



Helse- og
omsorgsdepartementet

Strategi

God og riktig mat hele livet

Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester



Innhold

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Mål og avgrensninger	9
2. utfordringer og innsatsområder	11
2.1 Flere med ernæringsutfordringer, herunder feil- og underernæring	11
2.2 Manglende systematisk ernæringsoppfølging	12
2.3 For lite kunnskap og kompetanse	13
2.4 Manglende individuell tilpasning	15
2.5 Innsatsområder	15
3. Systematisk ernæringsarbeid	17
3.1 Nasjonal kartlegging av mat- og ernæringsoppfølgingen	21
3.2 Utvikle og implementere lokale ernæringsstrategier	21
3.3 Samle, videreutvikle og spre gode eksempler	22
4. Kunnskap og kompetanse	25
4.1 Kliniske ernæringsfysiologer som ressurs	28
4.2 Matfaglig kompetanse og matverter	29
4.3 Nasjonale kostholdsundersøkelser	29
4.4 Nasjonale faglige råd om kosthold til eldre	29
5. Individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging	31
5.1 Samarbeid med ulike aktører	35
5.2 Frivillige og ideelle organisasjoner	35
5.3 Kompetanse- og innovasjonsprosjekter	37
6. Administrative og økonomiske konsekvenser	39
Referanser	40

Forord

Har du tatt medisinene dine i dag?

Mange er flinke til å stille det lille, viktige spørsmålet.
Til ham som bor på sykehjemmet. Til henne som lever i eldreboligen.
Til eldre som greier seg hjemme med litt hjelp og støtte.

Vi vet at medisiner får mirakler til å skje.
Medisiner får lungebetennelsen til å gå over og blodtrykket til å gå ned.
Medisiner hjelper oss til å mestre livet med kroniske sykdommer.

Mat får også mirakler til å skje.
God mat og gode måltider gir bedre helse og bedre trivsel.
Det gjør oss mindre utsatt for fysiske og psykiske helseplager.
Det gjør at vi orker mer og trives bedre.

Mange eldre spiser for lite mat eller feil mat.
Det gjør dem mer utsatt for helseplager og mistrivsel.
Derfor er god mat og gode måltider veldig viktig i sykehjem og
i hjemmetjenesten.

Jo eldre vi blir – jo flere kroniske lidelser får vi. Et godt og sunt kosthold kan
både forebygge slike lidelser og gjøre dem lettere å leve med.

Vi blir stadig flere eldre, og vi blir stadig eldre.
Det skyldes en fantastisk medisinsk utvikling og et fantastisk velferdssamfunn.
Vi må planlegge fremtiden med tanke på dette.

Målet for alt vi gjør, må være at eldre både får dekket behovene sine og brukt
ressursene sine. God mat og gode måltider er avgjørende for begge deler.

For å nå dette målet må vi heve kunnskapen, kompetansen og bevisstheten
om mat og måltider i hele helse- og omsorgstjenesten – fra dem som er
toppledere i kommunen, til dem som gjør den viktige jobben med å hjelpe
og støtte eldre og pleietrengende hver eneste dag. Denne strategien handler
om hvordan vi skal gjøre det.

Vi må bli mer oppmerksomme på at også mat får mirakler til å skje.
Vi må bli flinkere til å stille et annet lite spørsmål.
Til ham som bor på sykehjemmet. Til henne som lever i eldreboligen.
Til eldre som greier seg hjemme med litt hjelp og støtte.

Har du spist godt i dag?



I dag er det for få som får vurdert sin ernæringsstatus. Det er derfor behov for mer oppmerksomhet, kompetanse og systematikk i mat- og ernæringsoppfølgingen, slik at den enkelte kan få et individuelt tilpasset mat- og ernæringstilbud.

1

Innledning

God og riktig mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Regjeringen vil gjennom denne strategien bidra til å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring blant eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester i tråd med målene i Meld. St. 15 (2018-2019) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre.

Med en økende andel eldre vil det bli flere med ernæringsutfordringer. I dag er det for få som får vurdert sin ernæringsstatus. Det er derfor behov for mer oppmerksomhet, kompetanse og systematikk i mat- og ernæringsoppfølgingen, slik at den enkelte kan få et individuelt tilpasset mat- og ernæringstilbud.

Regjeringen ønsker å legge til rette for et systematisk ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Systematisk ernæringsarbeid betyr at god ernæringspraksis er satt i system. Målet med god ernæringspraksis er at pasienter og brukere får vurdert sin ernæringsstatus slik at de som er i risiko fanges opp og får tilpassede tiltak, for å forebygge feil- og underernæring og sykdom som følge av dette.

For å lykkes med å forebygge og behandle feil- og underernæring er det avgjørende med nødvendig kunnskap og tilstrekkelig kompetanse. Med rett kompetanse vil tjenesten kunne forebygge feil, styrke den enkeltes helse og livskvalitet og spare tid og kostnader. Regjeringen vil derfor bidra til at ansatte i tjenesten har nødvendig kunnskap og kompetanse innen mat og ernæring.

Hva som er viktig for den enkelte, skal være utgangspunktet for helse- og omsorgstjenesten, også i arbeidet med mat og ernæring. En personsentrert tilnærming innebærer å ivareta bredden av fysiologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og religiøse behov knyttet til mat og måltider.

Regjeringen vil legge til rette for at eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, får en trygg og god mat- og ernæringsoppfølging som er tilrettelagt med utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Det er videre et mål at de eldre skal få gode mat- og måltidsopplevelser gjennom større grad av medvirkning og valgfrihet, tilbud om måltidsfellesskap og hjelp til selvstendighet i måltidssituasjoner.

Gjennom konkrete og målrettede tiltak innenfor tre innsatsområder skal denne strategien bidra til en bedre mat- og ernæringsoppfølging for eldre som mottar helse- og omsorgstjenester.

1.1 Bakgrunn

De senere årene er det blitt lagt frem en rekke meldinger, planer og rapporter om ernæring, mat og måltider som også inkluderer eldre i helse- og omsorgstjenesten. Sammen med relevant lovverk, forskrifter og nasjonale retningslinjer danner dette grunnlaget for denne strategien.

Det viktigste utgangspunktet for denne strategien er Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Ernæringsstrategien skal bidra til å forsterke og understøtte innsatsområdet «mat og måltider» i reformen, herunder løsningene «det gode måltidet», «måltidstider», «valgfrihet og variasjon», «systematisk ernæringsarbeid» og «kjøkken og kompetanse» lokalt. Løsningene under innsatsområdene «helsehjelp» og «aktivitet og fellesskap» og «sammenheng» er også relevante.

Strategien ses også i sammenheng med oppfølging av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021), Meld. St 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga, Strategi mot ensomhet (Saman mot einsemd 2019–2023), Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029, Strategi for god psykisk helse (2017–2022), Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020) og Meld. St 24 (2019–2020) Lindrende behandling og omsorg. I disse meldingene og planene er mat, måltider og ernæring en del av arbeidet for å fremme god helse, mestring og trivsel, også for eldre.

For å legge til rette for kompetanseheving og fagutvikling og bidra til økt kapasitet i helse- og omsorgstjenestene har regjeringen i løpet av 2020 lagt frem en rekke nye satsinger, herunder nytt kompetanseløft, ny demensplan og en pårørendestrategi med handlingsplan. Disse satsingene har også betydning for mat og ernæring og skal ses i sammenheng med gjennomføring av denne strategien.

Koronasituasjonen og tilhørende smitteverntiltak har påvirket mange brukere. Det har påvirket vanlige aktiviteter og sosiale treffpunkt, som ofte innebærer måltidsfellesskap. Det er tatt flere grep for å motvirke sosial isolasjon og ensomhet til tross for kontaktrestriksjoner, blant annet en tiltakspakke for sårbare eldre, som også inkluderer mat og måltidsfellesskap.

1.2 Mål og avgrensninger

Regjeringens hovedmål med strategien er å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring i tråd med målene i kvalitetsreformen Leve hele livet.

Strategien avgrenses til å omfatte eldre over 65 år som mottar hjemmetjenester eller bor i sykehjem. Strategien skal ses i sammenheng med det pågående arbeidet med implementering av ernæringsstrategier i spesialisthelsetjenesten, som har mål om bedret ernæringsstatus for pasienter i ernæringsmessig risiko. Samhandling og overføring av kunnskap om pasientens ernæringsstatus og -tiltak mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er av stor betydning for den helhetlige ernæringsoppfølgingen av den enkelte bruker.

Regjeringen vil gjennom denne strategien bidra til at eldre brukere får en individtilpasset, helhetlig, koordinert og trygg mat- og ernæringsoppfølging i tråd med nasjonale faglige retningslinjer. Tiltak og løsninger som bidrar til god ernæringspraksis for eldre, vil imidlertid være universelle og også gjelde for eldre utenfor tjenestene og for andre aldersgrupper.

Det er etablert et nasjonalt og regionalt støtteapparat for Leve hele livet i reformperioden som skal bistå kommunene i planleggings-, omstillings- og endringsarbeidet. Denne nasjonale ernæringsstrategien kan brukes som grunnlag for kommunene i deres utvikling av lokale ernæringsstrategier og inngå i støtteapparatenes veiledningsmaterieell for oppfølging av Leve hele livet. Strategien retter seg derfor mot ledere og beslutningstakere i kommunene på både politisk og administrativt nivå. Andre som kan ha nytte av strategien, er helsepersonell, ansatte, studenter, brukere, pårørende, frivillige og alle med interesse for mat og ernæring.



Forekomsten av kroniske sykdommer som muskel- og skjelettsykdommer, hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, kreft og demens øker med høy alder. De aller fleste av disse sykdommene kan påvirke eller påvirkes av kosthold og ernæringsstatus.

