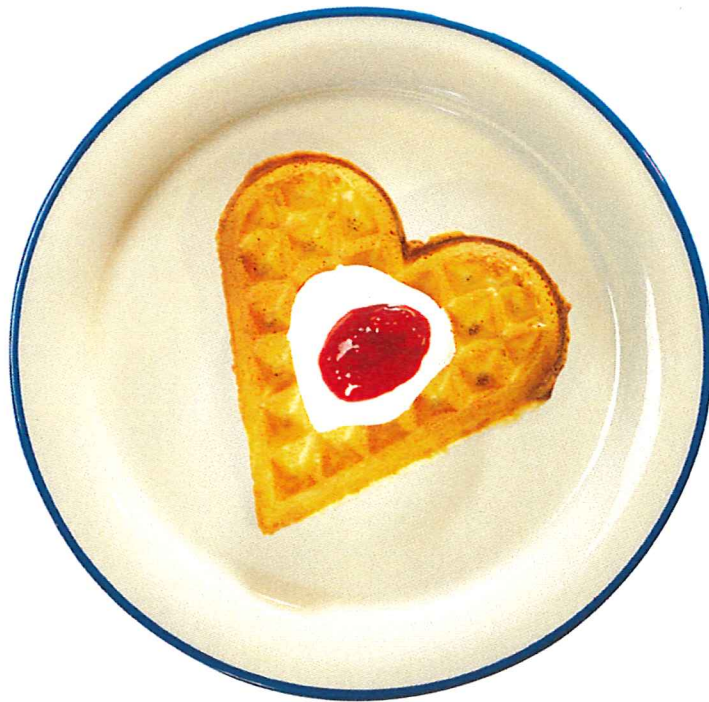




Oslo kommune

# Mat styrker og gleder

Overordnet strategi for ernæringsarbeid i  
helse- og omsorgstjenester i hjemmet  
2018-2022



# Innhold

## Forord

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>2</b>
	1.1 Ernæringsarbeid og overordnet strategi	
	1.2 Målgrupper	
	1.3 Samspill med andre dokumenter	
	1.4 Hvordan overordnet strategi ble utarbeidet	
<b>2</b>	<b>Verdier i ernæringsarbeidet .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Oppfølging av overordnet strategi.....</b>	<b>8</b>

**Vedlegg** Kunnskapsgrunnlaget til overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet – Oslo kommune 2018-2022

## Referanser

## Forord

Mat og drikke følger oss gjennom alle livets dager. Kostholdet blir en del av identiteten og livshistorien vår. Måltidene gir energi og næring som skal dekke grunnleggende behov. Samtidig betyr måltidene så mye mer i hverdagen enn påfyll av næringsstoffer. Maten stimulerer sansene, og kan vekke minner. Måltidet forbindes med fellesskap. En invitasjon til et måltid kan oppleves som å bli sett, et tegn på vennlighet og omsorg.

Sykdom og andre endringer i livet kan få følger for kostholdet. Ofte svekker det helsa ytterligere. Da gjelder det å finne løsninger som fremmer matlyst og styrker egenmestring i aktiviteter som matinnkjøp og tilberedning av måltider.

«Hva er viktig for deg?» er nøkkelspørsmålet i møtet mellom medarbeidere og innbyggere som trenger hjelp med mat og måltider. Ernæringsarbeidet skal skje med respekt for det enkelte mennesket. For å kunne svare på spørsmålet, må vi lytte og tilpasse oss det livet og den hverdagen hver og en lever. Da gjør vi innbyggeren til sjef i eget liv.

At mat styrker og gleder skal være ledetråden i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten i Oslo. Denne strategien gir retning for lokale og sentrale tiltak, slik at innbyggerne i hele byen får et likeverdig tilbud når de har behov for ernæringsoppfølging.

Byrådets ernæringsarbeid er forankret blant annet i «Plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg», «Handlingsplan for en aldersvennlig by» og «Folkehelseplan for Oslo».

Takk til innbyggere og medarbeidere som har delt kunnskap og erfaringer, og gitt innspill til den overordnede strategien.

Lykke til videre i arbeidet for matglede og gode måltider!

Oslo, juni 2018



Tone Tellevik Dahl  
byråd for eldre, helse og arbeid

# Mat styrker og gleder

## Overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet – Oslo kommune 2018-2022

### Overordnet mål:

Mat, måltider og ernæringsoppfølging i helse- og omsorgstjenester i hjemmet er et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn, alder, geografi, sosioøkonomisk status, kulturell bakgrunn, funksjonsevne, religion og livssyn.

**Motto:** «Mat styrker og gleder»

### Satsingsområder:

1. Mat og måltider
2. Systematisk ernæringsarbeid
3. Kompetanse i ernæring
4. Tverrfaglig samarbeid om ernæringsoppfølging

## 1 Innledning

Mat og drikke gir grunnlag for helse, opplevelse av livskvalitet og evnen til å utføre aktiviteter i hverdagen. Sykdom og andre endringer i livssituasjonen kan føre til avhengighet av andre, også for å få dekket behovet for mat og drikke. God kvalitet i helse- og omsorgstjenesten i hjemmet forutsetter at ernæringsarbeid vektlegges og skjer i samspill med innbyggere som mottar tjenesten. I Kommunaldirektørens sak 35/2016 fikk Helseetaten i oppdrag å utarbeide en overordnet strategi for ernæringsarbeid i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene basert på erfaring med gjennomførte prosjekter i hjemmetjenesten og boliger for personer med utviklingshemming, og relevant kunnskap. Den overordnede strategien bygger på kunnskap fra medarbeidere og innbyggere, fagartikler og offentlige dokumenter.

### 1.1 Ernæringsarbeid og overordnet strategi

Den overordnede strategien er utarbeidet for å styrke ernæringsarbeidet til Oslos innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet (brukere). Ernæringsarbeid består av et stort antall enkeltoppgaver som utføres av mange forskjellige personer hver dag.

**Eksempler på ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet:**

- Dialog og samarbeid med brukere og pårørende
- Vurdering av ernæringsstatus, spisefunksjon og måltidssituasjon
- Kartlegging av matvaner og måltider
- Identifisering av personer med behov for ernæringsoppfølging og iverksetting av tiltak
- Tilrettelegging for et godt mattilbud og trivelige måltider ut i fra helsetilstand og funksjonsevne
- Skape matglede og fremme matlyst
- Praktisk hjelp for planlegging, innkjøp og matlaging
- Samarbeid med andre instanser og faggrupper (for eksempel dagtilbud)

Overordnet strategi for ernæringsarbeid er et styringsdokument med mål og strategier som gir retning for lokale og sentrale tiltak i kommunen. Dokumentet skal være et verktøy for blant annet planlegging, tjenesteutvikling og praksis. Mange tema og samarbeidspartnere berøres av strategien. Tverrfaglig ernæringsarbeid og felles forståelse er viktig, og strategien viser til områder som bør videreutvikles for å sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Utvikling og vedlikehold av god ernæringspraksis er en tidkrevende prosess. Overordnet strategi gjelder for perioden 2018-2022, og eventuell videreføring vurderes deretter.

