att på egen bekostnad kunne få ett glas vin, en snaps eller et glas konjak til kaffet då och då
- Att få ha whisky i skåpet på rummet och öl i kylskåpet
- Att jag – om så behövs – får hjälp eller påminnelse så att jag dricker tillräckligt
- Att ibland få känna dofter av matlagning, pepparkaksbak osv.

2.3 MEDISINSKE BEHANDLINGS- RUTINER

Den medisinske undersøkelse og behandling er komplisert og har ofte uheldige virkninger for pasientens ernæringstilstand. Videre kan mangelfulle rutiner for overvåkning av pasientenes ernæringstilstand gjøre at man ikke oppdager og behandler underernæring hos pasientene.

Undersøkelser

Pasienter innlagt i sykehus for behandling/undersøkelse er naturlig nok engstelige for hva den enkelte undersøkelse/behandling innebærer av smerte og ubehag og hva resultatet av undersøkelsen vil vise. Dette vil prege også matlyst før/under enhver undersøkelse.

Undersøkelser som krever faste vil ofte bli utført tidlig om morgenen, men også utover hele dagen for å utnytte spesialpersonale og dyrt utstyr. Pasienten vil da miste ikke alene morgenmåltid, men også middag.

For en rekke undersøkelser må pasientene gjennomgå omfattende tømningsregimer.

Undersøkelser i spesialavdeling betinger ofte transport vekk fra egen avdeling. Under fraværet vil det ofte ikke bli sørget for fullverdig næringstilførsel selv om aktuelle undersøkelse ikke skulle være til hinder for dette.

Behandling

Medikamenter inntar en sentral plass i den medisinske behandling i og utenfor institusjon. Bivirkninger påvirker ikke sjelden matinntaket ved f.eks. å redusere matlyst, smaksopplevelse, spyttsekresjon og våkenhet. Som et ytterligere kompliserende forhold kommer interaksjoner mellom næringsstoffer og medikamenter, noe som det hittil har vært tatt lite hensyn til (64).

De medikamenter som virker inn på næringsstatus og som antagelig betyr mest tallmessig er:

- diuretika i behandling av hjertesvikt/hypertensjon som gir tap av kalium, magnesium, zink m.m.
- digitalis som gir magnesiumtap
- teofyllin/digitalis som gir kvalme, nedsatt matlyst generelt.
- ataraxica (nervemedisin) som gir munn-tørrhet og manglende spyttproduksjon.

Kreftpasienter vil i sin behandling få både røntgenstråling og medikamenter som gir generelt nedsatt almentilstand og påvirker pasientens matinntak under behandlingsperioden. Det er ønskelig å kunne optimalisere ernæringstilførselen hos disse pasienter, spesielt hvor man tilstreber kurativ behandling.

Medisinsk behandling er komplisert. Mange av de kjente interaksjoner kan vanskelig måles ved klinisk undersøkelse og alminnelige laboratorieprøver, og forblir derfor udiagnostiserte. Pasienten kan utvikle symptomer som synes uspesifikke som depresjon, smerter, svakhet og falltendens. Slike plager er alminnelige i medisinsk praksis, men kan være vanskelig å tilbakeføre til den spesifikke mangeltilstand som kan ligge bak.

Overvåkning av ernæringstilstand

Vurdering av pasientens ernæringsmessige status har i sykehus hatt liten oppmerksomhet. Selv den enkleste vurdering som veiing av pasienten ved innleggelse blir ofte ikke utført i sykehus. Selv om rutinene som oftest krever at pasienten skal veies en gang pr. uke, blir dette lett glemt. Veiing av pasient i seng finnes det som oftest ikke muligheter for. Andre enkle undersøkelser som antropometri og laboratoriemessige karakterisering av underernæring er ikke, eller bare i liten grad tatt i bruk.

For at en skal ta større hensyn til pasientens kosthold og ernæringstilstand i behandling og pleie er det viktig å:

- styrke interesse og kunnskaper om dette blant helsepersonell

- forbedre undersøkelses- og behandlingsrutiner f.eks. sørge for en bedret gjennomføring av planlagt program så pasienten unngår venting og dermed fastende regime mer enn høyst nødvendig. Ha mulighet for mattilberedning for pasientene på den enkelte post når de har vært til spesialbehandling
- tilpasse den medikamentelle behandling slik at medikament/ernæringsinteraksjoner reduseres
- innføre rutiner for registrering av risikopasientens ernæringstilstand, f.eks. ved regelmessig registrering av vekt, hudfoldstykkelse, armmuskelomkrets og visse blodprøver
- forbedre rutiner for registrering av mat og drikke for utsatte pasienter
- bedre rutiner for samarbeid f.eks. ved å innføre kostombud på hver post
- på store sykehus kan det være aktuelt å starte ernæringsteam bestående av lege/dietetiker/farmaceut/sykepleier. Ernæringsteamet vil ha ansvar og tilsyn med all spesiell næringstilførsel.

2.4 ANSVARSFORDELING

Et tilfredsstillende kosthold for pasientene på institusjoner forutsetter et samarbeid og en klar ansvarsfordeling mellom personale i kjøkken og sykeavdeling. Den konkrete fordelingen av arbeidsoppgaver og ansvar er avhengig av produksjonssystem på den enkelte institusjon. Flere sykehus og langtidsinstitusjoner har opprettet kostholdskomiteer, og har gode erfaringer fra dette. Kostholdskomiteen har bedret kommunikasjonen mellom de ulike personalgruppene, og har hatt det overordnede ansvar for utarbeiding av kostlistene.

Kjøkkenpersonalet har ansvaret for å levere tilstrekkelig mengde av velsmakende mat som oppfyller kravene til en ernæringsmessig forsvarlig kost.

Det påligger den medisinske ansvarlige lege å overvåke og vurdere pasientenes ernæringsstatus og å gi de nødvendige forordninger om kosten.

Der det finnes kliniske ernæringsfysio-

loger/dietetikere, bør de være bindeledd mellom de ulike personalkategorier. De kan gi råd om kostholdet på institusjonen og kostholdet for den enkelte pasient.

Pleiepersonalet har ansvaret for at pasienten får en kosttype og porsjonsstørrelse som er tilpasset pasientens tilstand og behov, at han får de forordnede måltider og mellommåltider og for å registrere pasientens matinntak og ernæringsstatus. Ansvaret for å registrere og vurdere pasiente-

nes matinntak hviler i siste omgang på avdelingssykepleieren. Dersom denne delegerer ansvaret til f.eks. kostombudet er det nødvendig klart å bestemme hvem som skal være ansvarlig. Resultatet kan ellers bli at en mister muligheten til å kontrollere pasientens inntak.

Ansvaret for at det finnes gode rutiner, og at forholdene legges til rette for mer fleksible ordninger ligger på eieren av institusjonen.

KAPITTEL 3

Pasienter utenfor institusjon

Det er viktig å få bedre kunnskap om eventuelle ernæringsproblemer blant hjemmeboende pasienter og blandt de som er på vei til å bli avhengig av pleie. Dette er særlig viktig når en skal satse mer på hjemmebasert pleie av pasientene. Det er sannsynlig at en del pasienters økte behov for pleie har sammenheng med en dårlig ernæringsstatus.

Gjennom hjemmehjelps- og hjemmesykepleieordningen, kan en gjøre særlig meget for å hjelpe pasienter til et bedre kosthold. Det er viktig å legge forholdene til rette for eldre og pasienter slik at de kan

oppretholde et godt kosthold hjemme, f.eks. via servicetiltak, dagsentra, hjelpemidler, tilpasning av boligen. Det er også viktig at de medisinsk ansvarlige vurderer og overvåker pasientens ernæringsstatus. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie vil være de som i praksis har ansvar for å registrere og vurdere pasientens matinntak og for å hjelpe pasienten til et tilfredsstillende kosthold.

Helsetjenesten bør også vie ekstra oppmerksomhet overfor andre risikogrupper som kan være spesielt utsatte for å få problemer med kostholdet.

KAPITTEL 4

Strategi

Helsetjenesten må arbeide for at pasienten opprettholder best mulig ernæringsstatus, fordi dette har stor betydning for resultatet av den medisinske behandling og pleie. Det er derfor en selvfølge at forholdene legges til rette slik at pasientene sikres et forsvarlig og hensiktsmessig kosthold.

Flere norske undersøkelser tyder på at underernæring forekommer blant pasienter ved innleggelse og under opphold på institusjon. Dersom resultatene fra disse mindre undersøkelsene er representative for forholdene blant norske pasienter står

vi overfor et helseproblem som betyr en belastning både for den enkelte og for samfunnet.

Det synes helt klart at pasientens kosthold og problemene med underernæring må vies mye større oppmerksomhet innen helsevesenet, så vel av sentrale, som fylkeskommunale og kommunale myndigheter.

For å sette opp strategi/tiltak for å forebygge underernæring er det nødvendig å se nærmere på en del av årsakene til at dette området har vært lavt prioritert:

- 1) Sentrale og lokale helsemyndigheter har ikke kjent eller følt et tilstrekkelig ansvar for dette.
- 2) Det vies liten oppmerksomhet overfor pasientenes kosthold i klinisk praksis. Dette kan komme av at:
 - a) Kosthold og ernæring gis liten plass i utdanning av helsepersonell, så vel av leger som sykepleiere og hjelpepleiere.
 - b) Arbeid med pasientenes kosthold prioriteres lavt i forhold til andre oppgaver.
 - c) Utilstrekkelig bemanningssituasjon.
- 3) Det finnes ikke noen universitetsavdeling i Norge som har klinisk ernæring som spesialfelt. Mulighetene til forskning, undervisning og kompetanseoppbygging innen dette området er derfor dårlige. Institutt for ernæringsforskning ved Universitetet i Oslo arbeider i liten grad med spørsmål som angår klinisk ernæring. Utdannelsen av kliniske ernæringsfysiologer foregår i Sverige.
- 4) Det er få personer innen helsevesenet som har spesialkompetanse i klinisk ernæring. I dag er det bare ca. 50 kliniske ernæringsfysiologer (dietetikere) ved norske helseinstitusjoner, og de fleste arbeider i Østlandsområdet.