2

Utfordringer og innsatsområder

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget, basert på tilgjengelig statistikk og rapporter og faglige innspill fra Helsedirektoratet, vil regjeringen trekke frem fire hovedutfordringer knyttet til mat- og ernæringsoppfølging hos eldre i hjemmetjenester og sykehjem:

- flere med ernæringsutfordringer, herunder feil- og underernæring
- manglende systematisk oppfølging
- for lite kunnskap og kompetanse
- manglende individuell tilpasning

2.1 Flere med ernæringsutfordringer, herunder feil- og underernæring

Befolkningen blir stadig eldre. Med aldring følger endringer i kroppen som har betydning for kosthold og ernæringsstatus. Selv om energibehovet synker med alderen på grunn av redusert muskelmasse og lavere aktivitetsnivå, vil behovet for næringsstoffer være det samme og i noen tilfeller øke. Dette betyr at ved mindre mengde mat vil det stilles større krav til næringsinnholdet i maten.

Med flere eldre kan vi forvente flere mennesker med ernæringsutfordringer og behov for ernæringsoppfølging. Fra 2017 til 2040 er det estimert at andel eldre over 67 år i Norge vil øke fra om lag 790 000 til 1,28 millioner, og av disse vil antall 80-åringer øke fra om lag 222 000 til 500 000 i samme tidsrom.¹

Tverrsnittstall viser at det per 31. desember 2019 i alt var om lag 280 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester. Av disse hadde 65 prosent vedtak om hjemmesykepleie eller praktisk bistand i eget hjem. Omtrent 15 prosent hadde vedtak om opphold i institusjon, og 20 prosent mottok tjenester som avlastning, velferdsteknologi mv. I aldersgruppen over 80 år var en tredjedel mottakere av tjenester i hjemmet.²

Forekomsten av kroniske sykdommer som muskel- og skjelettsykdommer, hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, kreft og demens øker med høy alder. De aller fleste av disse sykdommene kan påvirke eller påvirkes av kosthold og ernæringsstatus. Andelen voksne med overvekt og fedme har økt de siste 20 årene. Fedme har negativ innvirkning på sykkelighet og dødelighet, men for eldre er imidlertid feil- og underernæring en større utfordring enn overvekt.³

De nasjonale kvalitetsindikatorne på ernæring i 2019 viste at henholdsvis to av fem (41,5 prosent) eldre beboere på sykehjem og én av tre (32,6 prosent) eldre tjenestemottakere i hjemmetjenesten enten var underernært eller i risiko for å bli det.⁴

Det er en rekke faktorer som kan ha betydning for matinntak og ernæringsstatus. Disse faktorene omfatter både psykososiale og psykologiske forhold (ensomhet, sosial isolasjon, depresjon, angst mv.), fysiske og biologiske forhold (tygge-, svelge-, smaksforandringer-, fordøyelsesvansker mv.), symptomer og bivirkninger knyttet til sykdom og behandling (smerter, kvalme mv.) og personlige (kunnskap om ernæring, økonomi, personlig støtte mv.)

Underernæring kan oppstå forut for, under og som følge av sykdom. Selv om sykdom og symptomer relatert til sykdom er den viktigste årsaken til feil- og underernæring, er manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant ansatte om ernæringsstatus, matinntak og behov medvirkende årsaker til at feil- og underernæring får utvikle seg over tid.⁵ Manglende kunnskap hos eldre selv og pårørende om betydningen av å opprettholde ernæringsstatus for god helse kan også bidra til risiko for utvikling av feil- og underernæring.

Én av tre eldre over 67 år bor alene. Blant kvinner over 80 år bor to av tre alene. Det å spise alene kan være mindre lystbetont og gir færre sosiale signaler som indikerer at man bør spise. Ensomhet er en underliggende faktor til at underernæring får utvikle seg. Mange har behov for å spise sammen med noen. Ensomhet, mangel på stimuli og inspirasjon påvirker appetitt og matglede, og det kan også gå ut over viljen til å spise for å opprettholde vekt og helse. Dette gjør det ekstra krevende å opprettholde mat- og måltidsrutinene.

Underernæring øker risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverret fysisk og mental funksjon, redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesens og dermed økt sykkelighet og dødelighet.⁶ Eldre som legges inn på sykehus, har ofte dårlig ernæringsstatus ved innleggelse og går ytterligere ned i vekt i løpet av oppholdet.⁷

2.2 Manglende systematisk ernæringsoppfølging

Ivaretagelse av grunnleggende ernæringsbehov, og en helhetlig og koordinert mat- og ernæringsoppfølging, er en viktig del av helse- og omsorgstjenestens oppdrag. Likevel ser det ut til å være et gap mellom nasjonale anbefalinger og det som er tilbudet i dag.

Målet er at alle brukere av hjemmetjenester og beboere på sykehjem skal få vurdert sin ernæringsstatus, slik at de som er i ernæringsmessig risiko blir fanget opp og gitt tilpassede tiltak for å forebygge feil- og underernæring og sykdom som følge av dette. Kvalitetsindikatorne innen ernæring tyder på at det er et stykke igjen før dette målet nås. På landsbasis viste kvalitetsindikatorne for oppfølging av ernæring i 2019 at i underkant av halvparten (47,8 prosent) av beboere på sykehjem og én av fem (19,3 prosent) av eldre tjenestemottakere i hjemmetjenesten hadde fått vurdert sin ernæringsstatus i løpet av året. Blant dem som var i risiko for underernæring, hadde henholdsvis 70,7 prosent i sykehjem og 48 prosent i hjemmetjenesten fått utarbeidet en individuell

ernæringsplan i 2019⁸. Det har skjedd en svak forbedring siden 2018, men det er store variasjoner mellom kommunene.

Tilsyn og revisjoner har avdekket mangelfull ernæringskartlegging og oppfølging som utfordrer pasientsikkerheten.^{9,10} Disse utfordringene handler om at det i mange kommuner mangler en innarbeidet og kjent praksis for å vurdere ernæringsstatus hos nye brukere. Dette medfører en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer ikke blir fanget opp av kommunens tjenesteapparat. Å unnlate å følge opp ernæringsstatus kan føre til alvorlig sykdom og død. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen viste at det også er utfordringer med oppfølging av munn- og tannhelse, legemidler og fall, som også kan ses i sammenheng med brukerens ernæringsstatus¹¹. Variasjon i kommuners tildelingspraksis kan også ha betydning for hvilket tilbud den enkelte får¹².

Tjenesteledelsen har det overordnede ansvaret for at det finnes nedfelte prosedyrer for god ernæringspraksis. Ledere skal etterspørre relevant informasjon om igangsatte tiltak gir ønsket effekt, og påse at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring. Mangel på ledelsesforankring kan føre til at mat- og ernæringsarbeidet ikke blir satt i system og i stedet blir tilfeldig og ildsjelsbasert. Dette kan øke risikoen for at pasienter og brukere med ernæringsutfordringer ikke i tilstrekkelig grad blir fanget opp og gitt tilpassede tiltak.

Andre barrierer som rapporteres for god ernæringspraksis, er holdninger, motivasjon og mangel på tid hos de ansatte.^{13,14} Holdninger og motivasjon påvirker oppmerksomhet, interesse for og erkjennelse av betydningen av å opprettholde ernæringsstatus i forebygging og behandling. Manglende spørsmål om brukernes ernæringsstatus fra leger og ledere kan også bidra til redusert oppmerksomhet på ernæring for dem som ivaretar oppfølgingen av ernæringsarbeidet. Ved mangel på tid kan den daglige ernæringsoppfølgingen bli nedprioritert.

Midtveisevalueringen av Handlingsplan for et bedre kosthold i 2020 konkluderte blant annet med at det er behov for mer systematikk og økt kunnskap og kompetanse i mat, måltider og ernæring i kommunen for å bidra til et bedre kosthold for de ulike målgruppene.¹⁵

Dokumentasjon av ernæringsstatus og -behandling skal implementeres i gjeldende dokumentasjonssystemer og videreføres når pasienten/brukeren overføres til et annet tjenestenivå.¹⁶ Undersøkelser viser at det er mangelfulle rutiner for overføring og manglende samhandling mellom fagpersoner om ernæring etter utskrivning fra sykehus.^{17,18} Dette øker risikoen for underernæring og komplikasjoner som følge av underernæring ytterligere.¹⁹

Å få til god ernæringspraksis kan være komplekst og sammensatt. Det er mange personer og systemer involvert, og prosessen kan fort stoppe opp hvis det ikke er lagt til rette for at man skal gjennomføre vurdering og oppfølging på en enklest mulig, men likevel faglig forsvarlig måte.

2.3 For lite kunnskap og kompetanse

For å kunne tilby en individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging er det

viktig med tilstrekkelig kunnskap og kompetanse. En nasjonal undersøkelse blant sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i sykehjem i 2015 viste at det er behov for mer kunnskap om og kompetanse i god ernæringspraksis.²⁰ Det er behov for kunnskap og veiledning i både spesielle ernæringsutfordringer og i generelle problemstillinger. Dette omfatter blant annet vurdering av ernæringsstatus, beregning av energibehov, kosthold til eldre, råd ved demens og tiltak når matinntaket blir for lite. Studier tyder på at kurs, prosedyrer og verktøy ikke alltid er tilstrekkelig for å holde kunnskapen ved like. Undervisning må gjentas, i tillegg til jevnlig veiledning.^{21,22}

Manglende tverrfaglighet er også en utfordring. Ansatte i sykehjem og hjemmetjenester føler seg ofte alene om å ivareta ernæringsutfordringer. I håndtering av spesielle ernæringsfaglige oppgaver kan det være mangel på veiledning eller mulighet til å henvise brukere videre. Både sykehjem og hjemmetjenester har lite samarbeid med allmennlegetjenesten og tannhelsetjenesten på ernæringsområdet. Eldre i helse- og omsorgstjenesten kan trenge hjelp til daglig munnstell, samt tilsyn av tannpleier eller tannlege.