## 1.2 Målgrupper

Overordnet strategi er en veiviser for helse- og omsorgstjenester i hjemmet, for eksempel i hjemmetjenesten og boliger for personer med utviklingshemming, og med målgruppene:

- ledere
- tjenesteansvarlige og primærkontakter
- fag- og utviklingsansvarlige og fagsystemansvarlige
- øvrige medarbeidere

I tillegg kan den overordnede strategien være utgangspunkt for dialog om god ernæringspraksis med brukere, pårørende og frivillige.

Strategien kan også være av interesse for:

- seniorsentrene
- seniorveiledertjenesten
- habiliterings- og rehabiliteringstjenesten
- sykehjemmene, helsehusene, Omsorg+ og dagsentrene
- tannhelsetjenesten
- tjenestene innen rus og psykisk helse
- bydelsoverlegene og fastlegene
- Oslopsykehusene

## 1.3 Samspill med andre dokumenter

Overordnet strategi for ernæringsarbeid samspiller med nasjonale dokumenter og dokumenter i Oslo kommune, blant annet:

#### *Nasjonale dokumenter:*

- Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2016
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet 2009
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme, Helsedirektoratet 2011
- Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021, Departementene

#### *Dokumenter Oslo kommune:*

- Folkehelseplan for Oslo 2017-2021, Oslo kommune
- Forsknings- og utviklingsstrategi for EHS-sektoren 2017-2019, Oslo kommune
- Handlingsplan for en aldersvennlig by, Oslo kommune 2017
- Handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse 2017-2020, Oslo kommune
- Overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene 2017-2021, Oslo kommune
- Plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg, Oslo kommune 2017
- Seniorsmelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo, Oslo kommune 2014

### **1.4 Hvordan overordnet strategi ble utarbeidet**

Overordnet strategi for ernæringsarbeid er utarbeidet på bakgrunn av erfaringer fra lokale prosjekter og bydelsovergripende prosjekter i satsingen «Løft for bedre ernæring» i perioden 2013-2017. I alle prosjektene har erfaringer fra medarbeidere, brukere og pårørende vært del av utviklingsarbeidet.

Annen erfaring med kompetanseheving og utviklingsarbeid for god ernæringspraksis i Oslo kommune inngår også. Videre er kunnskapsgrunnlaget hentet fra aktuelle nasjonale dokumenter, inkludert «Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021». I tillegg inngår erfaringer fra brukerundersøkelser, tilsyn og samarbeid med tjenestene i kunnskapsgrunnlaget. Det har vært workshop med prosjektledere fra lokale ernæringsprosjekter for å fange opp om strategien treffer erfaringer fra prosjektene. Ledere og medarbeidere i boliger for voksne med utviklingshemming er spurt om hvilke behov tjenestene har for å jobbe systematisk med ernæring. Kliniske ernæringsfysiologer med erfaring fra arbeid i Sykehjemsetaten, hjemmetjenesten, boliger for personer med utviklingshemming og prosjekt om pasientforløpet fra sykehus til bydel har deltatt i workshop.

Gjennom samtaler med brukere av hjemmetjenester eller seniorsenter er spørsmålet «Hva er viktig for deg?» blitt belyst. Videre har det vært workshop ved et seniorsenter for å få synspunkter på forslag til strategier. Det er innhentet erfaringer fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Bydel Sagene om deres erfaringer med en samarbeidsmodell om klinisk ernæringsfysiolog. Senter for fagutvikling og forskning og medarbeidere med ulike fagbakgrunner i Helseetaten har kommet med synspunkter.

## 2 Verdier i ernæringsarbeidet

Det er en menneskerettighet å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Kosthold er en del av identitet, livshistorie og fellesskap. Måltidene kan for mange være dagens høydepunkt. Samtidig skaper måltidene døgnrytme, og gir årstidsvariasjon. Innkjøp og tilberedning av mat er eksempler på meningsfulle aktiviteter. Det å tilby eller få tilbud om noe å spise, er en måte å vise respekt og vennlighet på, og et tegn på å se og bli sett.

Innbyggerne i Oslo representerer mattradisjoner fra hele landet og alle verdensdeler. Kunnskap om matvaner i ulike land og kjennskap til religiøse og kulturelle kosthensyn er nødvendig for å kunne tilrettelegge kostholdet på en god måte for alle. De som mottar helse- og omsorgstjenester er unike mennesker, også når det gjelder matønsker og ernæringsbehov. Personer som har utfordringer med mat og måltider, er ofte avhengige av andre for å få dekket sitt grunnleggende behov. Hverdagsmestring for å styrke selvstendighet er derfor en viktig innsats.

Stor bevissthet om verdier i ernæringsarbeidet er nødvendig for ledere og medarbeidere, og bør stå sentralt i dialogen med brukere og deres pårørende. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er et godt utgangspunkt for all ernæringsoppfølging. Oslo kommunes nettsider som skal støtte hjemmetjenestens kompetanseheving i ernæring heter «Trå lekkert». Tittelen gir et signal om hvordan medarbeidere skal gå fram i det praktiske ernæringsarbeidet i møte med brukere, pårørende og kolleger. Forslag til en verdiplakat i ernæringsarbeidet inngår som del av nettsiden.

Ernæringsarbeidet skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer og være kunnskapsbasert gjennom forskning, erfaring og medvirkning. Innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Verdigrunlaget til Oslo kommune, brukerorientering, respekt, engasjement og redelighet, skal gjenspeiles i måten ernæringsarbeidet utføres.

## 3 Overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet

### **Overordnet mål:**

Mat, måltider og ernæringsoppfølging i helse- og omsorgstjenester i hjemmet er et likeverdig tilbud uavhengig av kjønn, alder, geografi, sosioøkonomisk status, kulturell bakgrunn, funksjonsevne, religion og livssyn.

**Motto:** «Mat styrker og gleder»

### **Satsingsområder:**

1. Mat og måltider
2. Systematisk ernæringsarbeid
3. Kompetanse i ernæring
4. Tverrfaglig samarbeid om ernæringsoppfølging

## Satsingsområde 1: Mat og måltider

### Delmål:

- Bydelene har likeverdige tilbud til innbyggere med behov for mat- og måltidsordninger.
- Innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og deres pårørende opplever at tilbudet om mat og måltider fremmer helse, trivsel og mestring.

### Strategier:

1. Informasjon om bydelens mat- og måltidstilbud fra helse- og omsorgstjenesten skal være lett tilgjengelig for innbyggerne.
2. Dialog og samarbeid med brukere og pårørende om mat og måltider skal innlede og være del av oppfølging.
3. Måltidsfellesskap skal tilbys brukere som har behov for noen å spise sammen med.
4. Bydelene skal alle ukens dager ha ordninger med mat og måltider som sikrer medvirkning, variasjon, mattradisjoner og spesielle ernæringsbehov i tråd med nasjonale retningslinjer og veiledere.
5. Brukere som har kognitiv svikt, demens, utviklingshemming eller på andre måter er ekstra utsatt for ernæringsutfordringer, skal få tett og individualisert oppfølging av mat og måltider.
6. Bydeler og etater skal samarbeide med forsknings- og utviklingsmiljø, innbyggere som mottar tjenester, pårørende og frivillige om gode løsninger i mat- og måltidstilbudet.
7. Bydeler og etater skal søke om midler for å videreutvikle ordninger for mat og måltider.

