
Bedre ernæringspraksis – til det beste for pasientene

DEBATT

RANDI J. TANGVIK

randi.tangvik@uib.no

Randi J. Tangvik (f. 1963) er medlem av Nasjonalt råd for ernæring, og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen og klinisk ernæringsfysiolog, Haukeland universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LIV ELIN TORHEIM

Liv Elin Torheim (f. 1970) er leder av Nasjonalt råd for ernæring og professor ved OsloMet – storbyuniversitetet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTINE HENRIKSEN

Christine Henriksen (f. 1967) er medlem av Nasjonalt råd for ernæring og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Leger har en viktig rolle i å forebygge og behandle underernæring. Gevinsten for pasientene og for samfunnet kan bli betydelig.

Om lag hver tredje pasient eller beboer ved sykehus og sykehjem og hver fjerde mottaker av hjemmetjenester er i ernæringsmessig risiko, dvs. at de er underernærte eller i risiko for å bli underernært (1–3). Medisinsk og kirurgisk

behandling gir ofte redusert matlyst og opptak av næringsstoffer, samtidig som næringsbehovet er økt. Sårhet i munnen, svelgeproblemer, kvalme, forstoppelse og diaré kan også påvirke matinntaket negativt.

Pasienter med god ernæringsstatus har nesten halvert risiko for nye innleggelser sammenlignet med de i ernæringsmessig risiko, også om man justerer for alder og sykелighet (4). I en rapport fra Nasjonalt råd for ernæring har vi beskrevet dagens situasjon og hvordan forebygging og behandling av underernæring kan forbedres (3). I dette innlegget oppsummerer vi behovet for at også legene involverer seg i ernæringsarbeidet.

God ernæringspraksis

Politikerne har ambisiøse mål for ernæringsarbeidet i helsetjenesten, for eksempel gjennom nasjonale retningslinjer (5) med en tilhørende kosthåndbok (6). Det gis refusjon for behandling hos kliniske ernæringsfysiologer ved fordøyelsessykdommer, sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel og indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer, inkludert underernæring. Dette gir sykehusene økonomisk incentiv til å prioritere ernæringsarbeidet.

Helseministerens ambisjoner om økt brukermedvirkning er enda en grunn til å vektlegge bedre ernæringspraksis og kosthold i helseinstitusjoner. Sykehusenes brukerutvalg er opptatt av kvaliteten på maten som serveres i sykehus og sykehjem, og de etterlyser mer kunnskap om ernæring (3).

Utfordringer ved dagens praksis

På tross av faglig og politisk konsensus om å prioritere ernæring i helsetjenesten, er det et gap mellom retningslinjene og klinisk praksis. I rapporten gjengis fokusgruppeintervju der leger og sykepleiere ved tre universitetssykehus oppgir manglende kompetanse, holdninger, rutiner og systemer som barrierer for god ernæringspraksis (3). Norske leger og sykepleiere har også tidligere rapportert om mangel på grunnleggende ernæringskunnskap og hvordan ernæringsstatus skal vurderes (7). Kurs i klinisk ernæring etterspørres.

Mange helsearbeidere anser ernæring som viktig, men at det er lett å overse og lett å velge bort. Ernæring blir prioritert når det er en «nødvendig del av den medisinske behandlingen» (3). Både i Norge og i andre land rapporteres det om at mange sykepleiere føler seg alene om ernæringsarbeidet (3). De kjenner frustrasjon over at legene ikke involverer seg og at ernæringsarbeidet blir lite prioritert når det ikke etterspørres av legene.

Klinisk ernæringsfysiolog er kvalifisert til å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle ernæringssvikt. Mange sykepleiere mener at samarbeidet med klinisk ernæringsfysiolog er nyttig, men at de i liten grad er tilgjengelige (3, 7). De utgjør kun 0,2 % av alle ansatte i sykehus, og av de 380 kliniske

ernæringsfysiologene i Norge jobber 180 i spesialisthelsetjenesten og 20 i kommunene eller fylkene. Dette er svært lave tall sammenlignet med våre naboland og andre vestlige land (3).