Det er få kliniske ernæringsfysiologer sysselsatt i norske kommuner, noe som kan innebære at ansatte i helse- og omsorgstjenestene ikke får tilstrekkelig støtte i møte med brukere med ulike og komplekse ernæringsutfordringer.²³

Matfaglig kompetanse blant yrkesgrupper som kostøkonomer, kokker og institusjonskokker er sentralt for å kvalitetssikre maten på institusjoner og til hjemmeboende eldre, men denne fagkompetansen er ofte manglende. Maten kan ha høy kvalitet når den forlater kjøkkenet, men om den ikke behandles rett på veien, kan smak og næringsinnhold forringes. Det samme gjelder anretning og tilberedning av mat i hjemmetjenesten. Dersom pasienten i tillegg har allergier eller annen sykdom som krever spesialkost, vil møtet med en som ikke har kompetanse på dietter, kunne gå ut over pasientsikkerheten. Dersom kjøkken- og pleiepersonell ikke utveksler tilstrekkelig informasjon om pasienters og brukeres ernæringsbehov, eller det mangler en felles terminologi, språk eller en felles forståelse for matvarer og retter, kan man risikere at maten som er bestilt, for eksempel en spesialtilpasset rett, ikke blir gitt til riktig person.

Undersøkelser viser at det er behov for en matfaglig funksjon som kan være et bindeledd mellom kjøkkentjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Noen kommuner prøver ut en ordning med matverter, kostverter/kostombud eller tilsvarende, som har et spesielt ansvar for maten på de ulike helse- og omsorgs-avdelingene. Mange matverter mangler formell utdanning innen matfag. For å kvalitetssikre maten til brukere med spesielle ernæringsutfordringer eller til brukere med spesielle diettbehov kan det være nødvendig med tilgang på og veiledning fra personer med formell mat- eller ernæringsfaglig kompetanse.

Det er behov for mer kunnskap om hvordan de nasjonale føringene for mat- og ernæringsoppfølging følges opp i helse- og omsorgstjenesten og hvordan samhandlingen om ernæringsoppfølgingen av eldre pasienter og brukere skjer mellom tjenestenivåer for å kunne målrette tiltakene enda bedre.

På grunn av manglende datagrunnlag på kosthold og måltidsvaner for eldre over 75 år har vi lite kunnskap om hva de eldste eldre spiser, og i hvilken grad de oppfyller næringsstoffanbefalingene. Norge har i dag ikke egne nasjonale tilpassede kostholdsråd til eldre ut over de generelle kostholdsrådene som gjelder for voksne.

Det er også behov for informasjon og rådgivning om kosthold og ernæring til eldre og deres pårørende for å motivere til egeninnsats for å spise nok og riktig mat for å opprettholde god ernæringsstatus og helse.

2.4 Manglende individuell tilpasning

De fleste ønsker å klare seg selv og bo hjemme lengst mulig. Da må det legges til rette for å ivareta størst mulig grad av selvstendig funksjon og egenomsorg, også i møte med mat- og ernæringsrelaterte utfordringer. Det krever kompetanse i alle ledd, både i vurdering og kartlegging, utredning, bestilling og utførelse av ernæringsoppfølging, slik at de som har behov for ulike ernærings-tiltak og tilrettelegging av måltider, får et individuelt tilpasset tilbud.

Innspill fra kommuner i arbeidet med Leve hele livet viser at matomsorgen både i sykehjem og i hjemmetjenestene ofte er basert på en gruppetenking hvor det gis standardtiltak uavhengig av den enkeltes brukers ønsker, smak og kultur-bakgrunn. Dersom det ikke tas hensyn til individuelle behov og ønsker, kan det føre til at tiltak ikke har effekt, eller har uønskede effekter, og til at ernærings-problemene forverres. Manglende muligheter til samspising, fleksibilitet i mat-ombringning eller hjelp til munnstell, tilberedning av mat, individuell veiledning eller tilrettelegging i spisesituasjonen kan føre til at maten ikke blir spist.

God matomsorg i hjemmet handler også om verdighet og respekt. Kostveiledning og ernæringstiltak skal være i overensstemmelse med brukerens rett til selvbestemmelse, motivasjon og ferdigheter. Manglende kompetanse og/eller tid til kartlegging og oppfølging av brukerens individuelle mat- og ernærings-behov og ønsker kan føre til at brukeren opplever manglende selvstendighet og valgfrihet, som kan påvirke appetitten og viljen til å spise.

Den landsomfattende undersøkelsen om mat og måltider i sykehjem fra 2015 påpekte at eldre på sykehjem i liten grad får medvirke i valg av meny, når de skal spise, og hvem de skal spise med.²⁴ Lite medvirkning og valgfrihet i mat-tilbudet kan øke risikoen for at mat- og ernæringsoppfølgingen ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset den enkeltes ønsker og behov. Dette kan igjen føre til redusert ernæringsstatus og økt risiko for feil- og underernæring.

2.5 Innsatsområder

På bakgrunn av utfordringsbildet skissert ovenfor vil regjeringen løfte frem tre innsatsområder:

- systematisk ernæringsarbeid
- tilstrekkelig og riktig kompetanse
- en mat- og ernæringsoppfølging som er tilpasset brukernes individuelle behov og ønsker

Innenfor hvert innsatsområde vil regjeringen fremme konkrete og målrettede tiltak som til sammen skal bidra til å nå målene for strategien. Innsatsområdene er til dels overlappende og gjensidig avhengig av hverandre.

Systematisk ernæringsarbeid

Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer er nødvendig for å komme tidlig i gang med tiltak. Dette gjelder også i ernæringsarbeidet. Tidlig kartlegging og oppfølging av ernæring kan bidra til å forebygge underernæring eller sykdom som følge av underernæring, forebygge ytterligere funksjonsfall og forebygge eller utsette innleggelse i institusjon. Det er bedre, enklere og mer lønnsomt å forebygge enn å behandle underernæring.

Regjeringen vil vektlegge tidlig igangsetting av mat- og ernærings tiltak for å forebygge og behandle underernæring. Målet er både helsemessige gevinster for den enkelte og økonomiske gevinster for samfunnet. Tilrettelegging av spise- og måltidssituasjonen, konsistentilpasning og ernæringsberikning av maten kan forhindre eller forsinke bruk av kostnadskrevenende ernæringsbehandling som sondeernæring og intravenøs ernæring.

Vurdering av risiko, kartlegging av ernæringsstatus og faktorer som påvirker dette, utarbeidelse av en individuell ernæringsplan, iverksetting av tiltak, evaluering/korrigerende og dokumentasjon kalles med en samlebetegnelse *god ernæringspraksis*. Forutsetninger for å sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av det helhetlige undersøkelses- og behandlingstilbudet, er ledelsesforankring, tydelig ansvars- og oppgavefordeling, tilstrekkelig og riktig kompetanse, skriftlige rutiner, tverrfaglig samarbeid og samhandling.

God samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er nødvendig for å gi gode og trygge tjenester. Hele helse- og omsorgstjenesten må sørge for at overgangene blir så gode som mulig, også på ernæringsområdet.

Som en oppfølging av Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal sykehusplan 2020–2023 skal det etableres 19 helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner for sammen å planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester. Helsefellesskapene skal ha særlig vekt på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Disse pasientgruppene kan også ha ulike ernæringsutfordringer.

Tidlig kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus kan bidra til å forebygge funksjonsfall og forebygge eller utsette innleggelse i institusjon.

BOKS 3.1

Delt stilling for ernæringsfysiolog mellom sykehus og kommune

Lovisenberg Diakonale Sykehus har kliniske ernæringsfysiologer i delte stillinger med bydelene Sagene og St. Hanshaugen i Oslo Kommune. Det har ført til tettere samhandling om den enkelte pasient, slik at ernæringsbehandlingen ivaretas der pasienten er, uavhengig av tjenestenivå. Klinisk ernæringsfysiolog som tilgjengelig ressurs i førstelinjen gir økt mulighet for å jobbe systematisk og målrettet med både strategiske og pasientnære problemstillinger gjennom tverrfaglig samarbeid og kompetanseoverføring.

Kilde: www.oslo.kommune.no

Ledelsen har det overordnede ansvaret for at virksomheten yter faglig forsvarlige tjenester. Regjeringen har tydeliggjort helse- og omsorgstjenestens plikt til å drive kontinuerlig evaluering av tjenestene gjennom forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Formålet med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og til at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Med denne forskriften har ledere i offentlig og privat helse- og omsorgstjeneste fått et verktøy som skal sikre at virksomhetene leverer faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette gjelder også for etterlevelse av krav til helhetlige rutiner for kartlegging og oppfølging og dokumentasjon av ernæringsstatus.

God ledelse er avgjørende for å sikre god kvalitet i tjenestene, også når det gjelder systematisk ernæringsoppfølging. Gjennom nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har regjeringen sørget for å styrke lederkompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I perioden 2015–2020 har 844 kommunale ledere gjennomført utdanningen på 30 studiepoeng i ledelse. Deltakerne opplever at utdanningen har skapt et godt utgangspunkt for refleksjon over egen praksis, gjort dem tryggere i lederrollen og gitt dem større faglig tyngde i møte med fremtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren.

Det er mange som har en rolle i matomsorgen rundt den enkelte. Alle ansatte må være kjent med hvilke oppgaver de selv har, og tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å yte forsvarlige tjenester. Helsedirektoratet har laget en eksempeloversikt over de ulike yrkesgruppernes ansvars- og oppgavefordeling i ernæringsarbeidet.²⁵ Kjøkkenpersonalet skal blant annet ha kunnskap om rutiner for mat og måltider i tråd med gjeldende anbefalinger. Alle som jobber med og rundt pasient og bruker, må ha nødvendig kompetanse om ernæringsstatus, behov, matinntak og tilhørende tiltak samt evaluere og korrigere.