## Satsingsområde 2: Systematisk ernæringsarbeid

### Delmål:

- Bydelene følger nasjonale retningslinjer for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet.
- Innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og deres pårørende opplever at ernæringsoppfølgingen er målrettet.

### Strategier:

1. Skriftlige prosedyrer for ernæringsarbeid skal foreligge med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer, oppdatert kunnskap og erfaringer fra praksis.
2. Ansvar, roller og samarbeidsformer i ernæringsarbeidet skal være avklart.
3. Ledere skal styrkes i rollen som ansvarlig for god ernæringspraksis, og aktivt innhente gode eksempler og forslag til bedre praksis i ernæringsarbeidet.
4. Dokumentasjon av ernæringsarbeid i elektronisk pasientjournal skal forbedres slik at registreringen standardiseres med tanke på individuell oppfølging og oversiktsarbeid.
5. Ordninger med lokale ernæringsfyrtårn og ernæringsgrupper skal utvikles for å støtte opp om det systematiske ernæringsarbeidet i bydelen.
6. Tall fra IPLOS, resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser, revisjon og andre styringsdata skal brukes aktivt for å implementere og videreutvikle en god ernæringspraksis.
7. Bydeler og etater skal søke om midler for å videreutvikle og forbedre det systematiske ernæringsarbeidet, for eksempel gjennom digitale verktøy.



### Satsingsområde 3: Kompetanse i ernæring

#### Delmål:

- Bydelene har ordninger som sikrer at medarbeiderne har kompetanse for å utøve god ernæringspraksis i tjenestene.
- Innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og deres pårørende opplever at tjenesten har kompetanse i ernæringsoppfølging.

#### Strategier:

1. Nasjonale retningslinjer og veiledere for ernæringsarbeid skal være kjent av ledere og medarbeidere, og ligge til grunn for kvalitetssikring av kompetansehevende tiltak i tjenesten, inkludert opplæring av nyansatte og ekstravakter.
2. Ledere og medarbeidere skal dele erfaringer på tvers av bydelene for å utvikle ernæringsarbeidet ved eget arbeidssted.
3. Bydelen skal sikre at klinisk ernæringsfysiolog er del av bydelens helse- og omsorgstjenester i hjemmet, for eksempel ved å opprette stillinger eller inngå avtale med sykehusene.
4. Læringsformer som bidrar til egenmestring og gir beslutningsstøtte skal tas i bruk for å veilede brukere, pårørende og frivillige i ernæring og helse.
5. Studenter ved universiteter og høyskoler skal inviteres til å ta master- og doktorgrader for å finne gode løsninger i ernæringsarbeidet sammen med innbyggere, frivillige og tjenestene.

### Satsingsområde 4: Tverrfaglig samarbeid om ernæringsoppfølging

#### Delmål:

- Bydelene sikrer tverrfaglig samarbeid om ernæringsoppfølgingen i hjemmet.
- Innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og deres pårørende opplever at medarbeiderne og tjenestene samarbeider om ernæringsoppfølgingen.

#### Strategier:

1. Innbyggere som mottar tjenester og deres pårørende skal aktivt trekkes inn når individuell ernæringsplan utarbeides.
2. Kompetanseheving, erfaringsdeling og utviklingsarbeid innen ernæring skal skje på tvers av yrkes- og faggrupper, og klinisk ernæringsfysiolog skal inngå i bydelens tverrfaglige team.
3. Prosedyrer for samhandling om ernæringsoppfølging mellom fastlegen og hjemmetjenesten og boliger for personer med utviklingshemming skal utvikles og implementeres.
4. Ernæringsinformasjon skal overføres fra en tjeneste til en annen når omsorgsnivå endres.
5. Ernæring skal inngå som tema på samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten.
6. Bydeler og etater skal søke om midler for å videreutvikle og forbedre samarbeidet om ernæringsoppfølgingen.
7. Ernæring skal være tema i tjenesteutviklingen i helse- og omsorgssektoren.

## 4 Oppfølging av overordnet strategi

Bydelene og Helseetaten skal følge opp overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet. En viktig samarbeidspartner er Sykehjemsetaten med Senter for fagutvikling og forskning inkludert Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Helseetaten har ansvaret for å koordinere oppfølgingen og ta initiativ til bydelsovergrepene tiltak for kompetanse- og tjenesteutvikling innen ernæring. Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid vurderer om det i styringsdialogen med bydelene og etatene er hensiktsmessig å trekke fram spesielle tema fra overordnet strategi for oppfølging.

### Tiltak

Nye og allerede pågående innsatser i ernæringsarbeidet sees i sammenheng med strategiene og de fire satsingsområdene. Tiltak for å forbedre og videreutvikle ernæringsarbeid bør inngå i handlingsplaner, lokale kompetanseplaner og utviklingsprosjekter.

### Oversiktsarbeid

Indikatorer for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester, hentet fra helseregisteret IPLOS, publiseres årlig av Direktoratet for e-helse på Helsenorge.no. Dette gir mulighet for diskusjon av resultater opp mot praksis i Oslo kommune, og ytterligere fokus på systematisk ernæringsarbeid. Videre er indikatorene for ernæringsarbeid i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» aktuelle å utprøve lokalt i hjemmetjenesten for å vurdere nytteverdi. Kommunens brukerundersøkelser bør videreutvikles slik at de fanger opp innbyggernes synspunkter på helse- og omsorgstjenestens arbeid med mat, måltider og ernæring i hjemmet. Ernæring bør fortsatt være tema ved kvalitetsrevisjoner med utgangspunkt i tema fra overordnet strategi for ernæringsarbeid. Det bør vurderes hvordan ernæringsarbeid som registreres i elektronisk pasientjournalssystem (Geric) bør oppsummeres for å kunne diskutere praksis og forbedringsområder. Det bør undersøkes nærmere hvordan ernæringsarbeid i boliger for voksne med utviklingshemming kan inngå i lignende oversiktsarbeid som for hjemmetjenesten.

### Kompetanse

Innbyggernes behov er førende for hva slags kompetanse i ernæring som tjenestene trenger. I følge «Overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene» skal medarbeiderne i det daglige fange opp innbyggernes behov og formidle disse videre internt i tjenesten, til kommunens kompetansesentre og i ulike samhandlingsfora. Målgruppe, mål og innholdet i basisopplæringen i ernæring for medarbeiderne bør defineres, og eventuelt standardiseres for kommunen. Tjenestene bør evaluere årlig om målrettede tiltak for økt ernæringskompetanse har gitt ønskede resultater, og identifisere endrede kompetansebehov i tråd med kommunens overordnede strategiske kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene.