4.1 TILTAK

Arbeidsgruppens forslag til tiltak i tiden framover kan summeres opp i følgende hovedpunkter:

- 1) Styrke interessen for og kunnskapen om betydningen av pasientens kosthold ved å:
 - bedre undervisningen i dette fagområdet for ulike grupper helsepersonell
 - utarbeide læremidler og informasjonsmaterieil
 - øke samarbeidet med interesseorganisasjoner og media.

- 2) Styrke kompetansen ved å:
 - bedre mulighetene for forskning innen området kosthold og ernæring
 - vurdere å opprette flere stillinger for fagfolk med kunnskap om ernæring.
- 3) Forbedring av arbeidsforhold ved å:
 - utvikle og utprøve rutiner
 - definer ansvar
 - styrke bemanningen
 - sikre tilstrekkelige økonomiske ressurser.
- 4) Legge fysiske forhold til rette ved å:
 - ta hensyn til pasientenes spise miljø ved utforming av institusjonene
 - servicetiltak overfor hjemmeboende pasienter.
- 5) Øke pasientenes innflytelse ved å:
 - gi kostholdsopplysning
 - informere om ulike tilbud og muligheter som eksisterer
 - tilpasse mattilbud og hjelp til pasientenes forutsetninger, behov og ønsker.

I det følgende gis noen kommentarer til de ulike hovedpunktene.

4.1.1 Kunnskap og interesse

Det er viktig å sikre at klinisk ernæring og kosthold gis en større plass i grunn- og videreutdanningen av helsepersonell som leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Det er også viktig at det brukes lærekrefter med en tilstrekkelig faglig kompetanse. Sosialdepartementet/Helsedirektoratet og Statens ernæringsråd bør være med å spre kunnskap om kostens betydning i den medisinske behandling slik at dette området gis økt oppmerksomhet i og utenfor institusjon.

Det er store variasjoner mellom norske storhusholdninger både når det gjelder den daglige driften og effektiviteten av kjøkkendriften. Dette kan delvis forklares ved at de ulike institusjonene er svært forskjellige i størrelse og derfor driver sine

kjøkken etter ulike systemer, men også ved at utdanningsnivået hos de ansatte er forskjellig. Kunnskapsnivået blant kjøkkenpersonell bør heves ved at tilbudet når det gjelder opplæring og etterutdanning bedres.

Videre er det viktig at kunnskaper om betydningen av de miljømessige forholdene rundt spisesituasjonen når fram til alt pleiepersonell. For at forholdene skal kunne bedres trengs det en grunnleggende holdningsendring både hos institusjonseier og helsepersonell. En forutsetning for at dette skal skje er informasjon og økte kunnskaper blant alt personell, såvel leger som pleie- og kjøkkenpersonell.

For å øke oppmerksomheten om problemet underernæring blant pasienter må det i samarbeid mellom Sosialdepartementet og Norske Kommuners Sentralforbund avsettes ressurser til å utarbeide og distribuere informasjon og undervisningsmaterieell. Helsedirektoratet bør utarbeide en veiledning om problemet som kan distribueres til landets helseinstitusjoner. Videre bør utarbeidelse og markedsføring av undervisningsopplegg som kan brukes i videreutdanningen av pleiepersonell støttes.

4.1.2 Kompetanse

Ressurser og koordinering

For å øke mulighetene til å sette igang tiltak for å forebygge underernæring blant pasienter, må kompetansen innen fagområdet kosthold og ernæring bygges ut både på fylkes- og kommuneplan. Dette vil også ha avgjørende betydning for å kunne gi forsvarlig informasjon om kosthold i det forebyggende helsearbeid, og ved behandling av en rekke sykdommer. Det er viktig å se mulighetene for å sette igang tiltak for å forebygge underernæring blant pasienter i sammenheng med mulighetene for annet ernæringsrelatert helsearbeid.

Ifølge Ot.prp. nr. 36 (1980–81) «Helsjetjenesten og sosialtjenesten i kommunene», bør adekvat kostrådgivning være en natur-

lig del av det helsetilbud fylker og kommuner skal tilby. I dag er dette tilbudet meget begrenset.

På fylkesplan bør fylkeslegen ha ansvaret for å koordinere ernæringsarbeidet og det er viktig å styrke kompetansen på dette nivå.

Som følge av at pasientenes kosthold har vært så lavt prioritert over lang tid kan en ikke forvente at fylkeskommunale og kommunale myndigheter vil prioritere dette området. Derfor må sentrale myndigheter ta ansvar for at dette fagområdet blir forsvarlig dekket på fylkes- og kommuneplan. Arbeidsgruppen anbefaler at det avsettes midler slik at det kan opprettes stillinger for ernæringsfysiolog ved fylkeslegenes kontor. Dette ville kunne gjøre det lettere å sette igang tiltak på fylkesnivå, og å støtte oppfølging av initiativ fra sentralt hold. En kan her vise til de vellykkede resultat en har hatt med en slik ordning hos Fylkeslegen i Finnmark og Sogn og Fjordane.

Den kommunale helsjetjenesten bør få en meget sentral rolle ved utforming og gjennomføring av ernæringsarbeidet i lokalmiljøet (ernæringspolitikk på lokalt nivå). Helsesrådene, helsestasjonene, skolehelsjetjenesten, bedriftshelsjetjenesten og næringsmiddelkontrollen vil stå sentralt i dette arbeid. Hjemmehjelps- og hjemmesykepleieordningen er særlig viktig for de mest utsatte gruppene. Det er derfor viktig at kompetansen innen kosthold og ernæring styrkes også på dette nivå. I denne forbindelse kan det nevnes at det til gjennomføring av den nederlandske ernæringspolitikken er bevilget midler til dietetikerstillinger i kommunehelsjetjenesten. Innen 1990 skal det i Nederland være ansatt en dietetiker pr. 50 000 innbyggere.

For å få størst mulig effekt av det lokale ernæringsarbeidet er det viktig å koordinere ressursene, og samordne det arbeidet som gjøres. Dette kan også være av stor betydning for å styrke befolkningens tillit. Det er ønskelig å etablere organ for koordinering på fylkes- og kommuneplan. Aktu-

elle samarbeidspartnere i fylker og kommuner er bl.a. helsetjenesten, forbrukerutvalg, forbrukerkontor, frivillige organisasjoner, tannhelsetjenesten, næringsmiddelkontrollen og skoleverket.

Arbeidsmetoder og opplysningsmaterie-ll må være tilpasset ulike målgrupper. For å justere og bedre metoder og materiell trengs stadig evaluering, noe som krever ekstra ressurser.

Institusjonene må ha tilstrekkelige ressurser både med hensyn til kompetanse, personell, økonomi og utstyr slik at de kan oppfylle spesielle krav som stilles til kosten for syke mennesker.

Helsedirektoratet har i en undersøkelse konkludert med at ernærings-situasjonen blant landets sykehjemspasienter til dels er skremmende. Personalmangel ble framhevet som en av hovedårsakene til dette. Det må derfor settes inn ressurser særlig på dette området.

Det kan opprettes en kostholdskomiteé på hver institusjon. Videre bør det opprettes kostombud på hver avdeling/post som spesielt skal ta seg av kosten og spisesituasjonen på avdelingen.

Forskning

Gjennomgangen av det arbeid som er gjort av pasienters kosthold har avdekket store kunnskapsmangler og stort behov for forskning innen dette området. Etter å ha vurdert den forskning som er gjort mener arbeidsgruppen at en nå spesielt bør skaffe mer kunnskap om:

- 1) Hvordan forandring av miljøet og serveringsrutiner påvirker pasientens kosthold og matinntak.
- 2) Ernæringsstatus hos representative grupper av pasienter og hvordan ernæringsstatus påvirker sykelighet og institusjonens avhengighet.
- 3) Kostholdsproblemer hos hjemmeboende pasienter. Dette er spesielt viktig når en nå skal satse mer på hjemmebasert pleie av pasientene.

Sentrale myndigheter må støtte forsk-

ning som angår pasientenes kosthold og ernæringsstatus. Det er viktig at et forskningsråd kan styre, initiere, støtte og stimulere til forskning og prosjektarbeid innen dette område, og det bør gjøres til et prioritert innsatsområde under f.eks. NAVF. Det er derfor naturlig at det er en prosjektleder med dette som spesialansvar. Det er også en forutsetning at det avsettes ressurser til prosjekter som angår pasientenes ernærings-situasjon. Hensikten med å legge ansvaret til en person/et organ er at prosjekter må initieres utfra en helhetsvurdering av forskningsbehovet innen dette området.

4.1.3 Forbedringer av arbeidsforhold

En del av pasientenes ernæringsproblemer er en følge av arbeidsrutiner og prioriteringer på institusjonene.

Det er behov for å utvikle og utprøve rutiner:

- 1) for å registrere forekomst av underernæring blant pasienter.
- 2) for tiltak til å bedre ernæringsstatus når ernæringsproblemer er avdekket hos pasienter.
- 3) for å bedre samarbeid, ansvarsfordeling og kommunikasjon mellom ulike personellgrupper og mellom pasienter og personell.
- 4) som kan gjøre mat og måltidstilbudet mer fleksibelt.
- 5) hvor kostfunksjonen kan brukes som et ledd i aktiviseringen av pasientene.