BOKS 3.2

Bedre samhandling og kontinuitet gjennom felles retningslinjer for god matomsorg i sykehjem

Ved Ørnes sykehjem i Meløy kommune har kjøkkenleder og folkehelserådgiver i samarbeid med fagledere utarbeidet felles prosedyrer og retningslinjer for matomsorgen. Retningslinjene bidrar til å sikre bedre informasjonsflyt, kompetanse og samarbeid mellom kjøkken- og avdelingspersonale om mat og ernæringsoppfølgingen hos den enkelte bruker.

Kilde: www.meloy.kommune.no

Helsepersonell har et ansvar for å gi kunnskapsbasert kostveiledning. Ernæring ved sykdom er definert som helsehjelp. Ledelsen har ansvar for at det finnes tilstrekkelig kompetanse, samarbeid og et system for opplæring. Det kan være hensiktsmessig å opprette et tverrfaglig team der ulike faggrupper jobber sammen om pasienter og brukere som trenger ekstra oppfølging om mat og ernæring.

Som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet er det satt i gang flere tiltak som skal bidra til en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste i kommunene. I denne sammenheng vises det til et pilotprosjekt for primærhelseteam i fastlegepraksiser. Formålet er blant annet å sikre bedre oppfølging, herunder kostveiledning av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov, gjennom teamorganisering i fastlegepraksiser og bedre samarbeid med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Flere av teamene har fokusert på kostholdsveiledning.²⁶ Det er også etablert et pilotprosjekt for strukturert tverrfaglig oppfølging gjennom etablering av oppfølgingsteam. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose.

Politisk forankring er en viktig suksessfaktor for at mat- og ernæringsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten blir satt i system. Regjeringen oppfordrer gjennom Leve hele livet kommunene til å legge innsatsområdene og løsningene i reformen til grunn for det systematiske kvalitetsutviklingsarbeidet lokalt. Flere kommuner utvikler nå politisk forankrede ernæringsstrategier eller handlingsplaner.²⁷

I tillegg til satsingene over har regjeringen tatt mange grep for å understøtte det systematiske ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten:

- Fra og med 2017 er det blitt publisert nasjonale kvalitetsindikatorer for oppfølging av ernæring i sykehjem og for eldre hjemmeboende i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene for å forebygge og behandle underernæring. Formålet med kvalitetsindikatorer er å bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene og gi et grunnlag for planlegging og styring. Kvalitetsindikatorene skal bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestene. Utvikling av de nasjonale kvalitetsindikatorene for ernæring gir viktig informasjon som vil kunne bidra til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i tjenestene.

- Helsedirektoratet vil i løpet av strategiperioden få i oppdrag å utarbeide kvalitetsindikatorer for ernæring i sykehus/spesialisthelsetjenesten i tråd med Nasjonal Handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) og nasjonal retningslinje for forebygging og behandling av underernæring.
- Ernæring i helse- og omsorgstjenesten er et eget innsatsområde i regjeringens nasjonale handlingsplan for et bedre kosthold, med tiltak både innen kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Ett av fem delmål i handlingsplanen for et bedre kosthold er å styrke og kvalitetssikre mat-, måltids- og ernæringsarbeid i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten.
- Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring utgjør hovedrammeverket for god ernæringspraksis i helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale retningslinjene er under revisjon og er planlagt publisert i løpet av 2021.
- Oppfølging av innsatsområdet «Ernæring» i pasientsikkerhetsprogrammet inngår i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023). Handlingsplanen skal sikre en målrettet og samordnet innsats for å bedre pasientsikkerheten, i tråd med oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet. Det er utarbeidet tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring for både sykehus, sykehjem og hjemmetjenesten. Tiltakspakken om ernæring skal videreutvikles og følges opp gjennom nasjonale faglige råd eller inngå i revidert nasjonal faglig retningslinje om underernæring.
- Trygghetsstandard skal være et konkret verktøy for å drive systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem. I perioden 2016-2018 ble det gjennomført et pilotprosjekt hvor ernæring inngikk som et av tre fokusområder. Evalueringen av piloten i viser positive resultater, blant annet i form av økt oppmerksomhet og engasjement for kvalitetsarbeid lokalt. En prototype på trygghetsstandard er testet ut i utvalgte kommuner i 2020. Arbeidet er videreført i 2021. Erfaringene fra piloten skal brukes til å gi en anbefaling om videre oppfølging og implementering. Sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem som kan tas i bruk i hele landet.

Sammen med de pågående innsatsene vil regjeringen iverksette følgende nye tiltak for å styrke det systematiske ernæringsarbeidet for eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester:

- Nasjonal kartlegging av mat- og ernæringsoppfølgingen
- Utvikle og implementere lokale ernæringsstrategier
- Samle, videreutvikle og spre gode eksempler

3.1 Nasjonal kartlegging av mat- og ernæringsoppfølgingen

Kunnskap om mattilbudet og ernæringspraksis i kommunene er et viktig grunnlag for det videre arbeidet med kvalitetsforbedring innen mat og ernæring i helse- og omsorgstjenesten.

For å skaffe bedre kunnskap om ernæringspraksis i landet vil Helsedirektoratet få i oppdrag å gjennomføre en nasjonal kartlegging av mattilbudet og ernæringsoppfølgingen blant ledere og ansatte i sykehjem og hjemmetjenester. Kartleggingen skal særlig legge vekt på rutiner for mattilbudet og ernæringsoppfølgingen i hjemmetjenestene. Kartleggingen skal også inkludere rutiner for hvordan ansatte legger til rette for at mat- og ernæringsoppfølgingen er tilpasset den enkeltes behov, og hvordan brukerne kan medvirke i utformingen av mat- og ernæringsoppfølgingen. Kartleggingen skal videre inkludere rutiner for tidsbruk i hjemmetjenesten og rutiner for ernæringsoppfølging på tvers av tjenestenivåer. Kartleggingen vil kunne gi grunnlag for andre virkemidler og vurdering av nye målrettede tiltak for bedre implementering av god ernæringspraksis i kommunene, herunder faglige råd til målgruppene. På bakgrunn av resultatene fra kartleggingen skal Kosthåndboken²⁸ oppdateres.

3.2 Utvikle og implementere lokale ernæringsstrategier

En ledelsesforankret ernæringsstrategi vil bidra til å sikre at god ernæringspraksis blir satt i system slik at personer i ernæringsmessig risiko blir fanget opp tidlig og gitt tilpassede tiltak, slik at feil- og underernæring unngås. Regjeringen vil derfor oppfordre kommunene til å utvikle og implementere lokale ernæringsstrategier. Disse bør ses i sammenheng med helseforetakenes oppfølging og implementering av ernæringsstrategier. Utvikling av en lokal ernæringsstrategi bidrar til at god ernæringspraksis gjennomføres på en systematisk måte og integreres i det ordinære kvalitets- og styringssystemet i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. For å understøtte et slikt arbeid vil det være en fordel om strategien har en konkret handlingsplan hvor ansvar, roller og samarbeidsformer i ernæringsarbeidet er avklart og det foreligger skriftlige rutiner og en plan for kompetanseutvikling. Strategien kan også inneholde rutiner for evaluering av god ernæringspraksis, for eksempel et ernæringsråd som evaluerer kommunens mattilbud og øvrige rutiner for god ernæringspraksis. Et slikt råd bør være tverrfaglig sammensatt og for eksempel ha deltakelse fra kommunens elderråd. Gjennom arbeidet med Leve hele livet-reformen vil det bli utviklet veiledningsmaterieell for kommunene for hvordan løsningene i Leve hele livet kan iverksettes lokalt. Støtte til utvikling av lokale ernæringsstrategier vil inngå i dette arbeidet. Det vil være den enkelte kommunes ansvar å forankre og operasjonalisere strategien i egen kommune.

BOKS 3.3

Handlingsplan for forbedring av ernæringsarbeidet i hjemmetjenester og rehabilitering

På bakgrunn av en kartlegging av nåsituasjonen på mat- og ernæringsoppfølgingen i hjemmetjenesten i 2019 har Sandnes kommune utviklet en egen handlingsplan med tiltak for blant annet kompetanseheving, prosedyrer og ernæringsnettverk. Det er igangsatt evaluering av planen, og målinger for å følge med på andelen som blir kartlagt og fulgt opp på ernæring.

Kilde: www.utviklingssenter.no

3.3 Samle, videreutvikle og spre gode eksempler

Mange kommuner jobber godt og systematisk med mat og ernæring for sine brukere i helse- og omsorgstjenesten, men de gode eksemplene spres ikke i tilstrekkelig grad til andre. For å bidra til at de gode eksemplene fra god ernæringspraksis spres og implementeres, vil Helsedirektoratet få i oppdrag å samle, videreutvikle og spre gode erfaringer fra kommuner som jobber systematisk med mat og ernæring, inkludert systematisk arbeid med munn- og tannhelse.

Eksemplene skal inkludere kommuner som allerede har utarbeidet ernæringsstrategier eller tilsvarende, gode modeller for kompetanseutvikling, kompetansedeling og samhandling om ernæringsoppfølging mellom kjøkken- og helsepersonell, avdelinger og tjenestenivåer, herunder modeller for et strukturert samarbeid mellom kommunene, fylkeskommunens tannhelse-tjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det må også vurderes om modellene og eksemplene bidrar til bedre mat- og ernæringsoppfølging og ernæringsstatus hos den enkelte. Eksemplene vil inngå i Idébanken om mat til eldre og personer med utviklingshemming. Idébanken skal videreutvikles og spres som en del av støtteapparatenes veiledningsmaterieell i forbindelse med gjennomføringen av Leve hele livet.