Bydelsovergrepene fagnettverk for ernæringsarbeid i hjemmetjenesten og boliger for personer med utviklingshemming bør opprettes som ledd i kompetanse- og tjenesteutvikling. For å styrke samhandling og kunnskapsoverføring innen ernæring bør det etableres en møteplass for kliniske ernæringsfysiologer ved Oslo sykehusene og i kommunen med forankring i Samarbeidsutvalget for Hovedstadsområdet. Innhenting av innbyggernes erfaringer med mattilbud, evaluering av ernæringsarbeid, utvikling av pedagogiske opplegg for kompetanseheving og forskning på effekt av spesielle ernærings tiltak er eksempler på tema for oppfølgingsarbeid som kan gjennomføres i samarbeid med forsknings- og utviklingsmiljø, inkludert Oslo sykehusene.

## Vedlegg

### Kunnskapsgrunnlaget til overordnet strategi for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i hjemmet – Oslo kommune 2018-2022

Ernæring gir grunnlag for helse, opplevelse av livskvalitet og evnen til å utføre aktiviteter i hverdagen (1). Det er en menneskerettighet å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke.

#### Ernæringsutfordringer

Mange mottakere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet er utsatt for underernæring, feilernæring, overvekt eller fedme (2). Forebygging av disse tilstandene må sees som en naturlig del av helse- og omsorgsarbeidet. Sykdom kan skape behov for tilrettelegging av mat og måltider. «Nasjonalt handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021» nevner eldre og personer med utviklingshemming som spesielt sårbare for ernæringsrelaterte problemer (2).

Eldre innbyggere som bor alene, er lite aktive eller har kronisk sykdom kan ha dårlig matlyst og et ensidig kosthold på grunn av livssituasjonen. Ensomhet beskrives som et stort problem i «Folkehelseplan for Oslo 2017-2020», og skal bekjempes ved tiltak som legger til rette for sosialt fellesskap (3). I «Nasjonalt handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021» understrekes det at mat og måltider bør brukes mer bevisst som selvstendige tiltak for å bidra til en aktiv og meningsfull tilværelse og for å forebygge ensomhet (2).

*Jeg synes det er litt vanskelig når jeg ikke har samme ork som før. Det er ikke det samme å lage mat til seg selv. Det var noe annet da vi var en familie.*  
(Kvinne som mottar hjemmetjenester)

Kroppslige endringer, som for eksempel tygge- og svelgevansker og dårlig tannstatus, kan påvirke matinntak, matlyst og ernæringsstatus (1,2). Personer med demens, funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming, rusmiddelavhengighet og kroniske lidelser som kreft, hjerte-, kar- og lungesykdom er utsatt for underernæring (1,4). «Oslohelsa» trekker fram underernæring blant eldre som et stort og underkjent problem i norske helseinstitusjoner (5). Blant eldre som ikke er tilknyttet en helseinstitusjon er omfanget mindre kjent. En studie gjennomført i Oslo, avdekket at omkring halvparten av den undersøkte gruppen av hjemmeboende eldre med kognitiv svikt og demenssykdom var underernært eller i risiko for underernæring (6).

Underernæring reduserer motstand mot infeksjoner, svekker fysisk og psykisk helse, gir redusert livskvalitet og økt dødelighet (7). Tilstanden skaper ofte en ond sirkel med en større sårbarhet for sykdom og ytterlige tap av appetitt, og dermed større vekttap. Dårlig ernæringsstatus hos eldre kan føre til slapphet, tiltaksløshet, fallulykker og kognitiv svikt (2).

Mange diagnoser som medfører utviklingshemming kan påvirke spisefunksjon, motorikk og fysisk aktivitet, som igjen kan ha følger for matinntak og energibehov. Videre påvirkes matinntak, måltider og menyplanlegging av tilstander som innebærer lærevansker, atferdsproblemer eller kognitiv svikt. «NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» viser til at mange personer med utviklingshemming har livsstilsrelaterte sykdommer, og refererer til nasjonale og internasjonale studier som dokumenterer økt forekomst av overvekt og fedme (8). Nasjonale retningslinjer trekker fram behovet for kommunale lavterskeltilbud og styrket primærhelsetjeneste som sentrale tiltak for å forebygge og behandle overvekt og fedme (9).

I tråd med Samhandlingsreformen skal flere innbyggere behandles nærmere hjemmet, og kommunen vil derfor ta imot pasienter med store og sammensatte behov (10). Rett mat til rett person til rett tid krever kompetanse, tydelig ansvarsfordeling og samarbeid, også mellom flere nivå. Norske undersøkelser viser at ernæring i liten grad inkluderes i elektronisk kommunikasjon mellom omsorgsnivåene, og følgelig kan vesentlig informasjon gå tapt og resultere i at ernæringsbehandling ikke følges opp (11-13). «Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov» trekker fram utvikling og utveksling av kompetanse mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som et sentralt i dialogen (14).

### **God ernæringspraksis**

Innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (15).

Virksomheter som yter helsetjenester er pålagt systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenesten. Kommunene skal sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av kvalitetssystemet (7). «Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» beskriver at god ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak, samt oppfølging og evaluering (1).

Grunnleggende forutsetninger for god ernæringspraksis er tydelig ledelsesforankring, tilstrekkelig ernæringskompetanse, definerte ansvarsforhold, og samhandling og videreføring av dokumentasjon (4). Ledelsen har et overordnet ansvar for å legge forholdene til rette slik at et forsvarlig kosthold sikres, og sørge for at virksomheten har rutiner for ernæringsarbeidet (1). Kvalitetssikring av mattilbudet og oppfølging av ernæringstilstand krever klar ansvarsfordeling. Fagpersonene som er involvert i det tverrfaglige samarbeidet om ernæring, skal gjennom kompetanse og samarbeid sørge for helsefremmende mat og måltider. «Overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene 2017-2021» framhever betydningen av at medarbeiderne fanger opp innbyggernes behov, og formidler behovene videre (16). Dette gjelder også i ernæringsarbeidet. Samtidig kan behov for veiledning og kompetanseheving for innbyggere, pårørende og medarbeidere bli avdekket. Stor grad av bruker- og pårørendemedvirkning har betydning for å sikre god matomsorg (2).

Alle mottakere av helse- og omsorgstjenester skal vurderes for ernæringsmessig risiko (7). I Oslo kommune brukes skjemaet Mini Nutritional Assessment (MNA) for å vurdere ernæringsmessig risiko hos eldre brukere av hjemmetjenester. Fra 2016 tilbyr det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» en tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (17). Hjemmetjenesten i Bydel Frogner prøver ut tiltakspakken fra 2017. I boliger for voksne med utviklingshemming i Oslo kommune anbefales det å veie beboere regelmessig og beregne kroppsmasseindeks, i tillegg til å observere kosthold og livsstil som kan ha betydning for ernæringsstatus.