Det bør også gjennomføres organisatoriske analyser av mulighetene for å bedre måltidsmønster, spise-miljø og serverings-systemer i institusjoner av ulike typer.

Det er nødvendig å sørge for tilstrekkelig bemanning i spisesituasjonen og det bør vurderes å trekke inn også andre personellgrupper fra f.eks. kjøkkenet.

I budsjettene må det avsettes tilstrekkelige midler slik at gjeldende krav til kostholdet kan oppfylles, at det er egnet utstyr for tilberedning, transport, servering og til nødvendige hjelpemidler for pasientene.

4.1.4 Fysiske forhold

Sosialdepartementet/Helsedirektoratet bør utarbeide forskrifter/veiledning om hvordan det ved utforming av helseinstitusjoner skal tas hensyn til pasientenes spise-miljø.

For alle oppegående pasienter bør det innredes spiserom på avdelingen, eller felles spiserom for flere avdelinger. Det bør dessuten være mulig å skjerme urolige pasienter.

Myndighetene bør bidra til at forholdene kan legges til rette slik at hjemmeboende pasienter kan opprettholde et forsvarlig kosthold. Servicetilbud bør bygges ut, med f.eks. dagsenter, hjemmehjelp, mat-bringing og hjelpemidler.

4.1.5 Pasientens innflytelse

Tilpasning av mattilbudet til pasientens forutsetninger og behov er meget viktig for matinntaket. Dette gjelder både type mat, mengde, konsistens og antall måltider. Det er også viktig at mattilbudet er så fleksibelt som mulig. Kjøkken på den enkelte avdeling/post bør få større mulighet for enkel matlagning, som f.eks. tilgang på mikrobølgeovn. Ved store institusjoner med sentralkjøkken burde det eventuelt innføres en «senvakt» slik at kjøkkenet kan ha kveldsåpent.

KAPITTEL 5

Litteratur

1. Butterworth, C. E. and Blackburn, G. L., Hospital nutrition, *Nutrition Today* 1975, March/April, 8-19.
2. Bistrian B. R., Blackburn G. L., Hallowell E., Heddle R. Protein Status of general surgical patients. *JAMA* 1974; 230: 858-860.
3. Bistrian B. R., Blackburn G. L., Vitale J., Cochran D., Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976; 235: 1567-1570.
4. Symreng T. Arm anthropometry in a large reference population and in surgical patients. *Clin Nutr* 1982; 1: 211-219.
5. Symreng T., Groth O., Norr A., Schildt B., Zetterqvist H. Delayed hypersensitivity - critical evaluation of five recall antigens in a large reference population. *Clin Nutr* 1983; 1: 265-273.
6. Symreng T., Anderberg B., Kågedahl B., Norr A., Schildt B., Sjødahl R. Nutritional assessment and clinical course in 112 elective surgical patients. *Acta Chir Scand* 1983; 149: 657-62.
7. Bøhmer T. Laboratoriemessige kriterier ved underernæring. *Tidsskr for lægefor*, 1986; 106: 1700-4.
8. Studley H. O. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA* 1936; 106: 456-60.
9. Weinsier R. L., Hunker E. M., Krundieck C. L., Butterworth C. E. Hospital malnutrition. A prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 418-26.
10. Meakins J. L., Christou N. V., Shizgal H. M., MacLean L. D. Therapeutic approaches to energy in surgical patients. *Surgery and Levamisole*. *Ann surg* 1979; 190: 286-96.
11. Mullen J. L., Buzby G. P., Waldman M. T., Gertner M. H., Hobbs C., Rosato E. F. Prediction of operative morbidity and mortality by preoperative nutritional assessment. *Surg Forum* 1979; 30: 80-82.
12. Warnold I., Lundholm K. Clinical significance of preoperative nutritional status in 215 noncancer patients. *Ann Surg* 1984; 199: 299-305.
13. Blackburn, G. L., Maini B. S. and Pierce E. C. Nutrition in the critically ill patient. *Anesthesiology* 1977; 47: 181-194.
14. Buzby G. P. et al. Prognostic Nutritional Index in Gastrointestinal Surgery. *Am J Surg*, 1980; 139: 160-67.
15. Chen L. C. et al. Anthropometric assessment of energy- protein malnutrition and

- subsequent risk of mortality among pre-school aged children. *Am J Clin Nutr* 1980; 33: 1836-45.
16. Mullen J. L., Buzby G. P., Matthews D. C., Smale B. F., Rosato E. F. Reduction of operative morbidity by combined preoperative and postoperative nutritional support. *Ann Surg* 1980; 192: 604-13.
 17. Rombeau I. L., Barot L. R., Williamson L. E., Mullen J. L. Preoperative total parenteral nutrition and surgical outcome in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Surg* 1982; 143: 139-142.
 18. Müller J. M., Brenner U., Diens T. C., Pichlmair H. Pre-operative parenteral feeding in patients with gastrointestinal carcinoma. *Lancet* 1982; i: 68-71.
 19. Hall M. J., Manning A. P., Symes C. The effect of supplemental enteral nutrition on anthropometric measurements, nitrogen balance and pre-existing oral intake. *Proc Nutr Soc* 1983; 42: 148A.
 20. Falch J. A. Postmenopausal Bone loss - causes and consequences. With spes. refr., Oslo 1987.
 21. Isaksson B. m.fl. Underernæring på sjukhus, *Läkartidn* 1985; 82: 498-501.
 22. Böhmer T. m.fl. Underernæring hos eldre indremedisinske pasienter. Abstracts fra den 3. Nordiske Ernæringskongress, Bergen, 17.-21.6.1984.
 23. Waage A. m.fl. Ernæringsstatus og kostinntak hos indremedisinske pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1987; 107: 146-7.
 24. Martinussen M. Kostinntak og ernæringsstatus. Prosjektarbeid, Linjen for nærings-terapi, NHH 1983.
 25. Brinch L. Protein-calorie malnutrition in chronic liver disease - incidence and causes. Personlig meddelelse.
 26. Ose T. og Vermund H. Enteral ernæring ved cancer i øvre fordøyelses- og respirasjonstraktus. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1984; 104: 2100-003.
 27. Eeg-Larsen N., Gaustad V. og Øgrim M. E. Kostholdsundersøkelser i alders- og pleiehjem. Forskningsresultater fra Landsfor- eningen for kosthold og helse. Melding nr. 6.
 28. Harbitz H. F. og Øyen O. Postoperativ ernæring. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1959; 21: 1219.
 29. Solvang A. Hva vet vi om maten i storhus- holdninger. Melding fra Avdeling for kost- holdsforskning, nr. 4, 1981.
 30. Ellingsen Lje I., Høivik B. og Lilje R. Kost- hold hos pasienter i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1985; 105: 2124-6.
 31. Holte T. Kosthold for psykisk utviklings- hemmede. En undersøkelse ved Nærlands- heimen 1977. Stensilert rapport.
 32. Thommessen M. Ernærings og vekst hos døvblinde barn. Hovedfagoppgave i ernæring, Universitetet i Oslo, 1985.
 33. Nes M. m.fl. Kosthold og ernæringsstatus hos en gruppe hjemmeboende eldre med senil demens, Abstract, Møte i Selskap for Ernæring, 1987.
 34. Halvorsen K. S. og Halvorsen S. Rakitt - en aktuell sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1983; 103: 1054-57.
 35. Sem S. En kostholdsundersøkelse hos en gruppe hjemmeboende eldre i Oslo, med spesiell henblikk på vitamin D-status. Hovedoppgave i ernæring. Institutt for ernæ- ringsforskning, Universitetet i Oslo, 1984.
 36. Sjøen R. Vitamin D-status hos eldre på aldersinstitusjoner i Oslo. Hovedfagoppgave i ernæringsfysiologi. Institutt for ernæ- ringsforskning, Universitetet i Oslo, 1984.
 37. Cummings S. R. et al. Epidemiology of osteo- porosis and osteoporotic fractures. *Epidemiologic Revues*, 1985; 7: 178-208.
 38. Nes M. Ernæringsstatus til en gruppe enslige bosatt i indre Oslo. Hovedfagopp- gave i sosial ernæring. Institutt for ernæ- ringsforskning, 1985.
 39. Nes M. Kosthold og helse i eldre år, *Matvett*, 1986, nr. 4, 1-5.
 40. Evensen S. m.fl. Ernæring hos eldre. Sta- tens institutt for forbruksforskning, Rap- port nr. 100, Lysaker 1986.
 41. Steen B. m.fl. Intake of energy and nutri- ents and meal habits in 70-year old males and females in Gothenburg, Sweden, A po- pulation study. *Acta med scand (suppl)* 611, 39-86, 1977.
 42. Lundgren B. K. et al. Dietary habits in 70- and 75-year-old males and females. Longi- tudinal and cohort data from a population study, *Næringsforskning*, 1987; 31: 53-56.
 43. Steen B. Nutrition på äldre dager, *Nærings- forskning*, 1982; 26: 2-6.