BOKS 3.4

Politisk forankrede ernæringsstrategier i kommunene

Flere kommuner har utviklet egne politiske vedtatte ernæringsstrategier eller handlingsplaner. Oslo, Bergen og Fredrikstad er eksempler på dette.

Oslo kommune: «Mat styrker og gleder – overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet 2018–2022»

Overordnet mål for strategien er at mat, måltider og ernæringsoppfølging i helse- og omsorgstjenester i hjemmet er et likeverdig tilbud for alle. Alle bydelene i Oslo har laget egne lokale handlingsplaner med konkrete tiltak basert på den overordnede strategien, og det er utpekt egne kontaktpersoner for oppfølging av strategien. Helseetaten følger opp bydelenes arbeid med implementeringen.

Kilde: www.oslo.kommune.no

Bergen kommune: «Maten servert – Handlingsplan for mat, måltider og ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten 2018–2023»

Handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som skal bidra til å utvikle gode tjenester for å fremme matglede og et sunt, bærekraftig kosthold. Et av tiltakene i handlingsplanen er blant annet å prøve ut matverter på sykehjem for å heve kvaliteten på mat og måltider. Et annet tiltak er spisevenn, som er en del av kommunens faste tilbud til eldre.

Kilde: www.bergen.kommune.no

Fredrikstad kommune: «Plan for mat og ernæring 2018–2025»

Formålet med planen er å sikre en faglig standard på ernæring, matlaging, servering og salg av mat til kommunens tjenestemottakere i institusjoner og hjemme. Planarbeidet har bidratt til tjenesteutvikling og kvalitetsforbedringstiltak i kommunens helse- og velferdstjenester.

Kilde: www.fredrikstad.kommune.no

4

Kunnskap og kompetanse

For å lykkes med å forebygge og behandle feil- og underernæring er det nødvendig med kunnskap og kompetanse. Med rett kompetanse vil tjenesten kunne forebygge feil, styrke den enkeltes helse og livskvalitet og spare tid og kostnader. Tilstrekkelig mat- og ernæringsfaglig kompetanse vil også bidra til økt oppmerksomhet og engasjement om betydningen av å kartlegge og følge opp ernæringsstatus. Regjeringen vil derfor bidra til at alle ansatte i tjenesten har nødvendig kunnskap og kompetanse innen mat og ernæring. Kompetansen må utvikles i tråd med virksomhetens og den enkeltes ansvar og oppgaver.

Kompetanseløft 2025 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Dette inkluderer også kunnskap og kompetanse om mat og ernæring i helse og omsorgstjenestene.

BOKS 4.1

Tverrfaglige team innen mat, matomsorg og ernæring

Kokker, kostøkonomer og ernæringsfysiolog jobber på Bærum storkjøkken sammen i tverrfaglig team for å styrke matomsorgen i kommunens sykehjem, hjemmetjenester med omsorgsboliger og boliger for personer med utviklingshemming. Bærum storkjøkken tilbyr en rekke kompetansehevende kurs, blant annet til distriktskontorene for hjemmeboende eldre. Kursene har fokus på å formidle viktigheten av det visuelle og stemningen under måltidet, rett mat til rett pasient, riktig kosttype og tilpasning under spisesituasjonen.

Kilde: www.baerum.kommune.no

Det er et mål at ansatte i kjøkkentjenesten og ansatte i helse- og omsorgstjenesten arbeider sammen i planlegging, utføring, evaluering og forbedring av mattilbudet. Tverrfaglig samarbeid og samhandling i ernæringsarbeidet er ofte nødvendig for å kunne tilby en meny som både er appetittvekkende, ivaretar



Tilstrekkelig mat- og ernæringsfaglig kompetanse vil bidra til økt oppmerksomhet og engasjement om betydningen av å kartlegge og følge opp ernæringsstatus.

dietthensyn og næringsmessig kvalitet og samtidig sikrer at mat- og ernæringsoppfølgingen er i tråd med brukernes behov og ønsker.

Kliniske ernæringsfysiologer er sentrale for å forebygge og behandle ernæringsrelaterte tilstander og sykdommer og vil være viktige bidragsyttere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell. Oppgavene for en klinisk ernæringsfysiolog er blant annet kvalitets-sikring av mat- og ernæringstilbudet, opplæring og kompetanseheving, fagutvikling og forskning og bidrag i klinisk praksis. Undervisning, veiledning og regelmessig samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog kan fremme kompetanse og engasjement hos øvrig helsepersonell og dermed gi bedret ernæringsstatus hos brukerne.²⁹

Matfaglig kompetanse er viktig for at maten skal lages og tilbys på en appetittvekkende måte og samtidig tilfredsstillende krav til god ernæringsmessig kvalitet. Det betyr at den som lager, legger opp og serverer maten til brukerne, skal ha generell ernæringskunnskap, kokkekunnskap og kunnskap om mathåndtering. Flere kommuner har gode erfaringer med å inkludere kjøkkensjefer i helse- og omsorgstjenestens ledergruppe. Dette gir ledergruppen økt forståelse for matens- og matkvalitetens betydning for livskvalitet og helse.

BOKS 4.2

Kompetanseheving av ansatte og tverrfaglig samarbeid mellom kjøkken og pleiepersonell

Lillestrøm kommune har ansatt kokker, kostøkonom, klinisk ernæringsfysiolog og kjøkkenassistenter. Avdeling for kjøkken og matomsorg driver jevnlig opplæring og kurs for pleiepersonell i god ernæringspraksis, tilpasning til individuelle behov og tilrettelegging for gode måltider. Resultatet av arbeidet er bedre dialog og samarbeid mellom kjøkken og pleiepersonell og bedre kvalitet på mattilbudet og en mer individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging.

Kilde: www.lillestrom.kommune.no

Å ha egne matverter med kjøkken- og matfaglig kompetanse på sykehjemmene fører til et bedre og tryggere mattilbud, bedre matomsorg for brukere og frigjøring av tid til andre oppgaver for øvrig personell.^{30,31} Eksempler på oppgaver for en matvert eller lignende funksjon er blant annet å ivareta mat fra eksternt produksjonskjøkken gjennom riktig slutttilberedning og være bindeledd mellom kjøkken og helsepersonell for å sikre at brukeres ernæringsbehov og ønsker blir ivaretatt. En matvert kan også bidra til kompetansedeling og kompetanseheving i mat og måltider for andre ansatte.

BOKS 4.3

Kokk for kvalitetssikring av mattilbudet og god matomsorg

Kristiansund kommune har ansatt en egen faglært kokk i 100 prosent stilling fordelt på to sykehjem for å bidra til bedre matkvalitet og omsorg. Kokken veileder annet personell i sykehjemmene samt matverter på andre sykehjem som mangler denne kompetansen. Kokken legger også til rette for egen matlaging på sykehjemmet for å bidra til aktivitet, fellesskap og måltids glede.

Kilde: www.kristiansund.kommune.no

For å bidra til egenmestring og selvstendighet så lenge som mulig er det viktig at brukere selv har kunnskap om betydningen av mat og ernæring. Regjeringen vil derfor bidra til at den enkeltes kunnskap om kosthold og ernæring styrkes. Regjeringen la i 2019 frem en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen for perioden 2019-2023. Målet med strategien er blant annet å gjøre befolkningen bedre i stand til å medvirke til å fremme egen helse. Betydningen av helsekompetanse er også relevant innen mat og ernæring.

BOKS 4.4

«Godt kosthold er god omsorg» – E-læringskurs for ansatte i bofelleskap

Tromsø kommune tilbyr ernæringskurs i form av NanoLearning, som består av små opplæringsleksjoner som sendes via e-post til ansatte som jobber i boliger til personer med utviklingshemming i alle aldre. De ansatte opplever å få økt forståelse for betydningen av riktig kosthold slik at den enkelte bruker kan få veiledning til å ta gode matvarevalg.

Kilde: www.utviklingssenter.no

I tillegg til satsingene over har regjeringen tatt flere grep for å bidra til å styrke kunnskapen og kompetansen i mat- og ernæringsarbeidet i helse og omsorgstjenesten:

- Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU) ble opprettet i 2014 for å samle, utvikle og spre kunnskap om sykdomsrelatert underernæring i helse- og omsorgstjenesten i hele landet. Målet er at alle pasienter som er underernærte eller i risiko for å bli det, skal diagnostiseres og få et likeverdig behandlingstilbud uansett hvor i landet de bor. NKSU jobber for å heve kvaliteten på tjenestene i hele utrednings- og behandlingsforløpet. NKSU synliggjør blant annet litteratur og verktøy i ernæringsarbeidet samt eksempler på ernæringsstrategier ved ulike sykehus og kommuner.³²

- Gjennom tilskuddsordningen Kompetansehevede tiltak innen ernæring i pleie- og omsorgstjenesten er det utarbeidet en rekke opplæringspakker, e-læringskurs, veiledere og annet materiell for god ernæringspraksis i sykehjem og hjemmetjenester og i miljøarbeidertjenesten. Materialet er samlet og presentert i Helsedirektoratets idébank om mat til eldre og personer med psykisk utviklingshemming.
- Regjeringen har i 2021 lagt fram en strategi om matnasjonen Norge. Strategien samler og synliggjør koblinger mellom næringspolitikken på matområdet og helse- og folkehelsepolitikken. Visjonen for arbeidet er «mat som kilde til matglede, stolthet, god helse og fellesskap i hele befolkningen». I forbindelse med strategien er det opprettet et utvalg som skal se på rekruttering til matfagene. Strategien er utarbeidet av Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- Et sentralt tiltak i Handlingsplanen for bedre kosthold er oppfølging av arbeidet med næringslivsgruppen og intensjonsavtalen med konkrete mål for reduksjon i inntaket av mettet fett, salt og sukker og økning i inntaket av frukt, grønt, fisk og grove kornvarer. Helsemyndighetene har som en del av avtalen forpliktet seg til å ivareta kommunikasjonstiltak og følge utviklingen i norsk kosthold og næringsinnhold i matvarene. Om lag hundre aktører innen mat- og drikkenæringen, handel og service har sluttet seg til avtalen.
- Landbruks- og matdepartementet skal i 2021 lansere et e-læringskurs om mat- og måltidsglede. Formålet er å øke forståelsen og kunnskapen om betydningen av mat- og måltidsglede i et helhetlig perspektiv. Målgruppen for kurset er hovedsakelig de som arbeider nærmest de eldre på institusjoner og i hjemmetjenesten, men kan også være relevant for andre, for eksempel frivillige og pårørende.