### **Kompetanse i ernæring**

Kommunen må i større grad enn før yte tjenester til innbyggere som er særlig sårbare for ernæringsrelaterte utfordringer (4). I «Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov» angis det at en tverrfaglig ressursgruppe bør sørge for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet i tjenestene (14).

Tilstrekkelig ernæringsfaglig kompetanse er grunnleggende for å lykkes med ernæringsarbeidet, og kan være helt nødvendig for å ivareta mange brukergrupper (4,18). Kliniske ernæringsfysiologer er viktige bidragsytere i tverrfaglige team, opplæring av innbyggere og pårørende som del av ernæringsbehandlingen, og som ressurs for annet helsepersonell (2,19). I primærhelsemeldingen trekkes kliniske ernæringsfysiologer fram som viktige for å oppnå målene om å redusere forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, underernæring samt andre ernæringsrelaterte sykdommer (19). I tillegg kan yrkesgruppen være med å kvalitetssikre ernæringsarbeid (4).

I Oslo kommune skal både hjemmetjenesten og boliger for voksne med utviklingshemming i benytte «Behovsstyrt bemanning» som kompetansestyringssystem (20). Funksjonen «tjenesteansvarlig» har ansvar for å vurdere brukerens behov ved direkte tjenesteyting og sørge for at tjenestene er i henhold til lovverk, kommunale retningslinjer og teoretisk fagkunnskap. Videre skal tjenesteansvarlig dokumentere helse- og livssituasjon, inkludert vurdering av ernæringsstatus, og samarbeide med fastlege og andre tjenesteytere om et helhetlig og tverrfaglig tjenestetilbud. Primærkontaktfunksjonen er en utfyllende rolle til tjenesteansvarlig, og skal sørge for kvalitet og kontinuitet i tjenestene gjennom hyppig direkte tjenesteyting.

## **Prosjekter og erfaringer med ernæringsarbeid i Oslo kommune**

### Erfaringer fra prosjektene i «Løft for bedre ernæring»

Ernæring har vært et viktig satsingsområde for Oslo kommune i flere år. Satsingen «Løft for bedre ernæring» er et samarbeid mellom Helseetaten og Utviklingssenter for hjemmetjenester/Senter for fagutvikling og forskning i Sykehjemsetaten. Målet har vært å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten og boliger for voksne med utviklingshemming. Totalt har det vært 31 prosjekter i perioden 2013-2017, både lokale ernæringsprosjekter og bydelsovergrepene prosjekter (21-26). Samtlige bydeler har deltatt i prosjektarbeid. Det er framkommet forskjeller i hvor langt tjenestene er kommet i implementering av god ernæringspraksis i henhold til nasjonale retningslinjer. Felles for alle prosjektene er stor interesse for å øke kompetanse og utarbeide rutiner for god ernæringspraksis.

Erfaringer fra prosjektene i «Løft for bedre ernæring» er betydning av god forankring, tydelig ansvarsfordeling og samarbeid mellom ulike grupper i tjenestene. Behov for utarbeidelse av rutiner og prosedyrer for systematisering av ernæringsarbeid framkom. I prosjektene viste medarbeidere til behov for klinisk ernæringsfysiolog i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for ernæringsbehandling, veiledning av medarbeidere, og som del av tverrfaglig samarbeid. I «Nasjonale handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021» trekkes lignende fram som viktig (2).

*For å kunne lykkes må det være en person som har ansvar for å følge opp mål og tiltak, samt sjekke  
Gjerica for framgang i dokumentasjon på ernæringsarbeid.  
(Medarbeider i hjemmetjenesten)*

Eksempler på tiltak gjennomført i **lokale ernæringsprosjekter i hjemmetjenesten** er medspising, berikning av matretter og innføring av sent kveldsmåltid for å begrense nattfasten, det vil si tiden mellom kveldsmåltid og frokost (21-23). I lokale ernæringsprosjekter i boliger for voksne med utviklingshemming er det gjennomført matlagings- og spisegrupper med mål om et mer helsefremmende og variert kosthold (23).

I et av de lokale ernæringsprosjektene i 2013 ble det utnevnt en ernæringsgruppe bestående av fire «ernæringsfyrtårn» i hjemmetjenesten i Bydel Nordre Aker. Et ernæringsfyrtårn er en medarbeider som har opparbeidet seg en spesielt god kompetanse innen ernæringsarbeid. Tiltaket ble videreført i et prosjekt i 2016-2017, der ernæringsfyrtårnene ble frikjøpt én dag i uken for å kartlegge ernæringsstatus, i tillegg til iverksetting og oppfølging av ernæringstiltak. Etter prosjektslutt er ernæringsfyrtårnenes oppgaver videreført. Bydel Nordre Aker tilbyr hospitering til bydeler som ønsker å bli kjent med arbeidsformen.

I «Løft for bedre ernæring» har innbyggere fortalt at gode sosiale møteplasser med mattilbud er viktige for appetitt og trivsel. Måltidsfellesskap er framkommet som viktige for personer med utviklingshemming, både for opplevelsen av glede ved måltidet og samtidig kunne ha rollemodeller for gode måltidsvaner. Måltider oppleves som en god arena for å øve på praktiske ferdigheter som å skrive handleliste, gå i butikken og tilberede mat.

I 2013 ble **pilotprosjektet «fellesmåltid ved seniorsenter»** ledet av Helseetaten (24). En modell for fellesmåltid ble utviklet og utprøvd i samarbeid med hjemmetjenesten, Furuset seniorsenter og seniorveiledertjenesten i Bydel Alna. «Fellesmåltid ved seniorsenter» er et tilrettelagt tilbud, for en spesifikk målgruppe eldre personer, og er et ledd i det systematiske ernæringsarbeidet i bydelen. Erfaringene fra utprøvingen viste at mattilbudet var attraktivt for deltakerne og bidro til sosialt samvær. For at en slik modell skal fungere i praksis ble blant annet god forankring i bydelen, samarbeid på tvers av tjenestesteder, tydelig informasjon, rimelig pris og transport til og fra seniorsenteret trukket fram som suksesskriterier. I samtaler gjennomført høsten 2017 med innbyggere som bruker seniorsentre eller mottar hjemmetjenester, understrekes det at måltidsfellesskap er et viktig tilbud som det bør satses på framover.

*Måltidsfellesskap er alfa og omega. Jeg er mye alene, og maten smaker ikke når man spiser alene.  
(Mann som bruker seniorsenter)*

Et **bydelsovergripende prosjekt, «Kosthåndboken – samhandling og kompetanseheving»**, ble gjennomført i 2013-2014 (25). Det ble undervist i ulike tema fra Kosthåndboken på egne fagdager, som internundervisning og veiledning for hjemmetjenestens medarbeidere. Praktisk matlagingskurs for medarbeidere i hjemmetjenesten ble arrangert. Prosjektet la også grunnlag for å utvikle en felles faglig møteplass for kliniske ernæringsfysiologer i Oslo sykehusene og kommunen.