44. Helsedirektoratet. Notat vedrørende forholdene ved landets somatiske sykehjem, 27.10.86.
45. Fylkeslegen i Vest-Agder. Om gjennomgåelse av Kristiansand Sanitetsforening psykiatriske sykehjem, Solvang, 1981.
46. Fylkeslegen: Vest-Agder. Brev av 1.6.86 til Helsedirektoratet.
47. Engehagen B. Mat til eldre i Åsker og Bærum, Rapport, Stabekk høyskole, mai 1985.
48. Salbu B. m.fl., Sporelementer i «vitalkost» og sykehuskost. Tidsskr Nor Lægeforen, 1981; 101: 1050-52.
49. Færden K. *Materialflyt og kvalitet av mat i storhusholdninger*. Delprosjekt: Kartlegging av matvaretilbudet i 4 typer norske storhusholdninger og av varmmattilbudet for hjemmeboende pensjonister. SIFOMelding nr. 56. Bekkestua, 1980.
50. Kostholds-komiteen ved Regionssykehuset, Trondheim. Spørreundersøkelse om kosten ved Regionsykehuset i Trondheim, 1985.
51. Først E. *Bruk av fisk i storhusholdninger*. Delprosjekt I: Pasienters og soldaters holdninger til fisk i hjem og institusjon. SIFOMelding nr. 79. Lysaker, 1984.
52. Aulie J. *Materialflyt og kvalitet av mat i storhusholdninger*. Delprosjekt: Kartlegging av koke- og stekeutstyr i norske husholdninger. Oslo, 1980.
53. Aulie J. Tid og temperaturmålinger ved tilagning av middagsmat – erfaringer fra egne undersøkelser og synspunkter på aktuelle tiltak for å bedre maten. *Forbruksforskning SIFO-orienterer*, 1982; 1: 16-22.
54. Aulie J. og Færden K. *Materialflyt og kvalitet av mat i storhusholdninger*. Delprosjekt: Koking av poteter, grønnsaker og fisk med ulike typer storhusholdningsutstyr under kontrollerte betingelser. Årsrapport til NTNf. Oslo, 1979.
55. Jonsson L. *Næringsværdesforandringer i livsmedel hanterade i storhushåll*. Akademisk avhandling, Inst för Klinisk Näringslära, Göteborgs Universitet och SIK – Svenska Livsmedelinstitutet, 1980.
56. Elmstål S. et al. Hospital nutrition in crue medicin I. Effect of changed meal environment, *Comprehensive gerontology*, 1987; 1: 29-33.
57. Andersen S. m.fl. Ny madserving som en del af et terapeutisk miljø. *Sygeplejersken*, 1987; 13: 12-17.
58. Juul H. J. En undersøkelse på måltidenes innvirkning på matinntaket, spesialarbeite på Linjen for Næringssterapi, *Næringsforskning*, 1986; 30: 67.
59. Simense L. Rullende koldtbord for institusjoner, *Kjøkkenskriveren*, 1984; 5: 17-20.
60. Forsbergskog H. Felles bespisning for pasienter – nytt prosjekt ved medisinsk avdeling, *Kjøkkenskriveren*, 1987; 1: 6-7.
61. Grude H. Vilberg helsetun – først ute med Karott-servering, *Kjøkkenskriveren*, 1987; 4: 2-3.
62. Grude H. Mat for eldre i Bergen, *Kjøkkenskriveren*, 1987; 3: 12-3.
63. Styrelsen for teknisk utvekling (STU). *Sjukvårdsmiljö, Rapport nr 334. Måltider och måltidsutrustning*, Bromma 1981.
64. Roe D. *Drug induced nutritional deficiencies*, AVI Publishing, Connecticut 1985.

Generell litteratur:

- Wretling A. *Allmän näringslära, malnutrition, svälttillstånd*, Kabivitrutrum, Federativ, Stockholm 1986.
- Hessow I. og Ovesen L. *Klinisk ernæring*, Munksgaard, København 1985.
- Lenner R. A. *Dietthandboka*, Universitetsforlaget 1981.
- Vogt J. H. *Ernæring og dietter ved sykdommer hos voksne*. Aker sykehus, Oslo 1979.
- Goodhart R. S. and Shils M. E. *Modern nutrition in health and disease*, sixth ed., Lea & Febiger, London 1980.
- Davidson S. et al., *Human nutrition and dietetics*, seventh ed., Churchill Livingstone, London 1979.

Juridiske betenkning om ernæringens plass i lover og regelverk som omfatter helseinstitusjoner

Av professor dr. juris Aslak Syse,
Juridisk fakultet,
Universitetet i Oslo
Oslo, 1. november 2002

Denne betenkningen er avgitt etter oppdrag fra arbeidsgruppen oppnevnt av Sosial- og helsedirektoratet for å vurdere tiltak mot feil- og underernæring i helseinstitusjoner.

Betenkningen er inndelt i følgende fem underpunkter:

1. Menneskerettslige forpliktelser
2. Rettslig regulering for å kvalitetssikre næringsmidler og drikkevann
3. Særlig om politiske føringer vedr. ernæringens plass i lover og regelverk som gjelder helseinstitusjoner
4. Rettslige virkemidler for å møte de særlige ernæringsmessige utfordringene ved helseinstitusjonene
5. Andre virkemidler for å møte de ernæringsmessige utfordringene ved helseinstitusjonene

1. Menneskerettslige forpliktelser

Etter menneskerettsloven av 21. mai 1999 nr. 30 § 2 er tre nærmere angitte konvensjoner gjort til norsk rett. Etter § 3 skal bestemmelsene i de konvensjoner og protokoller som er nevnt i § 2, ved motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning.

I denne sammenhengen er det FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) fra 1966 som er aktuell, ved at den oppstiller forpliktelser for statene (konvensjonspartene) om å sikre blant annet retten til mat. Dette er nærmere regulert i ØSK art. 11 som har følgende ordlyd:

- ”1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til en tilfredsstillende levestandard for seg selv og sin familie, herunder tilfredsstillende mat, klær og bolig, samt til stadig bedring av sine leveforhold. Konvensjonspartene skal treffe de nødvendige tiltak for å sikre virkeliggjørelsen av denne rett, og erkjenner i den anledning den vesentlige betydning av internasjonalt samarbeid grunnet på frivillighet.
2. Konvensjonspartene, som anerkjenner den grunnleggende rett for alle til å være trygget mot sult, skal, hver for seg og gjennom internasjonalt samarbeid, treffe de tiltak, innbefattet utarbeidelsen av konkrete programmer, som er nødvendige,
- a. For å forbedre metodene for fremstilling, oppbevaring og distribusjon av matvarer ved fullt ut å utnytte den tekniske og vitenskapelige kunnskap, ved å spre opplysning om ernæringsprinsippene og ved å utvikle eller forbedre jordbruksmetoder slik at naturrikdommene skal utvikles og utnyttes så effektivt som mulig,
 - b. For å sikre en i forhold til behovet rimelig fordeling av verdens matvareforsyning, idet det tas hensyn til så vel matvareimporterende som matvareeksporterende lands problemer.”

Innholdet i statens forpliktelser er nærmere redegjort for blant annet i generelle uttalelser (General Comments) fra Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). Her kan blant annet nevnes den oppsummerende framstillingen gitt i CESCRs General Comment No. 12, avgitt 12. mai 1999.

Statenes internrettslige forpliktelser framgår blant annet av punktene 21 til 35 i dette dokumentet, som er tilgjengelig på FNs nettsider. Det er liten grunn til å gå nærmere inn på disse forpliktelsene for den enkelte stat idet det må legges til grunn at det i Norge er ført en ernæringspolitikk som fullt ut tilfredsstillende de oppfyllelseskrav som framgår av ØSK art. 2.

I Norge er folk flest sikret en lett tilgjengelighet til et variert tilbud av matvarer som tilfredsstillende kravene til ”adequate food” i konvensjonens forstand. Det er også slik at personer og familier som ellers ikke ville hatt råd til å kunne skaffe seg tilstrekkelig mat til å dekke sitt ernæringsbehov, vil ha rett til økonomiske stønader som nettopp tar sikte på å dekke opp for utgifter til livsopphold. Det kan vises til de økonomiske støtteordningene som er nedfelt i folketrygdloven, og – som et nedre sikkerhetsnett – i sosialtjenesteloven kapittel 5 om økonomisk stønad. I sistnevnte lovs § 5-1 framgår klart at personer som ikke er i stand til å dekke utgiftene til et forsvarlig livsopphold (som blant annet innebærer mat) gjennom arbeid eller på andre måter, har en ubetinget rett til slik økonomisk stønad.

Samtidig er det riktig, som framhevet av landbruksminister Lars Sponheim, at forpliktelsene etter ØSK om retten til mat ikke er en menneskerettighetsforpliktelse hvor staten har et "forsørgeransvar" (kronikk Aftenposten 16. august 2002).

For nærmere redegjørelse av retten til mat i et menneskerettslig perspektiv kan det vises til redegjørelse fra Asbjørn Eide, i egenskap av Special Rapporteur, til the Commission on Human Rights, datert 7. juli 1987, med tittel *Report on the right to adequate food as a human right*. Videre har Eide sammen med Catarina Krause og Allan Roasas utgitt *Economic, Social and Cultural Rights* (en kommentarutg., Kluwer forlag, Hague, Nederland, 2. ed. 2001), der Eide har omtalt retten til *Adequate standard of living, including the right to food* på s. 133-149, og til en monografi av P. Alston og K. Tomasecki: *The Right to Food* (Martinius Nuhoff forlag, Utrecht, Nederland, 1984).

Jeg ser derfor ingen grunn til i det videre å komme nærmere inn på styrken i de statlige forpliktelsen etter ØSK med hensyn på å tilfredsstille retten til mat. De må oppfattes som tilfredsstilt i dag, og det er liten grunn til å mene at staten i framtiden vil føre en bevisst utsultingspolitikk rettet mot individer eller grupper, og som kan komme i konflikt med denne menneskerettslige forpliktelsen.