Sammen med pågående innsatser vil regjeringen iverksette følgende nye tiltak for å styrke kunnskap og kompetanse i mat- og ernæringsoppfølgingen for eldre i helse- og omsorgstjenesten:

- Kliniske ernæringsfysiologer som ressurs
- Matfaglig kompetanse og matverter
- Nasjonale kostholdsundersøkelser
- Nasjonale faglige råd om kosthold til eldre

4.1 Kliniske ernæringsfysiologer som ressurs

For å styrke ernæringskompetansen og det systematiske ernæringsarbeidet i kommunen vil regjeringen gjennomføre et modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Modellutviklingsprogrammet skal blant annet inkludere fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, kvalitetssikring av mattilbudet og ernæringsoppfølgingen, bistand i læringsnettverk, tverrfaglige team, samarbeid med matfaglig/kokkefaglig kompetanse samt bidrag i strategi- og planarbeid. Modellutviklingsprogrammet skal også vektlegge tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i kjøkken og ansatte i helse- og omsorgstjenestene for å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukernes egne ønsker og behov og nasjonale anbefalinger.

Modellene som utvikles, skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Klinisk ernæringsfysiolog kan være organisert sentralt i en kommune, gjennom interkommunalt samarbeid eller regionalt, for eksempel tilknyttet utviklings-sentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Helsedirektoratet skal samle og spre løsningene fra de kommunale prosjektene, blant annet basert på erfaringene fra tidligere modellutviklingsprogram i demensplanarbeidet.

4.2 Matfaglig kompetanse og matverter

For å bidra til å styrke den matfaglige kompetansen i sykehjem og i hjemmetjenesten vil Helsedirektoratet få i oppdrag å utrede tiltak for å styrke den matfaglige kompetansen i omsorgstjenesten generelt og tiltak for økt bruk av matverter spesielt. Dette inkluderer utredning av tiltak for å rekruttere matfaglig kompetanse i omsorgstjenesten. Videre skal Helsedirektoratet samle gode eksempler og modeller for kompetanseheving av matverter eller andre som har, eller er tiltenkt, en lignende funksjon. Det skal også vurderes hvordan kompetansehevede tiltak kan spres til andre for å stimulere til at flere sykehjem og hjemmetjenester utvikler og etablerer matvertordninger for å løfte matomsorgen på sykehjem og i hjemmetjenesten. Det bør også vurderes hvordan matvertordninger eller lignende kan støtte opp om hjemmeboende eldre som lager mat selv. Det skal vurderes om noen av disse tiltakene kan knyttes opp til eksisterende utdanningsløp.

4.3 Nasjonale kostholdsundersøkelser

Mer kunnskap om kostholdet i befolkningen, også blant de eldste eldre, vil gi et grunnlag for å målrette tiltak der det er et gap mellom anbefalinger og praksis. Folkehelseinstituttet (FHI) har ansvar for de nasjonale kostholdsundersøkelsene. Ny Norkost-undersøkelse planlegges gjennomført i perioden 2021–2022, og da økes inklusjonsalderen fra 70 til 79 år. FHI vil få i oppdrag å vurdere muligheten for at gruppen «eldre over 80 år» kan inkluderes i de kommende undersøkelsene, samt vurdere om bruk av annen metode er nødvendig. Kunnskap om kosthold hos denne gruppen vil gi et grunnlag for å avgjøre om det er behov for å gi egne tilpassede faglige kostråd til de eldste eldre, basert på næringsstoffanbefalinger og de nasjonale kostrådene.

4.4 Nasjonale faglige råd om kosthold til eldre

For å bidra til økt egenmestring og selvstendighet så lenge som mulig er det viktig at brukere og pårørende har nødvendig kunnskap om betydningen av riktig mat og ernæring. For å styrke kunnskapen om betydningen av god mat og ernæring for eldre og for å bidra til økt medvirkning og egenmestring vil Helsedirektoratet bli bedt om å vurdere å utvikle egne faglige tilpassede råd om kosthold til eldre, basert på de nasjonale kostrådene, aktuelle kostholdsundersøkelser og nasjonale næringsstoffanbefalinger.

5

Individuelt tilpasset mat- og ernæringsoppfølging

Hva som er viktig for den enkelte, skal være utgangspunktet i helse- og omsorgstjenesten, også i mat- og ernæringsarbeidet. En personsentrert tilnærming innebærer å se hele mennesket, la den enkelte få bruke sine ressurser og ivareta bredden av den enkeltes behov, inkludert fysiologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og religiøse behov for mat og måltider. Den enkeltes ønsker og behov må kartlegges og danne rammen for et godt og tilpasset mattilbud. Interesse og respekt for den enkeltes mathistorie kan bidra til økt tillit og samarbeid.³³ Regjeringen vil derfor legge til rette for at eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, får en trygg og god mat- og ernæringsoppfølging som er tilrettelagt med utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker.

Både i et samfunnsperspektiv og for den enkelte er det ønskelig at flere eldre bor lenger i eget hjem. Tilrettelegging for gode, sunne, næringsrike og tilpassede måltider, også for dem som bor hjemme, er et viktig tiltak som bidrar til at eldre holder seg friske lengst mulig.

Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn viderefører de nasjonale målene for folkehelsepolitikken. Det innebærer blant annet at Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, og tiltak på kostholdsområdet er inkludert. Regjeringens strategi mot ensomhet (Saman mot einsemd 2019–2023) ble lagt frem som del av folkehelsemeldingen. Strategien retter seg særlig mot unge og eldre i befolkningen, og for eldre viser den til tilskuddsordninger som blant annet skal bidra til forebyggende hjemmebesøk, livsglede for eldre og livsgledesertifisering og et større mangfold av møteplasser mellom generasjoner. For flere av tiltakene i strategien kan mat- og måltidsfelleskap være en naturlig del.

Hjemmeboende eldre som ikke kan lage mat selv eller har behov for annen mat- og ernæringsoppfølging, bør tilbys ulike løsninger avhengig av behov, som for eksempel bistand i matlaging, hjelp til å handle, hjemlevering av måltider, kostveiledning eller praktisk tilrettelegging i måltidssituasjoner. Det er videre et mål at eldre skal få gode mat- og måltidsopplevelser gjennom sosialt måltidsfelleskap. Sosialt samvær og god atmosfære ved måltidene kan bidra til at den eldre både spiser bedre og får dekket psykososiale behov som tilhørighet og samhold.³⁴

Gode mat og måltidsopplevelser kan oppnås gjennom større grad av medvirkning og valgfrihet, tilbud om måltidsfelleskap og hjelp til selvstendighet i måltidssituasjoner.

Valgfrihet og medvirkning er viktige verdier for fremtidens omsorgstjeneste. Innen mat og ernæring bør brukere kunne velge mat og drikke eller være med på å bestemme hva slags mat som skal lages. Ved å tilby flere alternativer øker muligheten for å finne en løsning som vil fungere for den enkelte, som vil bidra til at eldre opprettholder selvstendighet og mestring, og spiser bedre.³⁵

For eldre tjenestemottakere, både for eldre i sykehjem og for hjemmeboende, er maten og måltidsopplevelsen spesielt viktig, da den gir en opplevelse av mening og struktur i hverdagen, særlig når livs- og bosituasjonen er i endring.

Gjennom Meld. St. 18 (2018-2019) Helsenæringen oppfordres kommuner og virksomheter til å finne nye, innovative og bærekraftige løsninger, blant annet innen matprodukter og måltidsløsninger for å ivareta ønsket om mangfold og valgfrihet i mattilbudet. Økt satsing på persontilpasset mat og ulike mat- og måltidsløsninger vil kunne gi både personlige og samfunnsmessige gevinster i et forebyggende perspektiv.

For mange eldre er gode måltider en av hverdagens viktigste begivenheter, men det finnes ingen universell løsning som passer alle. Mat og måltider har ikke bare en fysiologisk funksjon, men også en viktig psykologisk, sosial og kulturell funksjon. Mat er en viktig del i mange kulturer og religioner og tilpasninger skal gjøres så lang som mulig, også når helsen svikter. Maten skal både være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Et godt spisemiljø, som for eksempel ren duk, blomster, dekketøy og hyggelig innredning av spiserommet, kan også ha betydning for hvor mye den eldre vil spise.

BOKS 5.1

Styrking av samiske mattradisjoner i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger i samiske bosetningsområder

Hovedmålet med dette prosjektet er å sikre at samiske brukere har tilgang på tradisjonell samisk mat på sykehjem og i heldøgns omsorgsboliger. Tradisjonsmat er en støtte til identiteten til brukere i en ellers litt fremmed verden, den er en noe å snakke og ha fellesskap om. Samisk tradisjonsmat oppleves som hjemlig, særlig også mat av reinsdyrblod som mange er oppvokst med og som både har mye næring og en viktig kulturbærer.