I perioden 2015-2017 ble det gjennomført **bydelsovergripende prosjekt i boliger for voksne med utviklingshemming** i regi av Helseetaten (26). Målet var å bidra til god ernæringspraksis gjennom kompetanseheving, råd og veiledning av ledere og medarbeidere i boliger. Totalt 14 bydeler har vært aktive, med undervisning og veiledning om god ernæringspraksis for ledere og medarbeidere. Matlagingskurs er arrangert for medarbeidere, og matlagingsgruppe for beboere er utprøvd. I tillegg har det vært bydelsovergripende samlinger om god ernæringspraksis, dokumentasjon av ernæringsarbeid, og utfordringer rundt selvbestemmelsesrett og ernæring. Tilbud til boligene om kompetanseheving i ernæring har vært etterspurt.

Gjennom prosjektene i boliger har det framkommet at flere medarbeidere ikke kjente til, eller aktivt brukte nasjonale faglige retningslinjer og veiledere relevant for ernæringsarbeid i boliger for personer med utviklingshemming. Dette samsvarer med resultatene i Helseetatens «Samlerapport for kvalitetsrevisjoner i boliger 2014-2016» (27-29). Mange medarbeidere opplever at det er utfordrende å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet samtidig som

innbyggerens selvbestemmelse og autonomi skal ivaretas, og ønsker støtte i ernæringsarbeidet. Det varierer i hvilken grad fastlegen er involvert i ernæringsoppfølging, og hvorvidt spesialisthelsetjenesten er påkoblet.

Undervisning og veiledning om god ernæringspraksis erfares å ha ført til økt oppmerksomhet rundt ernæring. Evaluering i etterkant av undervisningen viste at det har vært liten grad av kunnskapsoverføring til nyansatte. Medarbeiderne har uttrykt ønske om mer undervisning og veiledning for å opprettholde fokuset, samt opplæring i det elektroniske dokumentasjonssystemet (Geric). Få bydeler har egne prosedyrer for ernæringsarbeid i boliger for voksne med utviklingshemming, noe som det har vist seg å være et stort behov for. Det er en utfordring at det ikke foreligger anbefalte nasjonale verktøy for kartlegging av ernæringsstatus tilpasset personer med utviklingshemming.

*Inntrykket er at ernæringsarbeidet er personavhengig. Vi savner mer systematikk som sikrer at ernæringsarbeidet i boligene ikke er så avhengig av hvem som er på jobb.  
(Fra samtaler med pårørende til voksne med utviklingshemming)*

#### Erfaringer med ernæring som del av pasientforløp fra sykehus til bydel

Prosjektet «Bedre pasientforløp for underernærte pasienter fra sykehus til bydel» mottok samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst og Oslo kommune 2015-2017 (30). Samarbeidspartnere var Diakonhjemmet Sykehus og bydelene Alna og Ullern. Prosjektet viste at det er behov for strukturert og kontinuerlig arbeid knyttet til forebygging og behandling av underernæring i hjemmetjenesten. En flaskehals for videreføring av ernæringsbehandling fra klinisk ernæringsfysiolog ved sykehuset til tjenesteytere i de to bydelene, har vært manglende rutinemessig informasjonsoverføring og ingen klinisk ernæringsfysiolog som er ansatt i bydelene. Konkrete anbefalinger fra prosjektet er at primærkontakt eller tjenesteansvarlig i bydelene skal kvittere ut sammenfatninger fra sykehusets kliniske ernæringsfysiolog og følge opp anbefalinger. Ved funn av underernæring skal hjemmetjenesten informere fastlegen via elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.

#### Erfaringer med klinisk ernæringsfysiolog i bydel

I «Sagene-LDS-modellen» leier Lovisenberg Diakonale Sykehus ut klinisk ernæringsfysiolog i en gitt stillingsprosent til Bydel Sagene, og tar ansvar for faglig kvalitetssikring (31). Det betyr at klinisk ernæringsfysiolog har en delt stilling mellom sykehuset og bydelen. I bydelen er klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet hjemmetjenesten og har i tillegg arbeidsoppgaver i blant annet boliger for voksne med utviklingshemming. Gjennom samarbeidsmodellen sørges det for et mer helhetlig pasientforløp ved at pasienter vil kunne motta ernæringsoppfølging av klinisk ernæringsfysiolog i bydelen etter utskrivelse fra sykehuset. Tilsvarende vil innbyggere som mottar ernæringsoppfølging i bydelen kunne følges opp av den samme kliniske ernæringsfysiologen ved en eventuell sykehusinnleggelse. Partene erfarer styrket samhold og samhandling mellom sykehuset og bydelen. Forankring i ledelsen i sykehus og bydel mener partene har vært et viktig suksesskriterium. Tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog i bydelen bidrar til et kontinuerlig fokus på ernæring. Både bydelen og sykehuset anbefaler ordningen med delt stilling. Det trekkes fram utfordring med rutiner for overføring av ernæringsinformasjon mellom sykehuset og bydelen.

Fra høsten 2017 har hjemmetjenesten i Bydel Østensjø ansatt klinisk ernæringsfysiolog i en fast, 100 prosent stilling. Bakgrunnen for opprettelsen av stillingen var bydelens behov for spesialkompetanse og bistand i det systematiske ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten, blant

annet hjemmebesøk hos innbyggere, utarbeidelse av ernæringsprosedyrer og ansvar for kompetanseheving av medarbeidere innen ernæring.

#### Trå lekkert – god ernæringspraksis i Ernæringstrappens fire første trinn

«Trå lekkert» er en nettbasert kompetansehevingspakke i ernæring utviklet for helse- og omsorgstjenesten (32). Målet er å øke kompetansen om forebygging og behandling av underernæring, spesielt i hjemmetjenesten. Nettsidene ble utviklet av Helsestaten med midler fra Helsedirektoratet i 2012-2014. «Trå lekkert» brukes av tjenestene, også utenfor Oslo.

#### Samarbeid med andre tilbud

Mellommenneskelige relasjoner har betydning både for matlyst og livslyst. Seniorsentrene trekkes fram i flere av kommunens planer som viktige møteplasser med sosialt fellesskap og mattilbud (33,34). Bydelene kan samarbeide med frivillighetssentraler og frivillige organisasjoner for å fange opp personer i ernæringsmessig risiko og tilby næringsrike måltider i sosialt fellesskap (7). Forebyggende hjemmebesøk anses som et sentralt virkemiddel i kommunenes forebyggende arbeid, der ernæring kan inngå som tema (35,36). Mange voksne med utviklingshemming er på dagsenter eller tilrettelagte arbeidsplasser på dagtid, samt benytter seg av ulike fritidsaktiviteter. Her er det mulighet for styrket samarbeid om helsefremmende kosthold.