I tillegg er måltidenes betydning for helse og restitusjon undervurdert. De spurte sykepleierne etterlyste fleksibilitet og muligheten for å kunne innfri individuelle behov i større grad, særlig til dem med lang liggetid.

Matbestillingssystemet ble opplevd som komplekst, og det tar lang tid fra bestilling til maten er levert (3).

Siden pasientjournalen ikke er tilrettelagt for å dokumentere informasjon om ernæringsstatus og ernærings tiltak, lagres ernæringsdataene ulike steder, ofte gjemt i lange tekstfelt. Bedre rutiner og systemer for dokumentasjon vil lette samhandling og bidra til kontinuitet i behandlingen ved overflytting av pasienten (3).

Hva kan gjøres?

Det aller viktigste tiltaket er å ta i bruk rutinene i pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring i sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten (8). Dette vil fremme pasientsikkerheten og underbygge den medisinske og kirurgiske pasientbehandlingen.

For det andre er det nødvendig at kommunene skaffer seg mer kompetanse på ernæring. De fleste i ernæringsmessig risiko befinner seg her. Oppfølging av disse pasientene er vist å reduserte antall reinnleggelser med inntil 40 % (3).

Videre må også ledere og myndigheter fasilitere ernæringsarbeidet. Vi etterlyser økte bevilgninger til gode råvarer, matproduksjon og matservering. Kvalitetsindikatorer for ernæring bør være et fast punkt i styringsdokumentene. Vi anbefaler at det defineres et minimumsbehov for kliniske ernæringsfysiologer til å følge opp pasienter med ernæringsmessige utfordringer samt bidra til å kvalitetssikre kommunens og sykehusenes ernæringsarbeid.

Konsekvensene av underernæring er dramatisk for mange pasienter og unødig kostbart for helse- og omsorgstjenesten. Gode ernæringsrutiner vil forbedre behandlingsgrunnlaget og fremme restitusjon. Oppmerksomheten må rettes mot ernæring, også i legegruppen. To enkle tiltak kan den enkelte ta med seg i arbeidet allerede i dag: Spør om pasienten har tapt vekt og hvor mye mat hun eller han har spist siden sist.

LITTERATUR

1. Tangvik RJ, Tell GS, Guttormsen AB et al. Nutritional risk profile in a university hospital population. Clin Nutr 2015; 34: 705 - 11. [PubMed] [CrossRef]

2. Henriksen C, Gjelstad IM, Nilssen H et al. A low proportion of malnourished patients receive nutrition treatment - results from nutritionDay. *Food Nutr Res* 2017; 61: 1391667. [PubMed][CrossRef]
3. Nasjonalt råd for ernæring. Sykdomsrelatert underernæring – utfordringer, muligheter og anbefalinger. http://www.ernaeringsradet.no/wp-content/uploads/2017/01/Sykdomsrelatert-underern%C3%A6ring_IS-0611.pdf (7.3.2018).
4. Tangvik RJ, Tell GS, Eisman JA et al. The nutritional strategy: four questions predict morbidity, mortality and health care costs. *Clin Nutr* 2014; 33: 634 - 41. [PubMed][CrossRef]
5. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-og-behandling-av-underernering> (7.3.2018).
6. Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten> (7.3.2018).
7. Fjeldstad SH, Thoresen L, Mowé M et al. Changes in nutritional care after implementing national guidelines-a 10-year follow-up study. *Eur J Clin Nutr* 2018. [PubMed][CrossRef]
8. Pasientsikkerhetsprogrammet. Forebygging av underernæring. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern%C3%A6ring> (7.3.2018).

Publisert: 17. april 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0159
Mottatt 16.2.2018, første revisjon innsendt 6.3.2018, godkjent 7.3.2018.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.