Kilde: www.minorg.no, www.utviklingscenter.no

Matomsorg handler om å ta hensyn til hva mat og måltider betyr for den enkelte. Personalets egne holdninger til mat og måltider har stor betydning for hvordan maten tilberedes, og hva som spises. Hvordan man snakker om mat, hvordan maten blir tilbudt, og hvordan rammene for måltidene er, kan i noen tilfeller være avgjørende for at maten blir spist. Spørsmålet «Hva har du lyst på?» kan bli ubehagelig dersom man mangler matlyst. Det kan i slike tilfeller være bedre å tilby små, appetittvekkende måltider for å øke matlysten

og matinntaket. Andre faktorer, som fysisk hjelp og annen tilrettelegging, som sittestilling og spiseredskaper, eller sosiale tiltak, som samspising i et hyggelig måltidsmiljø, kan være det som skal til for å øke matglede og matlyst. Å lage og spise mat sammen kan bidra til meningsfull aktivitet og kognitiv trening i tillegg til det sosiale.

BOKS 5.2

Måltidsvenner – frivillig innsats

Måltidsvenn i Horten kommune er et samarbeidsprosjekt mellom Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, hjemmetjenesten i Horten kommune og Nykirke bygdekvinneag. Siden høsten 2017 har frivillige bygdekvinner servert tradisjonell norsk hverdagsmat til eldre, enslige hjemmeboende i Horten. «Dette er et måltid vi gleder oss til hele uka», sier en av brukerne.

Kilde: www.helsebiblioteket.no

Å legge til rette for mat- og måltidsfellesskap innebærer å skape møteplasser der man spiser sammen med andre. Det kan skje i samarbeid med pårørende eller frivillige og gjerne på tvers av generasjoner. Med utvikling av god teknologi vil også digital samspising i større grad være mulig. Det utvikles digitale verktøy og andre elektroniske løsninger som skal bidra til mer brukerinvolvering og bedre ivaretagelse av det individuelle ernæringsbehovet.

BOKS 5.3

APPetitus – riktig mat hele livet: Bruk av nettbrett for å fremme matlyst hos eldre

APPetitus er en app som blant annet har som formål å fremme matlyst hos eldre. Den kan brukes av den eldre selv, pårørende og helsepersonell. Appen er et resultat av et innovasjonsprosjekt mellom Universitetet i Oslo og Oslo, Bærum, Drammen og Tvedestrand kommune. Den er lett å bruke for personer med liten digital erfaring og passer til de fleste uansett fysisk eller kognitiv funksjonsevne. APPetitus er integrert i praksis i hjemmetjenesten i Tvedestrand kommune.

Kilde: www.appetitus.no

I tillegg til satsingene over har regjeringen tatt flere grep for å bidra til at mat- og ernæringsoppfølgingen blir tilpasset den enkeltes behov og ønsker:

- Gylne Måltidsøyeblikk, på initiativ fra Landbruks- og matdepartementet, er et langsiktig arbeid med formål å motivere til matglede, helse og bedre matomsorg for eldre. Arbeidet inkluderer aktiviteter som kåringer av Norges beste institusjonsmat, gode matleveringsordninger, etablering av nettverksgrupper, kurs og inspirasjonsdager.
- I 2019 ble pilotprosjektet "Matgledekorpsset i Innlandet" og Matgledekorpsset Trøndelag opprettet som en del av Gylde Måltidsøyeblikk. I 2020 er det etablert Matgledekorps også i Rogaland, Vestfold og Telemark og Oslo og Viken. Matgledekorpsene består av personer med både mat- og helsefaglig kompetanse. De skal inspirere til økt bevissthet, forståelse og lyst til å skape mat- og måltids glede til eldre på institusjon og til de som får mat servert hjem. Matgledekorpsene bistår ansatte i helse- og omsorgstjenesten og lokalpolitikere til å se matomsorg i hele sin bredde. Dette inkluderer tema som anskaffelse av mat med ønsket kvalitet, bruk av tradisjonsråvarer og retter, matsvinn, økt brukerinvolvering og valgmuligheter samt skape møteplasser og gode rutiner for å forbedre mat- og måltidsopplevelsene for eldre. Nettsiden Matgledekorpsset.no samler og synliggjør, inspirerer og sprer kunnskap om hva som skal til for å gi mat- og måltids glede hos eldre.
- Regjeringens handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 har som hovedmål å skape et mer aktivitetsvennlig samfunn. Regelmessig fysisk aktivitet har sammen med et sunt kosthold stor betydning for helsen i alle aldre. Å være fysisk aktiv gir samtidig glede og mestring, og det handler ofte om å gjøre noe sammen med andre. Dette er viktig blant annet for balanse og for å forebygge fall og fallskader.
- Det gis tilskudd til etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestrings-tilbud i kommunene. Målgruppen for frisklivssentralene er personer som har økt risiko for sykdom, eller allerede har utviklet sykdom, og som har behov for hjelp til å endre levevaner, herunder mat og måltidsvaner. Dette gjelder også eldre og brukere av hjemmetjenester.
- Innsatsområdet Måltids glede og sunt kosthold i Nasjonal handlingsplan for et bedre kosthold (2017-2021) har tiltak som skal bidra til å fremme matglede og bedre matomsorg blant eldre. Videre er det lagt vekt på at helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige tjenester må ivareta ernæringshensyn og sørge for at de som trenger det, får god oppfølging. Handlingsplanen er besluttet forlenget til 2023.

Sammen med de pågående innsatsene som er beskrevet ovenfor, vil regjeringen iverksette følgende nye tiltak for å legge til rette for et mat- og ernæringsstilbud som er tilpasset Eldres individuelle behov og ønsker:

- Samarbeid med ulike aktører
- Frivillige og ideelle organisasjoner
- Kompetanse- og innovasjonsprosjekter

5.1 Samarbeid med ulike aktører

For å få mer kunnskap om mangfold, valgfrihet og fleksibilitet i mat- og ernæringsstilbudet vil Helsedirektoratet få i oppdrag å kartlegge hvordan kommunene kan samarbeide med ulike aktører, inkludert helsenæringen, for å møte den enkeltes mat- og ernæringsbehov. Det bør også kartlegges hvordan slikt samarbeid er i dag, og hvordan det er organisert. Det skal vurderes hvordan ulike parter kan jobbe sammen for å utvikle gode løsninger for matlevering eller matombringing, måltidsplanlegging, kompetanseheving og annet som bidrar til mer mangfold, valgfrihet og fleksibilitet i mat- og ernæringsstilbudet. Tiltaket skal også inkludere bruk av digitale verktøy og andre elektroniske løsninger. Kartleggingen må inkludere en vurdering av om tiltaket og samarbeidet kan bidra til bedre ernæringsstatus hos den enkelte. Både private og offentlige virksomheter, herunder lokale produksjonskjøkken/sentralkjøkken eller videregående skoler som underviser i matfag, vil kunne være aktuelle aktører. I vurderingen av ulike tiltak og samarbeidsformer som kan bidra til bedre ernæringsstatus, skal ulike former for opplæring, matlagingskurs eller treff for hjemmeboende inngå. Gode eksempler fra kommuner som har satt i gang slike samarbeid, skal spres til andre gjennom utvikling av Idébanken om mat til eldre og som en del av Leve hele livet-reformens støtteapparat og veiledningsmaterieell.

Tilskudd til måltidsfellesskap for hjemmeboende eldre

Tilskuddet skal bidra til at kommuner i samarbeid med restauranter tilbyr billige middager for hjemmeboende eldre som ønsker å spise sammen med andre. Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke konsekvenser av sosial isolasjon og å legge til rette for at eldre kan være del av et sosialt måltidsfellesskap. Tilskuddet skal også dekke transport for de som har behov for det. Tiltaket er i tråd med satsingene i Leve hele livet.

5.2 Frivillige og ideelle organisasjoner

For de fleste mennesker er måltidene en viktig sosial begivenhet. For å bidra til at eldre som ønsker det, skal få mulighet til å ha noen å spise sammen med, vil regjeringen innføre og videreføre relevante tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner som legger til rette for sosial aktivitet og måltidsfellesskap. Dette har også blitt ekstra aktualisert under koronapandemien, der mange eldre har opplevd isolasjon og ensomhet.

Tilskudd til spisevenner

For å bidra til gode mat- og måltidsopplevelser for eldre har regjeringen i 2021 opprettet en egen tilskuddsordning til spisevenner rettet mot frivillige og ideelle organisasjoner. Tiltaket ses i sammenheng med satsingen på «Gylne måltidsøyeblikk» og andre tiltak som skal bidra til å motvirke ensomhet blant eldre.

Tilskudd til aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet

Formålet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet og passivitet og skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Dette tilskuddet kan også gå til møteplasser for mat og måltidsfellesskap. Ordningen er rettet mot kommuner og frivillige og ideelle organisasjoner.

Tilskudd til aktivitetstilbud til langtidsboende ved sykehjem og beboere i omsorgsbolig med heldøgns bemanning.

Målet med tilskuddet er å stimulere til innovative tiltak for å opprettholde aktivitet og fellesskap, blant annet måltidsfellesskap, slik at beboere på sykehjem og i omsorgsboliger får gode opplevelser og sosial kontakt med sine nærmeste. Tilskuddet kan bidra til at kommunene kan lage gode og tilpassede aktiviteter, gjerne i samarbeid med frivillig sektor. Spisevennprosjekter, samspising eller andre gode eksempler som legger til rette for måltidsfellesskap, skal gjøres kjent gjennom utvikling av Idébanken om mat til eldre og som en del av Leve hele livet-reformens støtteapparat og veiledningsmateriell.