#### Utvikling av en applikasjon for ernæring

Appetitus er en applikasjon for nettbrett og mobiltelefon (37). Målgruppen er eldre med ernæringsutfordringer, pårørende og helsepersonell. Målet er å fremme matlyst og forebygge underernæring. Applikasjonen er utviklet i et regionalt, offentlig innovasjonsprosjekt, finansiert av Regionale Forskningsfond Hovedstaden i perioden 2015-2017. I Oslo kommune har utprøvingen av applikasjonen foregått i hjemmetjenesten i Bydel Nordre Aker, Bydel St. Hanshaugen, Furuset seniorsenter i Bydel Alna og Senter for fagutvikling og forskning. Erfaringen er at målgruppen er interessert i denne typen hjelpemiddel. Det bør utforskes nærmere hvordan applikasjoner kan brukes i ernæringsveiledning, og tilrettelegge for at innbyggere selv tar i bruk slike hjelpemidler.

#### **Dokumentasjon av ernæringsarbeid**

Gerica er det elektroniske pasientjournalssystemet i Oslo kommunes helse- og omsorgstjeneste. For personer med behov for ernæringsoppfølging, må tiltakene være konkret og entydig formulert i tiltaksplanen slik at personen får nødvendig hjelp (1). Medvirkning skal framgå av tiltaksplanene. Dokumentasjon om ernæringsstatus og -behandling skal videreføres når brukere overføres til et annet omsorgsledd (7).

I Gerica registreres også opplysninger til IPLOS, et lovbestemt helseregister for kommunale helse- og omsorgstjenester. IPLOS-opplysningene er av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov, skal oppdateres regelmessig og alltid ved endring i situasjon. Fra 2016 skal tre nye ernæringsvariabler rapporteres til IPLOS-registeret: Om ernæringsstatus er kartlagt, om innbyggeren er i ernæringsmessig risiko og om ernæringsplan er utarbeidet.

#### **Kvalitet på ernæringsarbeid**

Direktoratet for e-helse publiserer tall på ernæringsvariabler i IPLOS-registeret, noe som ble gjort for første gang i 2017 på grunnlag av rapporteringer i 2016 (38). Framover vil det årlig være mulig å følge med på andel mottakere ( $\geq 67$  år) av helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt ernæringsstatus, er funnet i risiko for underernæring eller underernært og har en ernæringsplan. Resultatene fra den første publiseringen tyder på at praksis rundt



rapporteringen av de nye ernæringsopplysningene foreløpig ikke er etablert. I IPLOS-registeret har det i flere år vært registrering av opplysninger om behov for bistand til aktiviteter i dagliglivet, inkludert matlaging og spising. Per 31.12.2016 var det registrert at 35,6 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester i varierende grad hadde behov for bistand når det gjaldt matlaging (39). Videre var det registrert at 7,2 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester i varierende grad hadde behov for bistand ved spising.

Revisjon fra Kommunerevisjonen i hjemmetjenesten i én bydel i Oslo i 2014 viste manglende systematisk kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsmessig risiko hos innbyggerne i undersøkelsesperioden (40). I en oppfølgingsundersøkelse gjennomført i 2017 konkluderte Kommunerevisjonen med at bydelen samlet sett hadde kommet lenger i dette arbeidet (41). Helseetaten har gjort lignende funn gjennom kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenesten og boliger for personer med utviklingshemming i flere bydeler (27-29,42). I disse revisjonene framkom blant annet varierende kvalitet på dokumentasjon i Gerica. Tilsvarende utfordringer er også avdekket av Helsetilsynet i andre kommuner (43).

I Helseetatens kvalitetsrevisjoner i boliger i perioden 2014-2016, ble det funnet manglende eller ikke implementerte skriftlige prosedyrer for ernæringsarbeid, samt mangelfull kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere relevante for ernæringsarbeidet (27-29). Det framkom som viktig å samarbeide med for eksempel dagsenter, arbeid, skole og pårørende i ernæringsarbeidet.

Brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten i 2017 inneholdt spesifikke spørsmål knyttet til hjemmesykepleiens kvalitet når det gjelder hjelp til personlig stell, medisiner og måltider (44). For personer som mottar hjemmesykepleie er tilfredsheten med hjelp til mat og måltider noe lavere enn for de andre spørsmålene. Innbyggere som er fornøyde med hjelpen de får til måltider er mer fornøyde generelt enn de som ikke er fornøyde med mat og måltider. Det tyder på at mat og måltider er faktorer viktige for den totale tilfredsheten. I dybdeintervju med personer som mottar hjemmesykepleie, ble det nevnt at enkelte medarbeidere har liten kompetanse til å tilberede mat. Videre nevnte noen at de ønsker ro og hygge rundt måltidene, og at de ikke får matro når medarbeiderne har dårlig tid eller ikke snakker med dem under måltidene. En annen utfordring som framkom var at måltidene ble servert på ulike tidspunkter fordi medarbeiderne ikke klarer å overholde de avtalte tidspunktene.

### **Kunnskapsoppsummering til «Leve hele livet»**

Høsten 2017 gjorde Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse en kunnskapsoppsummering om mat og ernæring til eldre, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (45). Dokumentet er del av kunnskapsgrunlaget for «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre», som skal handle om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre, blant annet mat. Kunnskapsoppsummeringen finner god grunn til å følge gjeldende nasjonale råd og anbefalinger for å bedre ernæringsstatus blant eldre. Allikevel finnes et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis. Mer kunnskap trengs om effekt av tiltak. Blant annet er eksisterende kunnskap om effekt av matservicetilbud til eldre begrenset. Kunnskap om hva som øker matinntak og matglede bør styrkes. Videre trengs mer forskning om hva slags kompetansetiltak som fører til bedre ernæringsarbeid. Kunnskapsoppsummeringen gir anbefalinger for å bedre ernæringspraksis blant eldre:

- *Tiltak for å fremme matinntak, appetitt og måltidsglede blant eldre:* Mat, ernæring og måltider bør tilrettelegges med utgangspunkt i den enkelte eldre sine ønsker og behov. Konkrete tiltak blant eldre med behov for tjenester i hjemmet vil være å tilby et variert og

fleksibelt mattilbud, bistand til å gjøre egne matinnkjøp, appetittlig måltid tilpasset behov, fleksibel måltidsrytme, tilpasset måltidsassistanse og medspising.

- *Forutsetninger for god ernæringspraksis:* Regelmessig ernæringsvurdering med gode rutiner for veiing og vektregistrering anbefales for å sikre at den enkelte sitt ernæringsbehov imøtekommes og kvalitetssikre gjeldende ernæringspraksis. Konkrete tiltak blant eldre som mottar tjenester i eget hjem er god fagkunnskap og kompetanse blant helsepersonell, god kommunikasjon mellom helsepersonell og matservicetilbud, tverrfaglig samarbeid, definerte ansvarsforhold og samhandling mellom eldre, uformelle omsorgspersoner og helsepersonell.

Videre anbefales det en tydelig forankring av ernæringsarbeidet i nasjonalt og kommunalt planarbeid. Dette bør bidra til et bedre tilrettelagt ernæringsmiljø tilpasset ønsker og behov for den enkelte, utvikling av brukervennlig og økonomisk gunstige mattilbud og å styrke innsatsområdet for ernæringspraksis tilpasset eldre som bor i eget hjem og på sykehjem (45).