Videre er konvensjonens bestemmelser tolket til å innholde krav til staten om å gjennomføre målrettede undersøkelser for å vurdere ernærings situasjonen, og å oppstille målsettinger og strategier for å imøtekomme behovene for befolkningen til "adequate food". De statlige strategiene og målsettingene for, og undersøkelsene om ernærings situasjonen ved, helseinstitusjonene må vurderes til klart å oppfylle disse aspektene av konvensjonsforpliktelsene etter ØSK.

2. Rettslig regulering for å kvalitetssikre næringsmidler og drikkevann

Det er viktig at næringsmidlene, herunder drikkevannet, er helsemessig trygge, at de er av god kvalitet og at de tilbys på en riktig måte. Disse synspunktene er understreket i NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle* s. 98. Her er det arbeidet til *Statens næringsmiddeltilsyn* (SNT) som står sentralt.

SNT er et direktorat som forvalter næringsmiddellegislasjonen underlagt Sosialdepartementet, Helsedepartementet, Landbruksdepartementet og Fiskeridepartementet.

Landbruksdepartementet er SNTs administrative departement.

Det utøvende tilsynet med næringsmidler blir utført i all hovedsak lokalt. I dag er det 89 kommunale eller interkommunale næringsmiddeltilsyn i Norge. Næringsmiddeltilsynene i kommunene fører tilsyn med næringsmiddelprodusenter, serveringssteder og dagligvarebutikker. De lokale kontorene er førstelinjen mot forbrukere og enkeltvirksomheter. Det kommunale næringsmiddeltilsynet eller kommunestyret fattet enkeltvedtak. Kommunestyret (evt. en særskilt opprettet klagenemnd), fylkesmannen, SNT eller departementet er klageinstans over slike enkeltvedtak, avhengig av hvilket lovverk, evt. hvilken enkeltbestemmelse og hvilket avgjøringsinstans, som vedtakene er fattet etter.

Det statlige tilsynet blir utført av de kommunale næringsmiddeltilsynene ut fra delegert myndighet, men SNT har instruksjonsmyndighet i spørsmål om hvordan tilsynet skal utføres. SNT har ansvaret for tilsynet med virksomheter som produserer animalske næringsmiddel, tilsynet med andre større virksomheter, kjøttkontroll, all import virksomhet og den utøvende grensekontrollen for næringsmidler av animalsk opphav fra land utenfor EØS-området.

SNT forvalter et stort regelverk som det ikke er grunn til å gå nærmere inn på i denne sammenhengen. De sentrale lovene på dette området er: Lov 17. juni 1932 nr. 6 om kvalitetskontroll med landbruksvarer m.v; lov 19. mai 1933 nr. 3 om tilsyn med næringsmidler; lov 28. mai 1959 nr. 12 om kvalitetskontroll med fisk og fiskevarer o.a.; lov 17. mars 1978 nr. 6 om samordnet næringsmiddelkontroll; og lov 10. jan. 1997 nr. 9 om kjøttproduksjon. Knyttet til disse lovene finnes videre en rekke forskrifter; for en fullstendig oversikt over dette regelverket, se <http://www.snt.no/rettsregler/forskrifter>. Det er også utarbeidet en rekke veiledninger og rundskriv for å sikre at regelverket i størst mulig utstrekning blir etterfulgt.

En sikker vannforsyning er forsøkt sikret gjennom forskrift 4. desember 2001 nr. 1372 om vannforsyning og drikkevann (drikkevannsforskriften). Den er hjemlet i den forannevnte loven om tilsyn med næringsmidler, og i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 4a-1 og lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-2. Som et viktig vedlegg til forskriften er det oppstilt nærmere *Kvalitetskrav til drikkevann – vedlegg i forskrift om vannforsyning og drikkevann*. Etter drikkevannsforskriften § 16 er det

tillagt det kommunale næringsmiddeltilsynet å føre, med hjemmel i næringsmiddeloven § 4 første ledd første punktum, tilsyn med at bestemmelsene i denne forskriften overholdes. Etter samme bestemmelse skal også kommunen, med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 4a-1 og § 4a-2, føre tilsyn med at bestemmelsene i denne forskriften overholdes.

I tillegg har Helsedepartementet utgitt en særlig *Veileder til drikkevannsforskriften*. Denne forefinnes for tiden bare i digital utgave på Helsedepartementets hjemmeside, adresse <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/veiledninger/042041-120002/index-dok000-b-n-a.html>. Løpende oppdatering vil bli gjort av Statens næringsmiddeltilsyn i samarbeid med bl.a. Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Departementet ønsker videre, etter hvert som aktuelle myndigheter og vannverkseiere høster erfaring med bruken av både forskrift og veileder, å få tilbakemelding på både innhold og form på denne versjonen av veilederen, bl.a. for å vurdere om det bør lages én eller flere kortversjoner, vinklet inn mot forskjellige typer vannverkseiere.

En trygg næringsmiddeltilførsel er altså søkt sikret gjennom strenge krav til egenkontroll hos henholdsvis næringsmiddelprodusenter og vannverkseiere og -distributører. I tillegg er det etablert eksterne kontroll- og tilsynssystemer for å vurdere internkontrollsystemene og for å foreta slikt tilsyn som anses nødvendig for å sikre forbrukerinteressene. En nærmere gjennomgang av de forannevnte regelverkene, som må anses som svært viktige bestemmelser for å ivareta folkehelsen i sin alminnelighet og for å hindre større forgiftnings- eller infeksjonsutbrudd knyttet til næringsmiddeltilførselen, faller utenfor en naturlig avgrensning av denne betenkningen.

I NOU 1998: 18 punkt 4.6.1 framgår at bare et mindretall smittede personer i Norge av de infeksjonssykdommene som smitter gjennom vann og mat, blir smittet her i landet. Når antallet sykdomstilfeller forårsaket av bakterier, virus og parasitter som spres gjennom matvarer, har økt kraftig i Norge, skyldes denne utviklingen for en stor del at stadig flere nordmenn blir smittet i utlandet. Mens det registrerte årlige antallet bakteriologisk verifiserte tilfeller av matbåren smitte er 2.000 til 3.000, er det anslått reelle antallet minst ti ganger høyere. Det at en så stor andel av tilfellene med matbåren smitte rent faktisk oppstår under utenlandsopphold, viser samtidig at det er etablert et velutviklet system for kvalitetskontroll av næringsmidler og drikkevann.

Forbrukerinteressene er videre ivaretatt gjennom systemet for datomerking av matvarer; et system som det høsten 2002 har vist seg at enkelte detaljister, særlig dersom de har egen kjøttbehandlingsenhet, har prøvd å omgå på ulike måter. Også i slike situasjoner vil kontroll- og tilsynsansvaret tilligge næringsmiddeltilsynet.

I NOU 1996: 10 *Effektiv matsikkerhet* har næringsmiddellovutvalget framlagt forslag om en omfattende reorganisering av den framtidige forvaltningen av næringsmiddeltilsynet. Utvalget foreslo å erstatte de ulike næringsmiddellove med lite samordning og uklare avgrensninger mot annen lovgivning, med én ny lov om matsikkerhet. Videre at forvaltningen bør skje ved bare ett departement (forslaget var Sosial- og helsedepartementet, som nå er delt i to departementer) og ett statlig tilsyn, Statens mattilsyn, som også bør tillegges ansvaret for kontrollen av drikkevann. I NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle* punkt 3.3.11 framgår at det arbeides med en oppfølging av disse forslagene.

3. Særlig om politiske føringer vedr. ernæringens plass i lover og regelverk som gjelder helseinstitusjoner

Helseinstitusjonene skal sikre pasienter, og i en viss utstrekning også pårørende, en ernæring som er tilpasset den enkeltes behov. Disse behovene kan enten være allmenne, på linje med den ernæringen som folk flest har behov for. Men det kan også være særlige forhold vedrørende den pasientgruppen som normalt sogner til institusjonen, eller særlige forhold ved den enkelte pasient som krever særskilt oppmerksomhet vedrørende ernæringstilførsel.

Det har lenge vært fastlagte mål for norsk ernæringspolitikk, se for eksempel St.meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* punkt 11.1, at denne bør ta sikte på at kostholdet skal være sammensatt av matvarer som

- reduserer de kostholdsrelaterte helseskadene i befolkningen
- er helsemessig trygge
- tilfredstiller forbrukernes krav
- er produsert på en bærekraftig og miljøvennlig måte.

Tilrådingene ble fastlagt ved behandlingen av St.meld. nr. 32 (1975-76) *Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk* og St.meld. nr. 11 (1981-82) *Om oppfølging av norsk*

ernæringspolitikk. Utøvende og tilrådene organ for ernæringspolitikken var tidligere Statens ernæringsråd.

Fra 1. jan. 2002 er ansvaret for ernæringspolitikken tillagt det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet (SHD). Forebyggingsdivisjonen i Sosial- og helsedirektoratet er delt i to avdelinger, herunder *Avdeling for ernæring*. Men ansvaret ligger hos SHD som sådan. Den alminnelige ernæringspolitikken faller utenfor betenkningens kjernedel.

I punkt 11.2.3 i St.meld. nr. 37 (1992-93) behandles ernærings situasjonen for ”Utsatte grupper”, og som er av betydning for hvilke krav som med rette kan stilles til institusjoners tilrettelegging av måltider og ernæring. Særs kilt er behandlet ernæringspolitiske vurderinger i forholdet til spebarn (herunder vurderes virksomheten til ”Baby-friendly hospitals” og ”Ammehjelpen”), barn og unge, eldre og personer med annen kulturell bakgrunn.

I punkt 11.5.1 omhandles rammeforutsetningene for valg av strategier. Det er svake rettslige føringer i dette punktet. De uthevede nøkkelordene er *helhetlig politikk* og *solid oppfølging*.

Av de virkemidlene som framheves er

- overvåking og kartlegging
- informasjon
- lovverk og tilsyn.