BOKS 5.4

Matomsorgsprisen til Granly Stiftelse

Matomsorgsprisen fanger opp aktører, både enkeltpersoner eller grupper, som gjør en ekstra innsats for god matomsorg i institusjoner eller kantiner. I 2020 gikk prisen til kjøkkenet på Granly Stiftelse på Kapp som tilbyr tjenester innen helse, omsorg, bolig og dagaktivitet for voksne personer med utviklingshemming.

Kilde: www.delta.no

5.3 Kompetanse- og innovasjonsprosjekter

For å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester er det etablert et kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Formålet med ordningen er å gi støtte til kompetanseheving og innovasjonstiltak og omfatter også kompetanse- og innovasjonsprosjekter for mat- og måltidsfellesskap. Innovative tiltak knyttet til sosiale måltidsarenaer eller andre tiltak som bidrar til matglede, appetitt, gode måltidsopplevelser og selvstendighet i måltidssituasjoner for hjemmeboende, kan bidra til at flere eldre spiser bedre og kan bo hjemme lenger.

BOKS 5.5

Forskningsprosjektet «Matlyst»

Forskningsprosjektet Matlyst skal bidra til å utvikle gode, sunne og bærekraftige måltider basert på norske råvarer for hjemmeboende eldre. Prosjektet er finansiert med forskningsmidler fra Forskningsrådets program Bionær.

Kilde: www.matlyst.org

6

Administrative og økonomiske konsekvenser

En systematisk, målrettet innsats for å forebygge underernæring vil i seg selv være kostnadsbesparende.^{36, 37} En bedre oppfølging av ernæring hos eldre i kommunene kan bidra til å forebygge underernæring, sykdom som følge av underernæring, ytterligere funksjonsfall og innleggelse i sykehjem eller sykehus.

Helsedirektoratet har, på bakgrunn av tall fra Universitetet i Oslo, anslått at årlige besparelser knyttet til målrettet forebygging og behandling av underernæring bare i spesialisthelsetjenesten vil være rundt 800 millioner kroner per år. Målrettet ernæringsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten anslås å gi en enda større helseøkonomisk gevinst. Tall fra Danmark anslår at en forebyggende, målrettet innsats mot underernæring vil gi om lag 1,5 milliarder danske kroner i årlig kostnadsbesparelse i helse- og omsorgstjenesten.

Strategien inneholder forslag om nærmere utredninger og konkrete tiltak på både kort og lang sikt. Utredningsoppdragene skal utføres innenfor årlige tildelte rammer i perioden 2021–2023. Finansering av nye tiltak er ivaretatt gjennom Prop. 1 S (2020–2021). Utredningsoppdragene skal utføres innenfor gjeldende budsjettammer.

Det er bevilget midler til et gjennomføringsapparat for Leve hele livet. De regionale støtteapparatene ved statsforvalter, KS og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester skal støtte og bistå kommuner og fylkeskommuner i praktisk omstillings- og implementeringsarbeid. Støtteapparatet gir tilbud om dialogmøter og nettverk for erfaringsdeling med og gjensidig faglig støtte og bistand fra andre kommuner. I tillegg utarbeides det veiledningsmaterieill for kommunene i arbeidet med å analysere egne behov og utfordringer og lage planer for hvordan løsningene i Leve hele livet kan iverksettes lokalt.

Støtteapparatet vil ha en rolle i å bidra til at denne strategien blir kjent og iverksatt. Denne strategien kan brukes som et grunnlag for kommunene til å utvikle egne tilpassede ernæringsstrategier som en del av det øvrige planarbeidet i kommunene i forbindelse med gjennomføring av Leve hele livet. Kommuner som politisk vedtar planer for gjennomføring av reformen, vil bli prioritert i en rekke relevante tilskuddsordninger.

Det er anslått at årlige besparelser knyttet til målrettet forebygging og behandling av underernæring bare i spesialisthelsetjenesten vil være rundt 800 millioner kroner per år. Målrettet ernæringsarbeid i den kommunale helse og omsorgstjenesten anslås å gi en enda større helseøkonomisk gevinst.

Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Befolkningen i Norge. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Oslo, Folkehelseinstituttet.
2. Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. <https://www.ssb.no/pleie> Lest 20.10.2020.
3. Kvamme J-M. Body mass index and risk of malnutrition in community-living elderly men and women: relationships with morbidity, mortality and health-related quality of life. The Tromsø and HUNT studies. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2011. <https://hdl.handle.net/10037/18259>
4. Helsedirektoratet. Kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester> Lest 20.10.2020.
5. Devik SA, Olsen RM. Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap. Oslo: Omsorgsbiblioteket, 2018.
6. Volkert D et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition 38, 2019; 10-47
7. Eide HK. Nutritional risk and care in elderly hospitalized patients. A mixed methods research approach. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2015. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-51715>.
8. Helsedirektoratet. Kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester> Lest 20.10.2020.
9. Helsetilsynet. Forebygging og behandling av underernæring. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsomrader/eldretilsynssatsing/forebygging-og-behandling-av-underernaring/> Lest 20.10.2020.
10. Dokument 3:5 (2018–2019). Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2018-2019/dok3-201819/dok3-201819-005/?lvl=0> Lest 20.10.2020.
11. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2018-2019/dok3-201819/dok3-201819-005/?lvl=0> Lest 20.10.2020.
12. Førland O, Rostad HM. Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 4/2019. Gjøvik/Bergen: Senter for omsorgsforskning, 2019. <http://hdl.handle.net/11250/2624074>
13. Aagaard H, Grøndahl VA. Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning 2017; 12 (61219): e-61219. <https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien> Lest 20.10.2020.
14. Helsedirektoratet. Ernæring i helse- og omsorgstjenesten – Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak. Rapport IS-2591. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
15. Folkehelseinstituttet. Midtveisevaluering av Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020. <https://www.fhi.no/publ/2020/midtveisevaluering-av-nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-2017-2021/>
16. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS 1580. 2009. Sist endret april 2013. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaring> Lest 20.10.2020.
17. Gautun H, Syse A. Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. Nordic Journal of Social Research 2017; 8: 58.
18. Håkonsen SJ, Pedersen PU, Bygholm A mfl. Lack of focus on nutrition and documentation in nursing homes, home care- and home nursing: the self-perceived views of the primary care workforce. BMC health services research 2019; 19: 642.
19. Halvorsen K, Eide HK, Sortland K mfl. Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. BMC Nursing 2016; 15: 70.
20. Aagard H, Grøndahl VA. Mat og måltider i sykehjem 2. Oppdragsrapport 2015:1. Halden: Høgskolen i Østfold, 2015. <https://hiob.brage.unit.no/hiob-xmlui/handle/11250/278769>
21. Bøhn BH, Medbøen IT, Langballe EM mfl. Leve hele livet. Delrapport 1. Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Sem: Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste, 2017.
22. Trangsrud K. Ernæring i sykehjem – evaluering av pilotprosjekt. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, 2012. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28632/Master-Trangsrud.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

23. Nasjonalt råd for ernæring. Sykdomsrelatert underernæring: Utfordringer, muligheter og anbefalinger. Rapport IS-0611. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring, 2017.
24. Aagard H, Grøndahl VA. Mat og måltider i sykehjem 2. Oppdragsrapport 2015:1. Halden: Høgskolen i Østfold, 2015.
<https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/handle/11250/278769>
25. Helsedirektoratet. Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten. 1.3. Fordeling av ansvar og oppgaver for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/forde-ling-av-ansvar-og-oppgaver-for-ernaeringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten>. Lest 20.10.2020
26. Abelsen B, Gaski M, Godanger G mfl. Evaluering av pilotprosjekt med primærhelse-team og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II. Oslo/Tromsø: Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet og Oslo Economics, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt>
27. Oslo universitetssykehus. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU). Ernæringsstrategier. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-sykdomsrelatert-underernering-nksu#ernaeringsstrategier>. Lest 20.10.2020.
28. Helsedirektoratet. Kosthåndboken - veileder i ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Rapport IS-1972. Oslo: Helsedirektoratet, 2012 (rev. 2016).
29. Helsedirektoratet. Ernæring i helse- og omsorgstjenesten – Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak. Kunnskapsgrunnlag for Ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
30. Fagforbundet, Pensjonistforbundet. Mat i eldreomsorgen. Om kjøkkendrift og ernæring. Oslo: Fagforbundet, 2019. <https://www.fagforbundet.no/nyheter/a/10324/les-deg-opp-om-kjokkendrift-og-ernaering-i-eldreomsorgen/>
31. Fagligt Udvalg for Ernæringsassistentuddannelsen. Ernæringsassistentuddannelsen. <https://www.ernaerings-assistent.dk/ernaeringsassistentuddannelsen/ernaerings-assistent>. Lest 20.10.2020.
32. Oslo universitetssykehus. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring (NKSU). <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-sykdomsrelatert-underernering-nksu>. Lest 20.10.2020.
33. Aakervik G. Mat og måltider: i hjemmebaserte tjenester og i eldreomsorg. Oslo: Pensumtjeneste, 2010.
34. Brodtkorb K. Ernæring, mat og måltider. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten, 2. utg. Oslo: Gyldendal, 2014.
35. Livsmedelsverket. Bra måltider i äldreomsorgen. Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden. Uppsala: Livsmedelsverket, 2019. https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyler/broschyr_maltider_aldreomsorg.pdf.
36. Riley K, Sulo S, Dabbous F mfl. Reducing hospitalizations and costs: a home health nutrition-focused quality improvement program. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2020; 44 (1): 58-68.
37. Schuetz P, Fehr R, Baechli V mfl. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. The Lancet 2019; 393 (10188): 2312–2321. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32776-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32776-4/fulltext)

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1204 B
Illustrasjoner, design og ombrekking: Konsis Grafisk as, Anne Leela
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
04/2021 – opplag 500