I Oslo kommune er ernæringsarbeidet forankret blant annet i «Seniormeldingen», «Plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg», «Handlingsplan for en aldersvennlig by» og «Folkehelseplan for Oslo» (33, 46, 47, 3).

## Referanser

1. Helsedirektoratet 2012. *Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. IS-1972. Oslo: Helsedirektoratet
2. Departementene 2017. *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle!* Oslo: Departementene
3. Oslo kommune 2017. *Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for alle – vårt felles ansvar*. Oslo: Oslo kommune.
4. Nasjonalt råd for ernæring 2017. *Sykdomsrelatert underernæring: utfordringer, muligheter og anbefalinger*. IS-0611. Oslo: Nasjonalt råd for ernæring
5. Helseetaten Oslo kommune 2016. *Oslohelsa: Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. Oslo: Oslo kommune
6. Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Lindberg, C., & Lühr, N. (2013). *Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens*. Sykepleien.no, ss. 298-307
7. Helsedirektoratet 2010. *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. IS-1580. Oslo: Helsedirektoratet
8. Norges offentlige utredninger 2016. *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: NOU
9. Helsedirektoratet 2011. *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. IS-1735. Oslo: Helsedirektoratet
10. St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
11. Alhaug J, Bjørnstad, E., Ore, S., Rai, R., Lind, J. *Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang*. Oslo; 2015
12. Riksrevisjonen 2013-2014. *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Riksrevisjonen
13. Aagaard H, Abrahamsen, V. *Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien*. Sykepleien. 2017 (12(61219))
14. Helsedirektoratet 2017. *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo: Helsedirektoratet
15. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982
16. Oslo kommune 2017. *Overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene 2017-2021*. Oslo: Oslo kommune.
17. Helsedirektoratet 2017. *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjeneste). Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram I trygge hender 24-7*. IS-2598. Oslo: Helsedirektoratet
18. Helsedirektoratet 2017. *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. IS-2651. Oslo: Helsedirektoratet

19. Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
20. Helseetaten Oslo kommune 2016. *Behovsstyrt Bemanning (BOB)*. [Intranett] Tilgjengelig fra: [https://helseetaten.intranett.oslo.kommune.no/folkehelse\\_og\\_omsorg/eldre\\_og\\_tjenesteutvikling/behovsstyrt\\_bemanning\\_bob/](https://helseetaten.intranett.oslo.kommune.no/folkehelse_og_omsorg/eldre_og_tjenesteutvikling/behovsstyrt_bemanning_bob/)
21. Oslo kommune 2014. *Sluttrappport. Løft for bedre ernæring, delprosjekt 1: frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. Oslo: Oslo kommune
22. Oslo kommune 2016. *Sluttrappport. Løft for bedre ernæring 2014-2015, Prosjekt 1: Lokale ernæringsprosjekt innen utvalgte tema*. Oslo: Oslo kommune
23. Oslo kommune 2016-2017. *Sluttrappport. Løft for bedre ernæring: Prosjekt 1: Lokale ernæringsprosjekt innen utvalgte tema*. Oslo: Oslo kommune
24. Oslo kommune 2013. *Sluttrappport. Løft for bedre ernæring, delprosjekt 2: Fellesmåltid ved eldresenter*. Oslo: Oslo kommune
25. Oslo kommune 2014. *Sluttrappport. Løft for bedre ernæring, hovedprosjekt: Kosthåndboken – Samhandling og kompetanseheving*. Oslo: Oslo kommune
26. Oslo kommune 2015-2016. *Rapport. Løft for bedre ernæring: Prosjekt: God ernæringspraksis i boliger for personer med utviklingshemming*. Oslo: Oslo kommune.
27. Helseetaten Oslo kommune 2015. *Samlerapport for kvalitetsrevisjoner i boliger 2014*. Oslo: Oslo kommune
28. Helseetaten Oslo kommune 2016. *Samlerapport for kvalitetsrevisjoner i boliger 2015*. Oslo: Oslo kommune
29. Helseetaten Oslo kommune 2017. *Samlerapport for kvalitetsrevisjoner i boliger 2016*. Oslo: Oslo kommune
30. *Diakonhjemmet Sykehus 2017. Bedre pasientforløp for underernærte pasienter fra sykehus til bydel. Et samarbeidsprosjekt mellom bydelene Alna og Ullern og Diakonhjemmet Sykehus*. Internt prosjektnotat. Oslo: Diakonhjemmet Sykehus
31. Helseetaten Oslo kommune 2017. Bystyresak: «Sagene-Lovisenberg Diakonale Sykehus»-modellen (LDS)»- modellen. Oslo: Oslo kommune
32. Helseetaten Oslo kommune 2012-2014. *Trå lekkert - god praksis i Ernæringstrappens fire første trinn*. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <http://www.fag.oslo.kommune.no/>
33. Oslo kommune 2014. *Bystyremelding nr. 1/2014. Seniorsmelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo*. Byrådssak 66/14. Oslo: Oslo kommune
34. Oslo kommune 2016. *Fremtidens helsefremmende møteplasser for 60+*. Innsikt. Oslo: Halogen
35. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement 2016. *Rundskriv I-2/2016 Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
36. Helsedirektoratet 2017. Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok> (oppdatert 17.02.17)

37. Universitetet i Oslo. *APPETITT*. [Internett] Tilgjengelig fra:  
<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/appetitt/> (oppdatert 21.08.2017)
38. Direktoratet for e-helse 2017. Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende [Internett]. Tilgjengelig fra: [https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=KI\\_Ernaeringsstatus\\_hjemmet](https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=KI_Ernaeringsstatus_hjemmet) (oppdatert 29.06.2017)
39. Helseetaten 2017. *Uttrekk av IPLOS-opplysninger om behov for bistand/assistanse/helsehjelp for «Lage mat» og «Spise»*. Oslo; Oslo kommune
40. Kontrollutvalget 2014. *Rapport 17/2014 Forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre i Bydel Frogner*. Oslo: Kontrollutvalget
41. Helseetaten Oslo kommune 2016. *Samlerapport for kvalitetsrevisjonene 2015*. Oslo: Oslo kommune
42. Helsetilsynet 2013. *Forebygging og behandling av underernæring. Tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene*. [Internett]. Oslo: Helsetilsynet. Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsetilsynet.no/no/tilsyn/tilsynsomrader/eldretilsynssatsing/forebygging-og-behandling-av-underernaring/> (oppdatert 16.04.2013)
43. Kontrollutvalget 2017. *Oppfølgingsundersøkelse etter rapport 17/2014 Forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre i Bydel Frogner*. Oslo: Kontrollutvalget
44. Helseetaten Oslo kommune 2017. *Brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten i Oslo kommune 2017*. Oslo: Oslo kommune
45. Bøhn BH., Medbøen IT., Langballe EM., Totland TH. *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Delprosjekt 1 Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Oslo; Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
46. Oslo kommune 2017. *Plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg*. Byrådssak 174/17. Oslo: Oslo kommune
47. Oslo kommune 2017. *Handlingsplan for en aldersvennlig by*. Byrådssak 175/17. Oslo: Oslo kommune