Det er selvfølgelig det siste punktet som er av interesse for betenkningen.

Her nevnes og kommenteres først og fremst den næringsmiddelovgivningen som det er redegjort for i punkt 2 foran. Betydning av et funksjonelt tilsyn blir særlig synliggjort som et fortsatt prioritert område, og da med særlig vekt på utvikling av gode internkontrollsystemer.

Ikke på noe punkt uttrykkes et ønske om et strengere eller endret lovverk eller nye regler for å gjennomføre de oppstilte ernæringspolitiske målene. Hensiktsmessige samarbeidsformer mellom det (daværende) Statens ernæringsråd og Statens næringsmiddeltilsyn nevnes som særlig aktuelt for merking av matvarer, internasjonal matvarehandel og ernæringsarbeidet knyttet til de lokale næringsmiddeltilsyn.

Innenfor en vurdering av de ulike sektorenes innsatsområder, er det særlig *helsesektorens oppgaver* som er av interesse. Det er understreket enkelte særlige utfordringer som er nedfelt i følgende punkter:

- Det må utvikles og utprøves metoder og hjelpemidler for kostholdsrådgivning og ernæringsarbeid i helsetjenesten.
- Kommunen bør innenfor sine rammer prioritere ernærings ekspertise.
- Ernæringsundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell må styrkes.
- Ernæringsarbeidet ved behandling av syke må prioriteres i særlig grad.
- Kostombud (tillitsvalgt a la verneombud) bør bli obligatorisk ved alle helseinstitusjoner.

Stortinget sluttet seg til oppsatte målsettingene i St.meld. nr. 37 (1992-93), se Innst. S. nr. 118 (1993-94). Men både i Stortingets behandling av denne stortingsmeldingen, og ikke minst i den etterfølgende stortingsdebatten, ble relativt liten oppmerksomhet viet til ernæringspolitiske spørsmål og vurderinger i forhold til andre aspekter av det forebyggende helsearbeidet.

På den andre siden er det et mangfoldig og detaljregulerende forskriftsverk som har betydning for oppfølgingen av de ernæringspolitiske målene som det synes å være politisk enighet om.

4. Rettslige virkemidler for å møte de særlige ernæringsmessige utfordringene ved helseinstitusjonene

Helt sentralt på dette området står forskrift om næringsmidler til spesielle medisinske formål av 8. november 2001 nr. nr 1279 med hjemmel i næringsmiddeltilsynsloven, jf. EØS-avtalens vedlegg II del XII (direktiv 1999/21/EF samt direktiv 96/84/EF). Denne forskriften gir bestemmelser om sammensetning, merking og frambud av næringsmidler som er bestemt til bruk ved spesielle medisinske behov. Bestemmelsene i denne forskriften gjelder i tillegg til bestemmelsene i forskrift av 21. desember 1993 nr. 1382 om næringsmidler til bruk ved spesielle ernæringsmessige behov og erstatter disse når bestemmelsene i 2001-forskriften er mer utfyllende. Forskriften fra 1993 er altså fremdeles gjeldende, men viker for bestemmelser i forskriften fra 2001 som regulerer det samme forholdet.

Til forskriften fra 2001 er det knyttet to vedlegg, som spesielt regulerer henholdsvis Innhold av vitaminer og mineraler i næringsmidler til spesielle medisinske formål som er bestemt til

spedbarn (vedlegg 1), og Innhold av vitaminer og mineraler i næringsmidler til spesielle medisinske formål som er bestemt til barn fra 1 år og voksne (vedlegg 2). De oppgitte verdiene gjelder produkter som er klare til bruk, enten tilberedt i henhold til produsentens anvisninger eller frambudt som bruksklare produkter. Ernæringsmessig komplette næringsmidler til spesielle medisinske formål skal inneholde de vitaminer og mineraler som framgår av tabellene, i mengder som ligger innenfor angitte grenseverdier, bortsett fra endringer i innholdet av et eller flere av disse næringsstoffene som eventuelt er nødvendige av hensyn til produktets særegne formål.

Næringsmidler til spesielle medisinske formål må, som øvrige næringsmidler, også følge reguleringen som framgår for eksempel av forskrift av 21. desember 1993 nr. 1386 om deklarasjon av næringsinnhold, forskrift av 21. desember 1993 nr. 1385 om merking mv av næringsmidler og forskrift av 21. desember 1993 nr. 1384 om identifikasjonsmerking av næringsmiddelpartier.

Forskriftsverket vedr. spesielle ernæringsmessige behov er under stadig endring. Her kan for eksempel nevnes at § 6 i forskr. 21. desember 1993 nr. 1382 om næringsmidler til bruk ved spesielle ernæringsmessige behov har særlige bestemmelser om meldeplikt. Bestemmelsen krever at næringsmidler som omfattes av forskriften, skal meldes til Statens næringsmiddeltilsyn før de frambyes eller markedsføres ved at produsent eller importør sender forslag til merking av næringsmidlet, supplert med opplysninger om hvilke andre land som eventuelt har fått denne informasjonen. Videre kan Statens næringsmiddeltilsyn kreve ytterligere opplysninger og dokumentasjon for at produktene er i overensstemmelse med denne forskrift.

Fram til en forskriftsendring (20. desember 2000 nr. 1434) var det etter tredje ledd gjort unntak for til sammen ni typer produkter. Unntaksbestemmelsen hadde følgende ordlyd:

”Bestemmelsene i første og annet ledd gjelder ikke for produkter som tilhører en av følgende grupper:

1. Morsmelkerstatning.
2. Tilskuddsblandinger til spedbarn og småbarn.
3. Barnemat.
4. Næringsmidler med lavt eller redusert energiinnhold til vektkontroll.
5. Dietetiske næringsmidler til spesielle medisinske formål.
6. Natriumfattige næringsmidler, herunder natriumfattig eller natriumfritt salt.
7. Glutenfrie næringsmidler.
8. Næringsmidler til bruk ved krevende muskelaktivitet, særlig for idrettsfolk.
9. Næringsmidler for personer med forstyrrelser i karbohydratstoffskiftet (diabetes mellitus).”

Denne unntaksbestemmelsen er nå gitt følgende ordlyd:

” Bestemmelsene i første og annet ledd (altså: meldeplikten mv.) gjelder også for produkter som tilhører en av følgende grupper, selv om særforskrifter eksisterer, dersom SNT krever det i særforakriften.

1. Morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger.
2. Barnemat.
3. Næringsmidler beregnet til bruk i energibegrenset kost for vektreduksjon.
4. Dietetiske næringsmidler til spesielle medisinske formål.
5. Næringsmidler til bruk ved krevende muskelaktivitet, særlig idrettsfolk.”

Det er tydelig at de unntakene fra den generelle meldeplikten som tidligere var gjort gjeldende for enkelte spesielle produkter, ikke lenger burde opprettholdes. Dette regelverket, inklusive en rekke særforskrifter, synes videre å gi et tilstrekkelig vern for forbrukerne i forhold til de nevnte næringsmidler og produkter som er begrunnet i særlige individuelle behov for visse typer næringsmidler.

For institusjonshelsetjenesten, enten denne er statlig (spesialisthelsetjenesten) eller kommunal (allmennhelsetjenesten) er det flere viktige bestemmelser som skal sikre matvaretrygghet og tilstrekkelig næringstilførsel for personer som er i faresonen for å etablere eller å få forverret sin allmenntilstand eller sykdomstilstand pga. feilaktig eller mangelfull ernæring. Slike forhold er riktignok ikke nevnt eksplisitt, men må innfortolkes i bestemmelsene som skal sikre at helsehjelpen gis forsvarlig.

Det samme krav stilles til yrkesutøvelsen til alle grupper helsepersonell. Her er selve nøkkelbestemmelsen nedfelt i § 4 i helsepersonelloven 2. juli 1999 nr. 64. Her framgår at helsehjelp (som innbefatter enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell, se § 3 tredje ledd) skal ytes i samsvar med de krav til *faglig forsvarlighet* og *omsorgsfull hjelp* som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvisne pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Kravet til *faglig forsvarlighet* innebærer bl.a. at helsepersonell må holde seg faglig à jour for å kunne utføre de oppgaver som forventes i kraft av funksjon eller stilling. I vurderingen av om en metode er forsvarlig eller ikke, vil ikke minst skadeevne måtte tillegges vekt. Kjennskap til riktig ernæring og hvordan særlig ernæringsmessige behov skal imøtekommes, må klart henføres under dette generelle forsvarlighetskravet.

Lovfesting av plikt til *omsorgsfull hjelp* betyr at helsepersonell har plikt til å vise respekt og omtanke for pasienten; dette er helsehjelpens barmhjertighetsside. Kravet til omsorg innebærer at det må stilles krav til hvordan helsepersonell skal opptre og kommunisere overfor pasientene og at pasientene gis bestemte ytelser. Men kravet har også en materiell side; et minimumskrav til omsorg vil for eksempel være at pasienten får dekket basale behov som ernæring, søvn og hygiene. Hvilke krav som kan stilles til omsorg utover dette, vil variere etter hvilken type helsehjelp som gis. Det kan f.eks. ikke kreves omsorg utover livreddende behandling i en øyeblikkelig hjelp-situasjon utenfor sykehus og fram til innleggelse, mens pasienter i sykehjem vil kunne kreve omsorg i form av nødvendig hjelp både til dekning av de forannevnte basalbehovene og til mulighetene for alminnelig trivsel.

Når personer er innlagt i behandlingsrettede institusjoner, innefor både somatisk og psykisk helsevern, vil oppfølgingen av særlige ernæringsmessige behov som nevnt særlig ha en ernæringsfaglig og medisinskfaglig side. På den andre siden kan det i slike situasjoner kreves en særlig omsorgsfull tilnærming når helsehjelp gis, for eksempel for å sikre ernæringsstilførselen ved alvorlige former for underernæring mv. Det er altså ingen motsetning mellom kravene til at helsehjelpen både skal være faglig forsvarlig og gis på en omsorgsfull måte.

Disse kravene som er rettet mot alt helsepersonell, ligger ikke bare på den enkelte utøveren, men også på den som eier og/eller driver en helsevirksomhet. Av helsepersonelloven § 16 framgår at enhver virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I samme bestemmelse oppstilles også en mulighet for å gi nærmere bestemmelser om internkontroll for å sikre at forsvarlighetskravet blir oppfylt. Disse lovfestede kravene for å sikre at helsepersonell skal kunne oppfylle sine lovpålagte plikter, gjelder for all helsetjeneste, så vel offentlig som privat.

Disse sentrale kravene er ikke rettet bare mot helsepersonell som kan gjøres personlige ansvarlige for brudd på helsepersonellovens bestemmelser, men også i forhold til eiere/drivere av helseinstitusjoner som sådan. For institusjoner som ligger under den statlige spesialisthelsetjenesten, er dette direkte regulert i § 2-2 i spesialisthelsetjenesteloven 2. juli 1999 nr. 61, etter en nyredigering av dette kapitlet fra 1. januar 2002. Bestemmelsen omfatter alle tjenester som faller inn under loven, og den krever at alle tjenester skal være forsvarlige når de tilbys.

Etter § 1-2 i kommunehelsetjenesteloven 19. november 1982 nr. 66 skal kommunen ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å

forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Det er klart at det her foreligger generelle informasjonsplikter også i forhold til det ernæringsmessige feltet. Kommunen har, på lik linje med spesialisthelsetjenesten, etter khtjl. § 1-3a plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle lov- og forskriftsfastsatte krav.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 6-2 skal kommunen videre sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning. På tilsvarende måte skal institusjonseier etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-7 gi helsepersonell slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud, se kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, og psykisk helsevernloven § 4-1. Helsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Departementet har i forskrift av 8. juni 2001 nr. 676 gitt nærmere bestemmelser om planens innhold og om hvilke pasientgrupper plikten omfatter. Etter § 2 er formålet med utarbeidelsen av en individuell plan blant annet å bidra til at pasienten skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten. Der dekking av ernæringsmessige behov står sentralt for en forsvarlig tjenesteyting, er det klart at forhold som kan sikre slik dekking, må medtas i skal medtas i planen. Det skal etter forskriften kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient. Denne skal omfatte behov for tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten, og etter forskriften § 6 skal planen blant annet inneholde en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse (bokstav e) og en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres (bokstav f),

Jeg kan ikke se at det er gitt andre og mer konkrete forskriftsbestemmelser etter helselovgivningen som regulerer ernæringsspørsmål knyttet til spesialisthelsetjenestens pasientbehandling. Slike krav må derfor utledes av de allmenne kravene til faglig forsvarlighet, basert på et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag. Dette må også gjelde for pasienter i en særlig ernæringsmessig utsatt posisjon, enten dette er på nyfødt-, spedbarns- eller småbarnsavdelinger, på kirurgiske avdelinger eller rehabiliteringsavdelinger.

Mest påfallende er det at bestemmelser om dekking av særlige ernæringsmessige behov ikke er nærmere regulert i forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon, som regulerer ulike rettigheter for alle mindreårige (under 18 år) ved helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Her er nærmere regulert retten til samvær med foreldre og andre, samt retten til blant annet aktiviteringstilbud og opplæring, se Aslak Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Oslo 2001, s. 239-256. Foreldrenes rett til måltider er regulert i forskriften, men ikke barns rett til fullverdig ernæring. Forskriften erstattet tidligere forskrift av 7. september 1988 nr. 746 om barn på sykehus. Den forskriften inneholdt heller ikke bestemmelser til sikring av en fullverdig næringstilførsel.

Etter min vurdering bør forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon gis et nytt kapittel 3 med følgende ordlyd:

Kapittel 3. Ernæring

§ 8.

Barn i helseinstitusjon skal sikres en fullverdig og individuelt tilpasset ernæring.

Etterfølgende kapitler og paragrafnummer forrykes tilsvarende.

Bortsett fra at en slik bestemmelse om at mindreårige pasienter skal ha en særlig rett til å få dekket individuelle ernæringsmessige behov ved opphold i helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten, er det etter mitt syn ikke rimelig grunn til å gi alminnelige bestemmelser for regulering av kosthold og ernæring for sykehuspasienter. Med basis i en forskriftsendring, som foreslått over, vil det også være en klar utfordring til å møte de særskilte problemer som regelmessig kan oppstå for pasientgrupper som har det til felles at de er mindreårige, selv om gruppenes innbyrdes ernæringsbehov er svært varierende, fra for eksempel pasienter på en nyfødt-avdeling til innlagte pasienter med alvorlige tilstander av anorexia eller andre spiseforstyrrelser.

I situasjoner hvor pasienter ikke er mindreårige, men hvor det like fullt kan påvises regelmessig svikt ved den ernæringsmessige situasjonen til særlig utsatte pasientgrupper, bør dette heller vurderes inntatt som element i hva som bør være gjenstand for internkontroll i den

internkontrollforskriften som er under utarbeidelse, se under. Men framfor alt representerer en slik situasjon en særlig utfordring for Sosial- og helsedirektoratet på kunnskapssiden og for Statens helsetilsyn på tilsynssiden. Det er imidlertid like fullt et spørsmål om ikke en slik oppfølging best kan skje gjennom en målrettet og mer aktiv bruk av ikke-rettslige virkemidler, se punkt 5 nedenfor.

Noe annerledes stiller situasjonen seg ved sykehjem. Blant annet pga. mange klager over mangelfull standard ved en rekke kommunale sykehjem og kunnskap om at ernærings situasjonen ved sykehjem ofte er bekymringsfull med feil- og underernæring som følge, ble det gitt en egen forskrift 27. februar 1997 nr. 358 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven. Forskriften skal etter § 1 bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter loven får ivarett sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel. Etter § 3 legges det vekt på brukermedvirkning, og på om mulig å sikre et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

I denne sammenhengen er det viktig å påpeke at det under strekpunktene vedr. hva som ligger i dekking av *grunnleggende behov*, særlig er understreket at tjenestene blant annet skal sikre ”grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat”, herunder også ”tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise”. Retten til ”nødvendig tannbehandling og ivarett munnhygiene” er også sikret, noe som kan ha en viss betydning for at enkelte institusjonsbeboere lettere skal få dekket sitt for ernæringsbehov. Forskriften trådte i kraft 1. mai 1997.

Sosialdepartementet sendte 14. oktober 2002 ut et *Høringsnotat – Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* der det foreslås at forskriften utvides både når det gjelder *virkeområdet* ved at også institusjoner etter sosialtjenesteloven blir omfattet (gjelder særlig aldershjem), og at den innholdsmessig utvides ved at det skal gis *tilbud om enerom for langtidsopphold til de som ønsker det* og at det skal gis *tilbud tilrettelagt for personer med demens*. Det er særlig disse tre endringene som er foreslått i kvalitetsforskriften, som omtales i høringsnotat. Kravene vedrørende ernæringsstilførselen er foreslått opprettholdt i uendret form fra 1997-forskriften. Det er antydning at den nye forskriften skal tre i kraft 1. mars 2003.

Sosial- og helsedepartementet ga i 1997 ut rundskriv I-13/97 *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Rundskrivet inneholder, foruten selve kvalitetsforskriften og retningslinjer til denne, en veiledningsdel med mer utfyllende kommentarer. Veilederen inneholder blant annet et kapittel om hvordan bidra til å sikre etterlevelse av forskriften og retningslinjene, og et kapittel som omtaler andre tiltak for å bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. På s. 15-16 (i kapitlet *Utfyllende kommentarer til forskriften og retningslinjene*) fokuseres det på forskriftens krav om tilstrekkelig ernæring og tilpasset hjelp ved måltidene. Det må forventes at et tilsvarende rundskriv med veiledning vil bli utgitt når den nye kvalitetsforskriften trer i kraft. Da vil det samtidig være mulig å legge økt fokus på de ernæringsmessige aspektene ut fra det man vet om ernærings situasjonen blant eldre, enten disse får tjenester gjennom kommunale hjemmetjenester eller innen en institusjonalisert omsorg. Ved at kvalitetsforskriften nå også blir hjemlet i sosialtjenesteloven, vil den ha bindende karakter også ved kommunale aldershjem. Selv om ernæringsmessige råd gis som ”utfyllende kommentarer til forskriften og retningslinjene” og således har karakter av retningslinjer, er den forskriftsmessige forankringen til klare bestemmelser om sikring av ernæringsmessige behov slik at de må anses rettslig bindende dersom ikke den ernæringsmessige situasjonen ivaretas på en minst like faglig tilfredsstillende og forsvarlig og omsorgsfull måte, jf. den forannevnte bestemmelsen i helsepersonelloven § 4.

Helsedepartementet sendte den 4. april 2002 et utkast til Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten ut på høring. Høringsfristen utløp 22. juli 2002. Etter departementets intensjoner skal en slik ny forskrift tre i kraft 1. januar 2003. Høringsutkastet er generelt utformet, og det omfatter også pleie- og omsorgstjenestene, men det fanger ikke opp de konkrete forholdene vedrørende ernæring som kvalitetsforskriften gjelder. Også internkontrollforskriften vil ventelig bli fulgt opp med ulike veiledere til bruk innenfor alle deler av helsetjenesten og innenfor deler av sosialtjenesten.

Etter § 4 skal internkontrollsystemet og internkontrollen tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for at de deler av sosial- og helselovgivningen som gjelder for den aktuelle virksomhet blir etterlevd.

Den/de ansvarlige i virksomheten skal som et minimum i henhold til forslaget:

- beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder hvordan virksomheten er organisert og hvem som er daglig leder av virksomheten,
- sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter og kunnskap om sosial- og helselovgivningens krav til virksomheten,

- sørge for tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos de ansatte, innenfor det aktuelle fagfeltet og om virksomhetens internkontroll, slik at virksomheten kan drives forsvarlig,
- skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Planlegge og iverksette tiltak for å forebygge avvikshendelser på disse områdene,
- utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å ivareta systematisk styring med virksomhetens aktiviteter, herunder innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter og følge opp at tiltak etterleves og føre kontroll med resultatene.

Så vel kunnskap om viktige ernæringsspørsmål som til lover og forskrifter som skal sikre ernæringstilstanden hos klienter og pasienter, vil omfattes av kravene til internkontrollvirksomheten når denne forskriften trer i kraft.

Helsedepartementet har likeledes varslet en Stortingsmelding om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten; denne er planlagt ferdigstilt våren 2003.

Oppsummerende vurdering av de rettslige virkemidlene for å møte særlige ernæringsmessige utfordringer ved helseinstitusjonene:

Etter min vurdering er det stort sett et tilstrekkelig rettslig grunnlag for å kunne følge opp ernæringspolitikken, ikke bare på generelt grunnlag, men også i forhold til de særlige ernæringsmessige behovene som ventelig vil og kan oppstå overfor pasient- og klientgrupper med særlige ernæringsmessige behov.

Jeg vil derfor ikke tilrå at det gis ytterligere lov- eller forskriftshjemler for å kunne sikre disse viktige oppgavene. Det bør i stedet legges en tilsvarende stor vekt på å realisere de opptrukne ernæringspolitiske målene på dette området gjennom å utvikle bruken av ikke-rettslige virkemidler. Slike virkemidler, for eksempel rundskriv og veiledere, vil ha tilstrekkelig rettslig grunnlag i de forannevnte bestemmelsene til at de kan anses semi-bindende. Dette vil framfor alt være situasjonen når rundskriv og veiledere enten forankres i helsepersonells plikt til å gi (og derved pasienters rett til å motta) faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, eller forankres i den forgrenede næringsmiddelovgivningen (inkludert det omfattende forskriftsverket), eller i de konkrete kravene som oppstilles i kvalitetsforskriften eller den varslede internkontrollforskriften.

Jeg mener likevel, jf. framstillingen over, at det i forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon bør inntas en rett for barn til å få dekket sine ernæringsmessige behov, noe som vil resultere i at de ulike helseinstitusjonene der dette er en aktuell problemstilling, vil bli pålagt plikter, som i siste instans kan føre til at institusjonene eller helsepersonell gjøres ansvarlig for brudd på slike plikter.

Etter det jeg har oppfattet, foreligger det en ernæringsfaglig oppfatning om at det ved sykehusbehandling av mindreårige i mange tilfeller foreligger en manglende aktpågivenhet overfor de rent ernæringsmessige behovene til slike pasienter, hvilket i sin tid tur kan virke tilbake på selve behandlingsresultatet. Den samme manglende aktpågivenhet er også påvist i samband med overføring av mindreårige pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten,

Etter min vurdering bør derfor forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon gis et nytt kapittel 3 med følgende ordlyd:

Kapittel 3. Ernæring

§ 8.

Barn i helseinstitusjon skal sikres en fullverdig og individuelt tilpasset ernæring.

5. Andre virkemidler for å møte de ernæringsmessige utfordringene ved helseinstitusjonene

Den arbeidsgruppen som er oppnevnt av Sosial- og helsedirektoratet for å vurdere tiltak mot feil- og underernæring i helseinstitusjoner, har i sine møtereferater og i sin sluttrapport vurdert en serie ikke-rettslige virkemidler for å bedre ernærings situasjonen ved norske helseinstitusjoner. Helsedirektoratet utga i 1987 en rapport ”Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter”, og arbeidsgruppens mandat er blant annet å vurdere tiltak som ble igangsatt som følge av denne rapporten, og å komme med forslag til nye tiltak.

Det tilligger ikke denne betenkningen å gi noen råd i så måte. Bakgrunnen for at jeg vurderer situasjonen slik at det ikke først og fremst er behov for et mer finmasket regelverk på dette området, er funnene fra en arbeidsgruppe innen Europarådet, nedsatt i 1999, som skulle utrede

forekomst og årsaker til, samt forslag til tiltak for å forebygge, underernæring ved helseinstitusjoner, noe som forekommer i alle europeiske land. Arbeidsgruppen konkluderte med fem hovedfaktorer som var til hinder for ernæringsarbeidet ved helseinstitusjonene:

1. Manglende engasjement fra ledelsen
2. Manglende innflytelse for pasientene
3. Manglende ernæringskompetanse blant helsepersonell
4. Manglende definert ansvarsfordeling knyttet til ernæringsspørsmål
5. Manglende samarbeid mellom yrkesgruppene

Slike funn tilsier at det ikke først og fremst er rettslige virkemidler som bør tas i bruk for å bedre situasjonen, verken i Norge eller andre land. Som jeg har påvist i utredningens hoveddel (punkt 4), er det etter min mening bare i begrenset utstrekning et behov for å styrke det internrettslige regelverket på dette feltet.

Forslagene til arbeidsgruppen under Sosial- og helsedirektoratet, der denne betenkningen inngår som et vedlegg, vil derfor utgjøre mer substansielle bidrag for å kunne forebygge underernæring ved helseinstitusjoner. Denne typen tiltak i det forebyggende og helsefremmende arbeidet er samtidig blant direktoratets viktigste oppgaver ut fra en dets målsetting om å bidra til å sikre god helse og sosial sikkerhet.

SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

The existence of disease-related undernutrition among patients in the European hospitals is a fact. So is the benefit of procuring adequate nutritional care to sick patients. This has been common knowledge for a long time. However, despite many attempts to improve the situation, success has been meagre.

National initiatives to enhance understanding and promote good practice in nutritional care and support are slowly gathering momentum. Among these initiatives are the publication of national guidelines for hospital food provision and nutritional care and support, and the establishment of organisations/committees with main focus on clinical nutrition.

Five major factors, common for Europe, seem to be the major barriers for proper nutritional care in hospitals:

1. Lack of clearly defined responsibilities in planning and managing nutritional care.
2. Lack of sufficient education with regard to nutrition among all staff groups.
3. Lack of influence and knowledge of the patients.
4. Lack of co-operation between different staff groups.
5. Lack of involvement from the hospital managers.

Recommendations outlined in this report to surmount these five common barriers can be summarised as follows:

Lack of clearly defined responsibilities in planning and managing nutritional care

The responsibilities of staff categories and the hospital management with respect to procuring nutritional care should be clearly assigned. This means that standards of practice for assessing and monitoring nutritional risk/status of the patient should be developed at a national level, and the responsibility of each task clearly assigned. The responsibility of the hospital with regard to the nutritional care and support of the patient should *not* be limited to the hospital stay.

Lack of sufficient educational level with regard to nutrition among all staff groups

A general improvement in the educational level of all staff groups is needed. Specifically, a continuing education programme on general nutrition and techniques of nutritional support for all staff involved in the nutritional care of patients should be available with focus on the nutritional training of the non-clinical staff members, and the definitions of their area of responsibility.

Lack of influence and knowledge of the patients

The provision of meals should be individualised and flexible, and all patients should have the possibility to order food and extra food – and be informed about this possibility. Also, patients should be involved in planning their meals and have some control over food selection. This should include the possibility of immediate feedback

from the patients' likes and dislikes of the served food – and the use of this feedback to develop appropriate, target group specific menus. Patients should be informed of the importance of good nutrition for successful treatment prior to admission and at discharge.

Lack of co-operation between different staff groups

The hospital managers, physicians, nurses, dieticians and food service staff should work together toward the common goal: optimal nutritional patient care – and the hospital management should give priority to co-operation, e.g. by initiating organisational research to optimise co-operation. Also, organised contact between the hospital and the primary health care sector should be established.

Lack of involvement from the hospital management

The provision of meals should be regarded as an essential part of the treatment of patients, and not as a hotel service. The hospital management should acknowledge responsibility for food service and the nutritional care of the patients, and give priority to food policy and management of food services. The hospital managers should take account of the costs of complications and prolonged hospital stay due to undernutrition when assessing the cost of food service.

Besides the five common barriers, the following research topics have been revealed, which also need to be dealt with in order to improve nutritional care and support in hospitals:

- The development and validation of simple screening methods, aimed for use in hospitals and primary health care sector.
- The development and validation of simple food recording methods.
- The effect of nutritional support on both nutritional status and clinical outcome (including physical and mental functioning i.e. quality of life measures).
- The effect of nutritional support teams and nutrition steering committees in improving the nutritional care and support of patients.
- The effect of energy and protein dense menus on food intake and patient outcome.
- Methods to secure the intake of ordinary hospital food by the patients.
- Methods to assess patient satisfaction.
- The influence of food service practice on food wastage.
- The influence of food service practice on nutrient losses.

In recent years, an increasing number of successful initiatives to improve the situation with respect to the nutritional practices have been documented from *all* over Europe. It therefore seems to be a proper time to combine the experiences from all these efforts in a common struggle to secure an adequate food intake of patients and prevent disease-related undernutrition in hospitals.

